



PREFEITURA DE  
**CATANDUVA**  
SECRETARIA DE SAÚDE



# Linha de Cuidado Integral em Saúde Mental

Catanduva/SP  
2019

### **Equipe técnica de elaboração**

#### **I - Representantes da Coordenação de Atenção Básica (Secretaria de Saúde):**

Angélica Freu Costa - Enfermeira, Diretora Técnica de Saúde

Gabriela Zerbinatti Mismatch Sangalli - Enfermeira

Natália Lourenço Costa - Enfermeira

#### **II - Representante da Coordenação de Saúde Mental (Secretaria de Saúde):**

Ana Selena Pereira Soares - Psicóloga

#### **III - Representante da Coordenação Médica da Atenção Básica:**

Fernanda Marra Martinez Perez - Médica

#### **IV – Representantes dos Centros de Atenção Psicossocial II e AD:**

Aparecida Lucia Pereira dos Reis - Enfermeira

Irenide Silvestre dos Santos Rodrigues - Psicóloga

#### **V – Representante do Consultório na Rua:**

Maria Ângela Bruschi Daoglio - Enfermeira

#### **VI - Representantes da Organização Social Mahatma Gandhi:**

Tiago Aparecido Silva - Enfermeiro, Coordenador Técnico

Mariana Mendonça Pansa - Enfermeira Supervisora

Camila de Santis Silva - Enfermeira Supervisora

Eduarda Oliveira de Aro Margonar - Enfermeira Supervisora

Marcela Parente Bertin Monteiro - Fisioterapeuta, Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CATANDUVA .....	11
2.1. Atenção Básica em Saúde .....	11
2.2. Atenção Psicossocial .....	27
2.3. Atenção Urgência e Emergência .....	41
2.4. Atenção Residencial de Caráter Transitório .....	47
2.5. Atenção Hospitalar .....	47
2.6. Estratégias de Desinstitucionalização .....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	50

## APRESENTAÇÃO

### **Para conhecer, lembrar e jamais retroceder...**

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil pela Lei Federal nº 8.080 de 1990, regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo. Historicamente, podemos observar como um dos principais avanços na consolidação do SUS o processo de descentralização político-administrativa, efetivada por meio da transferência de responsabilidades e de recursos do nível federal para as esferas estaduais e municipais, com ênfase na municipalização. Nesse sentido, os municípios assumiram, a partir dos anos 90, novas responsabilidades no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, sobretudo na Atenção Básica, contribuindo significativamente para ampliação da cobertura e amadurecimento do sistema. Apesar de todo o aparato legal, as Normas Operacionais Básicas demonstraram-se insuficientes, na medida em que não abordavam de maneira clara e objetiva a necessária articulação entre os serviços de saúde de uma mesma região, que favoreceriam a consolidação de sistemas municipais autônomos e isolados. Todavia, a articulação intermunicipal não foi pautada como prioridade e a descontinuidade do cuidado entre os níveis de atenção e a consequente fragmentação do sistema foram inevitáveis. Uma das estratégias para a superação da fragmentação dos sistemas de saúde, que tem sido buscada por vários países no mundo, está relacionada à organização dos serviços por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), na medida em que esse modelo permite dar respostas às necessidades dos indivíduos de forma organizada, integrada e orientada pela Atenção Básica, atendendo a uma população adstrita a determinado território. A construção de uma rede de serviços de saúde baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Oficialmente, a RAS foi proposta como componente do SUS pelo Ministério da Saúde por meio de dois instrumentos jurídicos: a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990). Em relação ao Decreto nº 7.508/2011, o governo federal,

apoiado por estados e municípios, reconhece como prioridade a implantação das chamadas “redes temáticas”, dando novo impulso para a implantação das redes do SUS. Essas redes temáticas foram priorizadas mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2011 e são elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e, por fim, a Rede de Atenção Psicossocial. Por se tratar do foco deste trabalho, descreveremos com maior detalhe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

### **Prevalência de transtornos mentais**

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental e que um em cada quatro indivíduos será afetado por uma doença psiquiátrica em algum estágio da sua vida. Acredita-se, ainda, que esse número vem sofrendo um aumento progressivo com o avançar dos anos, principalmente nos países de baixa a média renda, incluindo o Brasil. Estudos nacionais indicam que entre 31% e 50% da população brasileira apresentaram ou apresentarão pelo menos um episódio de transtorno mental durante a vida e, dessas pessoas, entre 20% e 40% necessitam de algum tipo de ajuda profissional. Quanto aos transtornos psíquicos severos e persistentes, o Ministério da Saúde estima que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental. Recentemente, a OMS divulgou dados do primeiro Relatório Global para Prevenção do Suicídio, identificando que mais de 804 mil pessoas cometem o suicídio anualmente; desses, 75% ocorrem em países pobres ou em desenvolvimento. Esse número é equivalente a um novo evento a cada 40 segundos, caracterizando-se como a segunda maior causa de morte na faixa etária de 15 a 29. No mesmo documento, a OMS aponta que, para cada morte por suicídio por ano, outras duas pessoas cometem tentativas e sobrevivem. Segundo Botega, no Brasil, para cada atendimento em pronto-socorro resultante de tentativa de suicídio, outras três pessoas tentaram tirar a própria vida, cinco pessoas planejaram a própria morte e dezessete pensaram no suicídio como uma alternativa possível para solução de seus problemas. Por fim, o relatório da OMS é enfático ao afirmar que o suicídio é responsável por mais mortes a cada ano do que todas as guerras e outras formas de violência interpessoal juntas.

### **Atenção à saúde mental**

Em relação a assistência aos portadores de transtornos mentais, dados divulgados pela OMS indicam que, em países de baixa renda, cerca de 75% a 85% das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes não têm acesso adequado ao tratamento em saúde mental, o que, em tese, pode estar relacionado ao alto índice de suicídio. Em relação aos países de renda média e alta, esses números reduzem, respectivamente, para 35% e 50%. Frente a essa realidade e considerando a Saúde Mental como parte integrante das redes prioritárias, o Ministério da Saúde instituiu a RAPS mediante Portaria GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que prevê a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Essa portaria reforça os princípios da reforma psiquiátrica, que critica o modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde, enfatiza o direito ao exercício da cidadania como importante fator de proteção para a saúde mental e preconiza a participação de diferentes atores sociais na formulação de políticas e práticas de atenção psicossocial.

Com a publicação da Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, os municípios foram desafiados a ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral e promover a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território.

Frente ao exposto, no ano de 2012, o município de Catanduva, com aproximadamente 120.092 habitantes, centralizava todas as ações de saúde mental no hospital psiquiátrico e ambulatório de saúde mental. A Atenção Básica – composta por 21 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) “Tradicionais” – não realizavam os atendimentos aos usuários com transtorno mental leve, ocasionando elevado índice de encaminhamentos e baixa resolubilidade. Nesse cenário, em dezembro de 2012, a fila de espera para consulta médica em psiquiatria contabilizava 1224 pacientes, com previsão para primeira consulta em psiquiatria em 17 meses.

Da mesma forma, os indicadores de saúde, referente ao mesmo período, apontavam para um sistema fragmentado e pouco resolutivo, evidenciado por uma taxa de 32,5

internações por 10.000 habitantes, sendo superiores à média do DRS XV (20,08) e Estado de São Paulo (17,5).

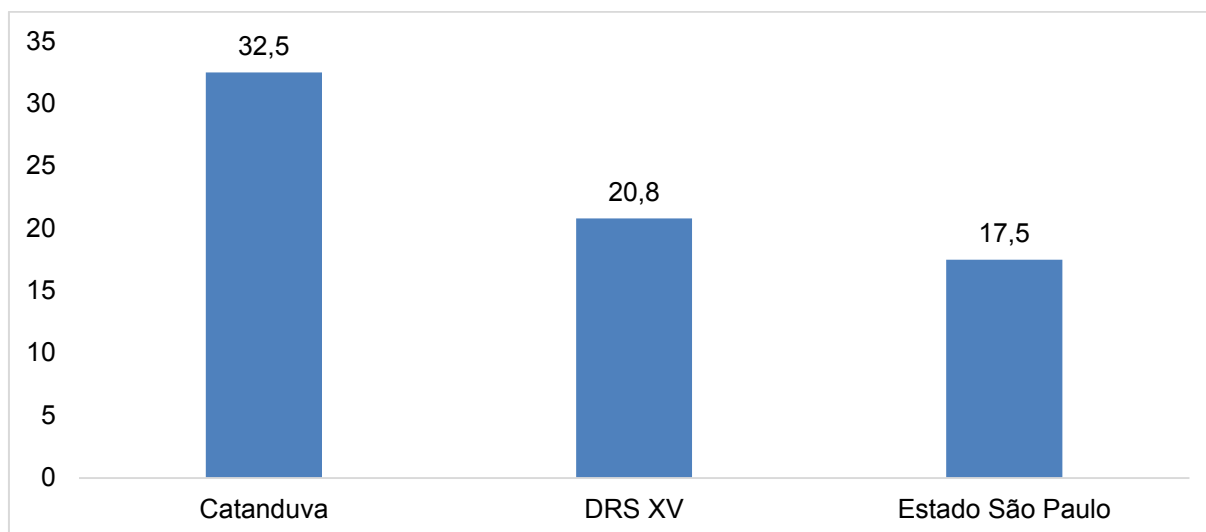


Gráfico 1: Taxa de internação por transtornos mentais e comportamentais por 10.000 habitantes, segundo o local de residência e ano da internação, 2012.

Nesse cenário, o município de Catanduva, a partir de 2014, assumiu como objetivo prioritário reorganizar, qualificar e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial, fomentando a redução das internações por transtornos mentais e comportamentais. Participaram do referido processo de reorganização da RAPS: todos os profissionais do NASF, coordenador da Atenção Básica, coordenador de saúde mental, coordenador de educação permanente e representantes das equipes de ESF, CRAS, CREAS e Secretaria da Educação, totalizando aproximadamente 60 participantes.

O Fórum Rede de Atenção Psicossocial foi o espaço utilizado para problematização e intervenção. Esse espaço tem se mostrado como um importante lócus de discussão e participação que possibilita a reflexão a respeito da prática de trabalho e consequente tomada de decisão, objetivando o fortalecimento do trabalho em rede mediante a troca de saberes e experiências de cada participante. No período de reestruturação e pactuação, foram realizados seis encontros que aconteceram mensalmente, com duração aproximada de duas horas, sendo o primeiro em maio de 2014 e o último em novembro de 2014. O primeiro encontro teve objetivo de reconhecer as percepções dos profissionais frente às diretrizes do programa, realizar o diagnóstico situacional e, a partir de então, dialogar sobre a lógica de funcionamento do mesmo. No segundo, foi possível identificar pontos-chaves para

promover a mudança, assim como planejar todo o processo com prazos e metas definidas. O terceiro encontro foi destinado a reorganizar a rede assistencial através do mapeamento do território, identificando importantes equipamentos sociais, tanto os disponíveis, como os necessários e, por fim, propor a reestruturação das equipes do NASF, com nova divisão e redimensionamento. Posteriormente, no quarto encontro, a participação das equipes de ESF foi de fundamental importância, à medida que contribuiu para repensar todo o processo de trabalho e, principalmente, a agenda compartilhada entre NASF/ESF, de modo que permitisse encontros presenciais semanais, atividades de grupos, consultas e visitas compartilhadas e outras atividades. O quinto encontro aconteceu presencialmente com cada equipe NASF/ESF em campo, onde a equipe técnica teve a oportunidade de vivenciar a prática junto aos profissionais. E, por fim, o último encontro foi reservado para avaliar e monitorar as ações implementadas.

A partir de 2017, após avaliação da equipe técnica, foi possível observar alguns avanços, a saber:

1. Gestão em saúde

O Diagnóstico Situacional permitiu constatar que os 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família na modalidade I não apresentavam o dimensionamento proposto pelo Ministério da Saúde, pois prestavam apoio a 10 equipes, enquanto o recomendado era de 5 a 9. Identificou-se, também, o número de profissionais do NASF (44) e a carga horária total (1460 horas). Esse quantitativo de profissionais, de forma desordenada, possibilitou o credenciamento e habilitação de 2 novos NASF, totalizando 4, além de implantar um CAPS na modalidade II, sem qualquer modificação/contratação no quadro de recursos humanos. Essa reestruturação possibilitou aumento no incentivo financeiro federal em R\$ 73.086,25/mês, sem a necessidade de aumentar os custos existentes.

2. Reorganização da Rede de Atenção Psicossocial

No componente da Atenção Básica, ficou pactuado que cada equipe de NASF ficaria responsável pelo apoio de 5 ou 6 equipes de ESF, realizando reuniões semanais e responsabilizando-se pela condução dos transtornos mentais leves. No componente Especializado, o ambulatório de saúde mental foi desativado, sendo alguns profissionais remanejados para o CAPS II. No processo de trabalho do CAPS II, foram instituídas reuniões semanais de matriciamento (ESF/NASF/CAPS) de acordo



com a necessidade das equipes Atenção Básica. Em relação ao componente da Atenção Hospitalar e Atenção a Urgência/Emergência, o Hospital Geral, que é referência para 19 municípios da Região de Saúde, passou a atender as urgências e emergências psiquiátricas em situações de crise, disponibilizando leitos de observação. Da mesma forma aconteceu com o SAMU e UPA. No componente das Estratégias de Desinstitucionalização, foi solicitado incentivo financeiro Estadual e Federal para implantação de uma residência terapêutica prevista para 5 moradores do Hospital Psiquiátrico local e 5 moradores que estão nos Hospitais Psiquiátricos da Região de Sorocaba.

### 3. Qualificação profissional e impacto nos indicadores de saúde mental

A nova formatação da RAPS municipal possibilitou o fortalecimento da Atenção Básica, aproximando e integrando as ações do NASF e CAPS. Nesse sentido, o matriciamento demonstrou uma importante ferramenta para a qualificação da assistência e educação permanente, permitindo maior segurança dos profissionais frente a condutas terapêuticas e incorporação das ações de saúde mental, diminuindo a resistência e o preconceito dos profissionais com os indivíduos que possuem sofrimento psíquico e, dessa forma, evitando o encaminhamento desnecessário, o agravamento dos casos leves e consequente uso dos serviços de urgência e internação psiquiátrica. Nesse cenário, a fila de espera para consulta psiquiátrica, que contabilizava 1224 pacientes em dezembro de 2012, foi zerada em meados de 2016.

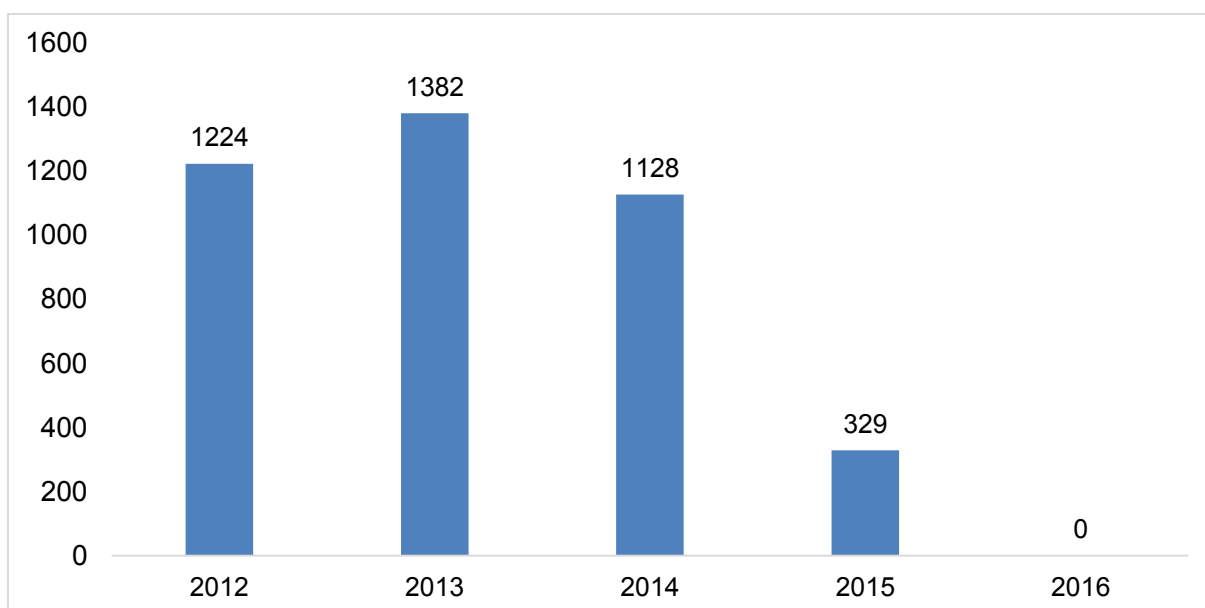


Gráfico 2: Total de pacientes em fila de espera para consulta psiquiátrica, segundo o ano. Catanduva.

Da mesma forma, foi possível reduzir a taxa de internações psiquiátricas de 32,5 internações/10.000 habitantes (2012) para 16 internações/10.000 habitantes, correspondendo a uma redução de 50%.

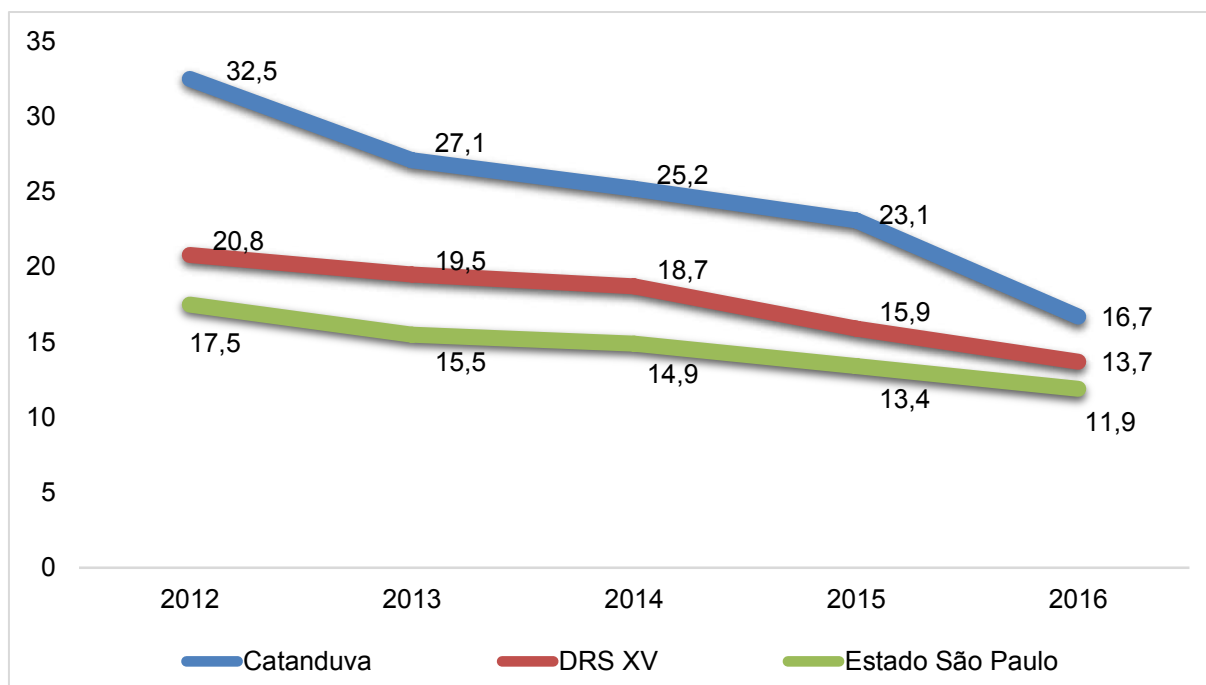


Gráfico 3: Taxa de internação por transtornos mentais e comportamentais por 10.000 habitantes, segundo o local de residência e ano da internação.

Por fim, ficou claro que o processo de construção da RAPS contribui na desconstrução de velhos conceitos e paradigmas. Ampliar, implantar, integrar, qualificar e avaliar a efetividade das ações não é tarefa fácil. Todavia, o processo de reorganização da RAPS nos ensinou que a implantação e integração dos pontos de atenção, tal como previsto na Portaria nº 3.088/2011, são eficientes e correspondem satisfatoriamente às necessidades de saúde da população com transtornos mentais e comportamentais. Da mesma forma, ficou evidente que a resolução dos problemas não demandam grandes aplicações de recursos financeiros, mas sim um novo olhar para o território, carregado de conhecimento técnico, científico e político.

## 1. INTRODUÇÃO

A linha de cuidado integral em saúde mental é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. A linha do cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Ela difere pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita.

Este documento é um composto de ações de promoção, prevenção, tratamentos e reabilitação; é um conjunto de atos assistenciais utilizados para garantir a resolutividade de determinados problemas de saúde do usuário, por isso tem que ser centrado em suas necessidades.

Tem como objetivo definir as ações que serão desenvolvidas nos pontos de atenção de uma rede, tanto no nível primário como secundário e terciário, e também nos sistemas de apoio, assim como definir os fluxos que serão percorridos pelos usuários da rede de acordo com suas necessidades.

Desta forma, a Linha de Cuidado Integral em Saúde Mental acaba por servir como um instrumento de trabalho da gestão e da assistência.

No que diz respeito à gestão, funciona como uma orientação para o planejamento, programação e avaliação das ações as quais serão executadas no município, abrangendo as modalidades de atendimento que o sistema de saúde precisa oferecer e os procedimentos necessários para essa execução.

Já em relação à assistência, o manual funciona como norteador sobre quais procedimentos são mais efetivos no controle/tratamento das doenças, estratificação de risco e garantia de intercomunicação entre os diferentes setores da assistência.

Por fim, este documento deve funcionar de forma objetiva e garantir que os fluxos entre os diversos serviços ajam de forma harmoniosa para, assim, assegurar o acesso devido aos usuários.

## 2. REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CATANDUVA

### 2.1. Atenção Básica em Saúde

#### 2.1.1. Unidades Básicas de Saúde

Atualmente, o município de Catanduva conta com 100% de cobertura da Atenção Básica, sendo 70% com equipes de Saúde da Família – distribuídas em 18 unidades básicas com 24 equipes de Estratégia de Saúde da Família – e 5 Unidades Básicas de Saúde com 5 equipes de Atenção Básica, além de 5 equipes de NASF e 2 Academias da Saúde.

- Relação das unidades de saúde e respectivos endereços:

Unidade de Saúde	Endereço	Telefone
USF Dr. Geraldo Mendonça Uchoa	Rua Bragança, nº 320 Bairro: Vila Lunardelli	3523-3611
USF Dr. Armindo Mastrocola	Rua Mococa, nº 355 Bairro: Jardim Santa Rosa	3522-0368
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira	Rua Camanducaia, nº 200 Bairro: Jardim Imperial	3525-0999
USF Dr. João Miguel Calil	Rua Araraquara, nº 1000 Bairro: Vila Santo Antônio	3523-3003
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá	Rua Guarapari, nº 81 Bairro: Gabriel Hernandez	3525-0404
USF Dr. José Ramiro Madeira	Rua Aricanduva, nº 457 Bairro: Cj. Hab. Euclides Figueiredo	3521-3658
USF Dr. José Rocha	Av. Caxias do Sul, nº 850 Bairro: Cj. Hab. Ângelo Gavioli	3525-0777
USF Dr. Michel Cury	Av. Palmares, nº 1980 Bairro: Cj. Hab. Julia Busnardo Caparroz (Nosso Teto)	3523-0805
		3523-3924
USF Dr. Milton Maguollo	Rua São Lourenço, nº 265 Bairro: Bom Pastor	3525-0303
USF Dr. Napoleão Pellicano	Rua São Bento, nº 40 Bairro: Jardim Alpino	3525-0800
USF Dra. Gesabel Clemente Marques de La Haba	Rua Nardi Ignotti, nº 160 Bairro: Cj. Pedro Nechar	3522-1105
USF Dra. Isabel Etruri	Rua Coroados, nº 100 Bairro: Parque Flamingo	3525-0415

Unidade de Saúde	Endereço	Telefone
USF Dr. Sérgio da Costa Perez	Rua Bocaina, nº 430 Bairro: Jardim Del Rey	3523-8266
USF Dr. Olavo Barros	Rua Inglaterra, nº 760 Bairro: Monte Líbano	3523-4101
USF Dr. Sérgio Banhos	Av. Cruzeiro do Sul, nº 305 Bairro: Cj. Hab. Giuseppe Spina (Pachá II)	3521-7374
USF Dr. Carlos Roberto Surian	Rua das Pitangas, nº 330 Bairro: Nova Catanduva	3525-2665
USF Dr. Carlos Eduardo Bauab	Av. São Domingos, nº 2370 Bairro: Theodoro Rosa Filho	3522-1748
USF Dr. Alcione Nasorri	Rua Cesar Guzzi, nº 100 Bairro: Solo Sagrado	3524-9326
		3524-9310
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros	Rua Recife, nº 984 Bairro: Centro	3524-1310
UBS Enf. Diomar José dos Santos	Rua Guariba, nº 913 Bairro: Parque Glória III	3524-1223
		3524-1198
UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira	Rua Cáceres, nº 669 Bairro: Jardim Salles	3525-0770
UBS Dr. José Barrionuevo Rodrigues	Rua Pirajuí, nº 1171 Bairro: Jardim Sotto	3525-0888
UBS Dr. Vicente Bucchianeri	Rua Monte Azul, nº 230 Bairro: Jardim Vertoni	3525-0909

Entendemos que a Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de saúde se encontrem a todo momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios

nos profissionais de saúde. Este documento, no decorrer dos seus capítulos, pretende abordar algumas dessas questões que nos pegam no cuidado em saúde mental. Além disso, esperamos que os fluxos apresentados neste documento possam criar uma abertura, um posicionamento, uma espécie de respaldo interno ao profissional da Atenção Básica para se colocar disponível como ouvinte e cuidador no momento que estiver diante de um usuário com algum tipo de sofrimento psíquico.

Nesse contexto, todas as Unidades Básicas de Saúde devem estar preparadas para receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes e, a partir daí, construir respostas para suas demandas e necessidades.

Devem ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade, ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação.

Na Atenção Básica, são realizadas ações individuais e coletivas de promoção de saúde e de redução de danos, visando a promoção e manutenção da saúde mental, incluindo: identificação, acolhimento, tratamento e acompanhamento dos indivíduos nos diferentes ciclos de vida, que apresentam problemas relacionados à saúde mental e ao uso de álcool e outras drogas; identificação, acolhimento, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com transtornos mentais relacionados ao trabalho. Para tanto, devem-se adotar práticas de acompanhamento compartilhado com outros serviços de Atenção Psicossocial quando ultrapassada a capacidade dos serviços da Atenção Primária.

A partir do acolhimento proposto, as equipes realizarão a escuta qualificada e tomarão a conduta necessária para a resolução do caso, podendo o acompanhamento ser realizado nos casos de transtornos mentais leves e moderados pela equipe de Atenção Básica com o apoio do NASF e matriciamento do CAPS, e nos casos de transtornos mentais graves, severos e persistentes,

encaminhamento responsável para seguimento compartilhado no CAPS através da reunião de matriciamento com o NASF, com retorno após a sua melhora (Fluxograma de atendimento ao usuário nas equipes de Atenção Básica em anexo). Em situações de urgência/emergência psiquiátricas, a equipe da Atenção Básica deverá prestar o primeiro atendimento e acionar o SAMU. As urgências e emergências psiquiátricas podem ser definidas como “qualquer alteração de natureza psiquiátrica em que ocorram alterações do estado mental, as quais resultam em risco atual e significativo de morte ou injúria grave para o paciente ou para terceiros, necessitando de intervenção terapêutica imediata.” (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008).

### 2.1.2. NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua – CnR), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas na Atenção Básica que ampliem o seu escopo de ofertas.

Atualmente, o município de Catanduva conta com 5 equipes de NASF, sendo uma equipe de referência para cada distrito de saúde, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Distrito	Unidades	Equipe NASF
Distrito 1	USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor) USF Dr. Alcione Nasorri (Solo Sagrado) - 3 equipes USF Dr. Sérgio Banhos (Pachá) USF Dr. José Ramiro Madeira (Conjunto Euclides)	<b>NASF 1 (Equipe cadastrada no Solo Sagrado)</b>  Ed. Físico; Psicóloga; Nutricionista; Fisioterapeuta; Terapeuta Ocupacional; Fonoaudióloga; Assistente Social; Sanitarista (cadastrado na equipe NASF 4)



Distrito	Unidades	Equipe NASF
Distrito 2	USF Dr. Armindo Mastrocola (Santa Rosa) USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino) USF Dr. Olavo Barros (Monte Líbano) UBS Dr. José Barrionuevo Rodrigues (Vila Soto) USF Dra. Gesabel Clemente Marques de La Haba (Pedro Nechar)	<b>NASF 2 (Equipe cadastrada no Pedro Nechar)</b> Ed. Físico; Psicóloga; Nutricionista; Fisioterapeuta; Terapeuta Ocupacional; Fonoaudióloga; Assistente Social; Sanitarista (cadastrado na equipe NASF 5)
Distrito 3	UBS Dr. Vicente Bucchianeri (Vertoni) USF Dr. Michel Cury (Nosso Teto) - 2 equipes UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória III) USF Dr. Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli) UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira (Salles)	<b>NASF 3 (Equipe cadastrada no Glória III)</b> Psicóloga (30h); Psicóloga (30h); Ed. Físico (20h); Nutricionista (40h); Fisioterapeuta (30h); Terapeuta Ocupacional (30h); Assistente Social (cadastrado na equipe NASF 2); Fonoaudióloga (20h); Farmacêutico (40h); Sanitarista (cadastrado na equipe NASF 5)
Distrito 4	USF Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio) USF Dr. Sérgio da Costa Perez (Del Rey) USF Dr. José Rocha (Gaviolli) - 2 equipes UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central) USF Dr. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	<b>NASF 4 (Equipe cadastrada no Santo Antônio)</b> Ed. Físico (20h); Psicóloga (40h); Nutricionista (40h); Fisioterapeuta (30h); Terapeuta Ocupacional (30h); Fonoaudióloga (20h); Assistente Social (30h); Sanitarista (30h)
Distrito 5	USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva) - 2 equipes USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes) USF Dra. Isabel Etruri (Flamingo) - 2 equipes USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	<b>NASF 5 (Equipe cadastrada no Imperial)</b> Ed. Físico (20h); Psicóloga (40h); Nutricionista (40h); Fisioterapeuta (30h); Terapeuta Ocupacional (30h); Fonoaudióloga (20h); Assistente Social (CNR/NASF 4) 30h; Sanitarista (30h)



Os NASFs atuam conjuntamente a outras equipes especializadas de saúde mental (CAPS II e CAPS AD), corresponsabilizando-se pelos casos e facilitando a integração com as eSF. Esse arranjo institucional visa promover a articulação entre as unidades locais de saúde e os serviços de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), organizando o fluxo e o processo de trabalho, podendo o NASF atuar como mediador dessa integração.

Pela sua missão, recomenda-se envolver os CAPS apenas em casos mais graves que necessitem de cuidado intensivo e/ou de reinserção psicossocial, isto é, aqueles que ultrapassam as possibilidades de intervenção conjunta da eSF com o NASF. Pessoas que buscam os CAPS por demanda espontânea devem ser acolhidas e avaliadas pela equipe, e os casos que não tiverem necessidade de acompanhamento nesse serviço devem ser redirecionados (agendamento de atendimento na Unidade Básica de Saúde) para as eSF de referência, preferencialmente por meio de contato telefônico do profissional do CAPS com o profissional da UBS ou do NASF. Os usuários egressos de internação psiquiátrica também podem ser atendidos diretamente pelos CAPS, visando reinserção psicossocial e organização do retorno da pessoa para tratamento no plano comunitário. Os casos de usuários acompanhados pelo CAPS que, após estabilização, receberem alta do serviço também devem ser discutidos entre CAPS, eSF e NASF, ao invés de serem encaminhados diretamente para as eSF. Convém ressaltar que esse fluxo não é rígido, portanto, se um indivíduo procurar qualquer um dos pontos de atenção da rede, deverá ser acolhido, avaliado e encaminhado para o serviço que melhor adequar às suas necessidades no momento. Assim, os usuários podem transitar por diferentes serviços de saúde, dependendo de suas necessidades. Para tanto, é imprescindível a manutenção de comunicação e de espaços de discussão de casos entre eSF, NASF e CAPS (reunião de matriciamento).



Transtorno mental leve + moderado

Atenção Básica



Transtorno mental grave

Atenção Especializada



### 2.1.3. Consultório na Rua

#### Histórico

O Consultório na Rua (CnR), instituído pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), integra o componente da Atenção Básica e da Rede de Atenção Psicossocial e deve seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB, buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

O CnR do município de Catanduva-SP foi implantado em junho de 2018. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 7 às 16 horas, realizando intervenção noturna até as 20 horas, minimamente uma vez ao mês ou sempre que necessário.

Unidade de Saúde	Endereço	Telefone
Consultório na Rua	Rua Recife, nº 984 – Centro CEP 15.801-260	3524-3672

#### Categorias profissionais do CnR (categoria e quantitativo)

O CnR conta com:

- 1 auxiliar de enfermagem;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeira;
- 1 psicóloga;
- 1 médica clínica geral;
- 1 agente social.

As atribuições que são comuns aos diversos membros da equipe do Consultório na Rua para a atenção integral à saúde são:

- Atendimento das demandas espontâneas ou identificadas;
- Ter boa capacidade de estabelecer contatos e vínculos;
- Visão sistêmica;
- Adequação da linguagem, utilizando discursos apropriados à realidade do usuário;

- Atuar sempre com disponibilidade para a escuta de forma ampliada e diferenciada;
- Articulação com as equipes das UBS referentes ao território de abordagem para encaminhamento e acompanhamento das demandas de saúde do usuário;
- Atuar de forma proativa, estimulando o usuário ao autocuidado;
- Articulação com a rede de saúde;
- Articulação com outras redes sociais;
- Desenvolver atividades de educação em saúde;
- Evitar julgamentos, críticas e/ou opiniões sobre a situação de vida do usuário;
- Observar o “comportamento” do usuário e do grupo, objetivando a garantia da sua segurança e da equipe;
- Observar o relato verbal e a comunicação não verbal do usuário;
- Registro com histórico do atendimento nos moldes da ESF;
- Atuar com estratégia de redução de danos;
- Fazer busca ativa de agravos prevalentes na rua, priorizando a tuberculose, IST, hepatites virais, dermatoses, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros;
- Realizar atividades em grupo.

Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua.

Portanto, caberá o cuidado compartilhado da equipe de CnR com a equipe de Atenção Básica do território, incluindo os profissionais de Saúde Bucal e os NASF de referência, onde essas pessoas estão concentradas.

### **Público-alvo**

O CnR atende todas as faixas etárias, pessoas que residem no município de Catanduva e imigrantes. A atual política define a PSR como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que

utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

### **Como faz para ser acolhido no Consultório na Rua**

Qualquer paciente em situação de rua no município pode ser acolhido pelo Consultório na Rua mediante demanda espontânea no espaço físico, situado na UBS Central, ou mediante busca ativa da equipe em locais públicos, ou mesmo encaminhamentos vindos de outros serviços de apoio.

### **Como se dá o acolhimento no Consultório na Rua**

A equipe tem como função identificar a população em situação de rua por meio de diagnósticos, censos, cartografias, mapeamento de área, ou seja, diferentes nomes e mecanismos para que a equipe de saúde possa identificar quem são as pessoas em situação de rua, onde costumam ficar, como se relacionam com a comunidade, os serviços públicos e estabelecimentos privados, como acessam os programas assistenciais, quais são as dificuldades que apresentam, quais os recursos comunitários disponíveis e que parcerias intersetoriais e interinstitucionais podem ser firmadas.

Na abordagem inicial do usuário, a equipe prioriza uma observação e escuta qualificada, que necessariamente passam pela valorização e respeito aos diversos saberes e modos de viver dos indivíduos, possibilitando a construção de vínculos de confiança junto a essa população, que se reproduz em processos relacionais no cuidado integral à saúde.

O indivíduo, quando chega no Consultório na Rua pela primeira vez, passa por um acolhimento realizado pela agente social, que o cadastra utilizando a ficha do e-SUS. Após efetuar o cadastro, passa por uma consulta com a psicóloga ou assistente social da unidade para uma escuta inicial e, em seguida, é direcionado para outros profissionais, conforme sua necessidade.

Mesmo que o indivíduo não resida no município, ele passará pelo acolhimento, cadastro e escuta inicial; também poderá receber atendimento dos profissionais do Consultório na Rua conforme sua necessidade e direcionado para o serviço

especializado em população em situação de rua – Centro Pop – para um acolhimento.

Importante ressaltar que a equipe deverá ter estabelecido seus territórios de abrangência para facilitar a circulação dos trabalhadores nos territórios, porém essa divisão não deverá impedir ou dificultar a entrada e acompanhamento do indivíduo neste ou naquele equipamento de saúde.

### **Situações em que o usuário pode ser atendido no contexto de via pública**

Todos os dias, a equipe realiza busca ativa de indivíduos novos ou de pacientes que necessitam de um retorno ou procedimento e que não costumam frequentar a unidade. Quando um novo indivíduo é encontrado, realiza-se, primeiramente, o acolhimento e questiona-se acerca da necessidade de algum serviço de saúde. Se ele for solícito, a agente social realiza a ficha de cadastro e, caso haja necessidade, é realizado todo o atendimento de enfermagem/médico e demais profissionais da equipe. Se o paciente não for colaborativo, a equipe retorna em outro momento para novas tentativas de vínculo.

### **Serviços oferecidos no Consultório na Rua**

As atividades da equipe *in loco* preveem a realização de procedimentos que não demandem maior privacidade, sendo possível, nesse contexto, ações como entrevista inicial para anamnese, orientação e promoção de saúde, curativos de pequeno porte, atendimentos/avaliações clínicas não invasivas, atendimento em conjunto com os profissionais da equipe, com as equipes das UBS e com os NASFs. Vale ressaltar que essas atividades possibilitarão cuidado à saúde e maior integração com os usuários, a construção de vínculos que estimulem a autonomia e a autoestima, favorecendo a abordagem específica e discussões de temas de interesse comum ao grupo e viabilizando, também, a busca de alternativas para as problemáticas vivenciadas no contexto da rua.

Todo o equipamento de uma Estratégia Saúde da Família é oferecido no serviço do Consultório na Rua como:

- Exames laboratoriais;
- Vacinas;
- Testagem rápida para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis;

- Consultas especializadas;
- Exames de imagem (ultrassonografias, raio-x);
- Pré-natal;
- Distribuição de medicamentos e medicações supervisionadas;
- Curativos;
- Tratamento odontológico;
- Entre outros serviços ofertados na Atenção Primária.

### **Atividades terapêuticas realizadas no Consultório na Rua**

O Consultório na Rua realiza algumas rodas de bate-papo com os pacientes, além de incentivá-los a cuidar da horta na tentativa de mantê-los na unidade, tirando o foco da rua e uso das drogas.

### **Usuários com necessidade de apoio para administração da medicação**

Medicação administrada pelo Consultório na Rua: As medicações prescritas para os pacientes em situação de rua são distribuídas de forma controlada, onde a farmacêutica retém a receita e distribui a medicação a cada 3 dias, uma vez que os pacientes perdem a maioria das receitas e as medicações.

Medicação supervisionada: Algumas medicações são distribuídas para os pacientes de forma supervisionada, principalmente para aqueles que frequentam diariamente a unidade, facilitando o controle e acompanhamento do tratamento.

### **Relação do Consultório na Rua com a saúde mental**

O consumo de drogas está inserido no cotidiano de grande parte das pessoas que estão em situação de rua. Essa condição está associada a uma série de outras vulnerabilidades que as expõem a diversos riscos. Trata-se de um problema de grande importância e que vem desafiando as equipes de cuidado a desenvolverem abordagem mais adequada junto a essas pessoas, de modo a diminuir danos e promover saúde. Nesse contexto, as estratégias de redução de danos tornam-se uma importante ferramenta para contribuir e enriquecer a abordagem das equipes que trabalham com essa população, seja nos Consultórios na Rua, seja nas Unidades Básicas de Saúde. Entende-se por estratégias de redução de danos um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao

uso de drogas, sendo utilizadas internacionalmente e apoiadas pelas instituições governamentais brasileiras. Os problemas decorrentes do uso de drogas envolvem múltiplas dimensões para além da saúde, que podem ter graves consequências para os indivíduos e para a coletividade. Conhecer as estratégias de redução de danos, seus alcances, limitações e o debate que as envolve permitirá ao profissional contribuir, numa perspectiva integral, de forma mais efetiva para melhorar a saúde dessas pessoas. Nesse sentido, um dos desafios atuais é a necessidade de aperfeiçoar a abordagem com pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de drogas.

Considerando o contexto das pessoas em situação de rua, a abordagem deve passar, necessariamente, pela redução de danos. Os serviços substitutivos de saúde mental, como os CAPS AD e serviços de urgência e emergência, que acolhem usuários de álcool e outras drogas, devem se organizar para acolher essas pessoas e articular seus projetos terapêuticos singulares (PTS) com outros pontos da rede setorial e intersetorial. As equipes do Consultório na Rua devem contar com o apoio matricial das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos CAPS e compartilhar a criação dessa linha de cuidado no município. A intersetorialidade é um aspecto-chave do PTS e deve haver interlocução frequente entre a equipe de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de referência, de forma regular, com os dispositivos da assistência social, do esporte, da cultura e organizações não governamentais. A exigência da abstinência para atendimento e a rigidez na abordagem são duas estratégias contraproducentes para se promover saúde. Muitas vezes, é no atendimento da pessoa em seu momento de maior vulnerabilidade que se cria o vínculo dela com o profissional e o serviço de saúde.

O CnR trabalha com pacientes vulneráveis, dependentes químicos geradores de sofrimento psicossocial. É de extrema importância que os serviços de saúde mental estejam alinhados. Portanto, são realizadas mensalmente reuniões de matriciamento, juntamente com os CAPS AD e CAPS II, para discussões de casos de pacientes e troca de informações.

O Consultório na Rua não emite guias de internações para comunidades e nem para hospitais especializados para dependentes químicos. Nesses casos, o paciente é direcionado para acolhimento em CAPS AD.



### **Relação do Consultório na Rua com a rede de urgência e emergência**

O Consultório na Rua realiza regulação, via SAMU, de pacientes que necessitam de atendimentos com clínica de urgência/emergência situados na unidade ou em locais públicos. Também é realizada regulação ao Hospital Padre Albino de pacientes para avaliação e internações psiquiátricas mediante documentos oficiais de compulsórias/involuntárias.

### **Relação do Consultório na Rua com equipamentos sociais existentes no território**

O Consultório na Rua conta com o apoio dos seguintes equipamentos sociais: Centro Pop, CRAS e CREAS.

O Centro Pop é um serviço especializado de média complexidade para atendimento dos pacientes em situação de rua, que são direcionados para retirada de documentos perdidos, questões de vínculos familiares rompidos, assuntos relacionados a benefícios, direcionamento para higienização como banho, lavagem de roupas e acesso à Casa de Passagem.

Já os CRAS e CREAS são um equipamento no qual pode-se encaminhar usuários com os direitos violados como, por exemplo, indivíduos em situação de vulnerabilidade social, violência contra o idoso, criança e mulher.



### Fluxograma interno do Consultório na Rua



#### **2.1.4. Academia da Saúde**

É uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. São espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

O município de Catanduva conta com duas Academias da Saúde, cujas ações são desenvolvidas pelo dançarino popular e pelo musicoterapeuta.

#### **ACADEMIA DA SAÚDE – JARDIM GAVIOLLI**

##### **AULA DE DANÇA – 08:30h**

**SEGUNDA-FEIRA: DANÇA TERAPIA/ DANÇA CIRCULAR**

**QUINTA-FEIRA: DANÇA FITNESS**

**SEXTA-FEIRA: MISTURAMENTE**

##### **AULA COM MUSICOTERAPEUTA – 13:30h**

**SEGUNDA-FEIRA: TEORIA MUSICAL**

**TERÇA-FEIRA: COMPOSIÇÃO MUSICAL**

#### **ACADEMIA DA SAÚDE – JARDIM ALPINO**

##### **AULA DE DANÇA – 08:30h**

**SEGUNDA-FEIRA: DANÇA MIX**

**TERÇA-FEIRA: DANÇA DE SALÃO**

**QUARTA-FEIRA: DANÇA FIT**

**QUINTA-FEIRA: PRÁTICA DANÇANTE**

**SEXTA-FEIRA: DANÇA FUNCIONAL**

##### **AULA COM MUSICOTERAPEUTA – 07:30h**

**SEGUNDA-FEIRA: AULA DE VIOLÃO**

**QUARTA-FEIRA: AULA DE CANTO**

## 2.2. Atenção Psicossocial

### 2.2.1. Centro de Atenção Psicossocial - modalidade II (CAPS II)

#### Histórico

O Centro de Atenção Psicossocial de Catanduva foi inaugurado no dia 21 de novembro de 2014. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 7 às 18 horas.

Unidade de Saúde	Endereço	Telefone
CAPS II	Rua Pará, nº 13 – Centro CEP 15.800-040	3531-9415

#### Categorias profissionais do CAPS (categoria e quantitativo)

O CAPS II conta com:

- 1 auxiliar administrativo;
- 1 auxiliar de serviços gerais;
- 1 auxiliar de enfermagem;
- 3 artesãs;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeira;
- 5 psicólogos;
- 2 psiquiatras;
- 1 terapeuta ocupacional.

#### Público-alvo

As pessoas atendidas no CAPS II residem no município de Catanduva-SP e são aquelas que apresentam **intenso sofrimento psíquico**, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, **pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes**, ou seja, **pessoas com grave comprometimento psíquico**. Os usuários dos CAPS podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios etc.).

### **Como se faz para ser atendido no CAPS**

Para ser atendido em um CAPS, pode-se procurar esse serviço diretamente ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende a região onde mora. Quando chegar, deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. No caso deste CAPS II, o acolhimento pode ser realizado por toda equipe multidisciplinar através de um questionário norteador. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço. A partir daí, irá se construindo, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. Caso essa pessoa não queira ou não possa ser beneficiada com o trabalho oferecido pelo CAPS, deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado para sua necessidade. Se uma pessoa está isolada, sem condições de acesso ao serviço, ela poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa, de forma articulada com as equipes de saúde da família do local, quando um familiar ou vizinho solicitar ao CAPS.

### **Atividades terapêuticas que o CAPS oferece**

As atividades oferecidas no CAPS II são: atendimentos individuais realizados por todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, atendimentos em grupo, atendimentos em domicílio, musicoterapia, dança, oficinas terapêuticas envolvendo diversas técnicas de artesanato, oficina de horta e jardinagem, atividade física, oficina da memória envolvendo recursos para estímulo cognitivo, oficina de cinema, oficina de teatro, grupo terapêutico para pacientes bipolares, grupo de equilíbrio envolvendo técnicas de relaxamento, oficina de higiene e saúde para orientação e direcionamento dos pacientes com dificuldade para o autocuidado, grupo de família visando esclarecer dúvidas e dar suporte aos cuidadores, além de atividades extramuros como passeios em praças, shopping, cinema, museus, clubes, entre outros.

### **Alta responsável**

A alta responsável consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra(s), de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de:

- a) Orientação de usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- b) Articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica; e
- c) Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas Redes de Atenção à Saúde.

### **Usuários com necessidade de apoio para administração da medicação (dose supervisionada e medicação assistida)**

Dose supervisionada: consiste na administração presencial das doses diárias da medicação no serviço de saúde ou por profissionais no domicílio, durante determinado período de tempo, com a finalidade de supervisionar a tomada correta da medicação para o paciente que, naquele momento, apresenta-se muito desorganizado ou mesmo apresentando riscos a si mesmo.

Medicação assistida: quando um serviço ou pessoa, seja ela familiar ou cuidador, fica responsável por supervisionar através de um recurso facilitador – tabela organizadora de medicações – a fim de proporcionar maior autonomia e responsabilização do uso correto das medicações para o paciente, como instrumento orientador para que consiga administrar seu próprio tratamento. Utilizado também em situações em que o paciente representa risco a si mesmo pelo histórico de uso abusivo das medicações ou histórico de intoxicações exógenas com medicações, com objetivo de restringir a quantidade de medicações em posse do paciente, a fim de reduzir os danos e riscos do uso inadequado da medicação.

### **Matriciamento**

Matriciamento ou apoio matricial é um modelo utilizado em reunião de duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, onde se cria uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. O matriciamento deve proporcionar a

retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico.

### **Relação do CAPS com Atenção Básica**

Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.

O CAPS precisa:

- a) conhecer e interagir com as equipes de Atenção Básica de seu território;
- b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;
- c) realizar apoio matricial às equipes da Atenção Básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da Atenção Básica, atender casos complexos por solicitação da Atenção Básica;
- d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da Atenção Básica.

### **Relação do CAPS com a rede de urgência e emergência**

O CAPS realiza regulação via SAMU para serviço de urgência (UPA ou HPA) com a finalidade do controle de crises/surtos e para avaliação psiquiátrica de emergência, quando identificamos critérios de risco e critérios para internação psiquiátrica. Posteriormente a avaliação, realizada na maioria das vezes pela psiquiatra de plantão e verificada a necessidade de internação, esta vaga será solicitada via sistema CROSS.

### **Relação do CAPS com a comunidade**

O CAPS tem como objetivo principal proporcionar autonomia e independência dos sujeitos que necessitam de auxílio para conseguir ressocializar-se, oferecendo

atividades onde haja vivências que possam ser correlacionadas com as da vida cotidiana e, dessa forma, auxiliar os usuários a lidar com diferentes situações, além de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, sempre integrando uma rede de suporte, podendo ser além dos serviços de saúde os próprios familiares, amigos e profissionais.

### **Relação do CAPS com os equipamentos sociais existentes no território**

O CAPS conta com o apoio dos seguintes equipamentos sociais: Centro Pop, Consultório na Rua, CRAS, CREAS e Inclusão Social.

No caso de pacientes que se encontram em situação de rua, o CAPS pode solicitar busca ativa, avaliação e apoio dos profissionais do Centro Pop e Consultório na Rua junto com a equipe multiprofissional do CAPS para melhor direcioná-los. Com relação ao CRAS, este é um equipamento de assistência básica onde o usuário tem acesso a auxílios como vale gás, desconto na água e luz, cesta básica, cursos profissionalizantes (artesanatos em geral), além de benefícios como bolsa família e PBC LOAS. Já o CREAS é um equipamento no qual podemos encaminhar usuários com os direitos violados como, por exemplo, indivíduos em situação de vulnerabilidade social, violência contra o idoso, criança e mulher. A Inclusão Social compõe um dos recursos que contribuem para a reabilitação e reinserção dos usuários do CAPS em atividades de esporte e lazer, promovendo maior qualidade de vida e até prevenindo o agravamento de possíveis comorbidades associadas ao uso prolongado da medicação (psicotrópicos).

### **CAPS e intersetorialidade (Assistência Social, Cultura, Esporte, Educação, entre outros)**

A intersetorialidade na saúde mental coloca o usuário em uma nova concepção, não como doente, mas como pessoa que necessita ser um indivíduo humanizado e reconhecido dentro da sociedade. Para isso, foi preciso fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm visando a integralidade do usuário, promovendo sua inserção social através de ações intersetoriais que envolvam a educação, esporte, cultura e lazer como, por exemplo, a inclusão dos usuários em atividade física nos espaços da própria comunidade – clubes e praças – para melhora da qualidade de vida, parcerias com cursos técnicos e escolas para



capacitação e profissionalização, ampliando as chances e oportunidades de retomar ou até mesmo serem inseridos no mercado de trabalho, visitas e parcerias em empresas onde haja espaço para o indivíduo com transtorno mental, ligação com órgãos e instituições que proporcionem cultura e lazer como teatro e cinema, além de redes de alimentação.

### **CAPS e Residência Terapêutica**

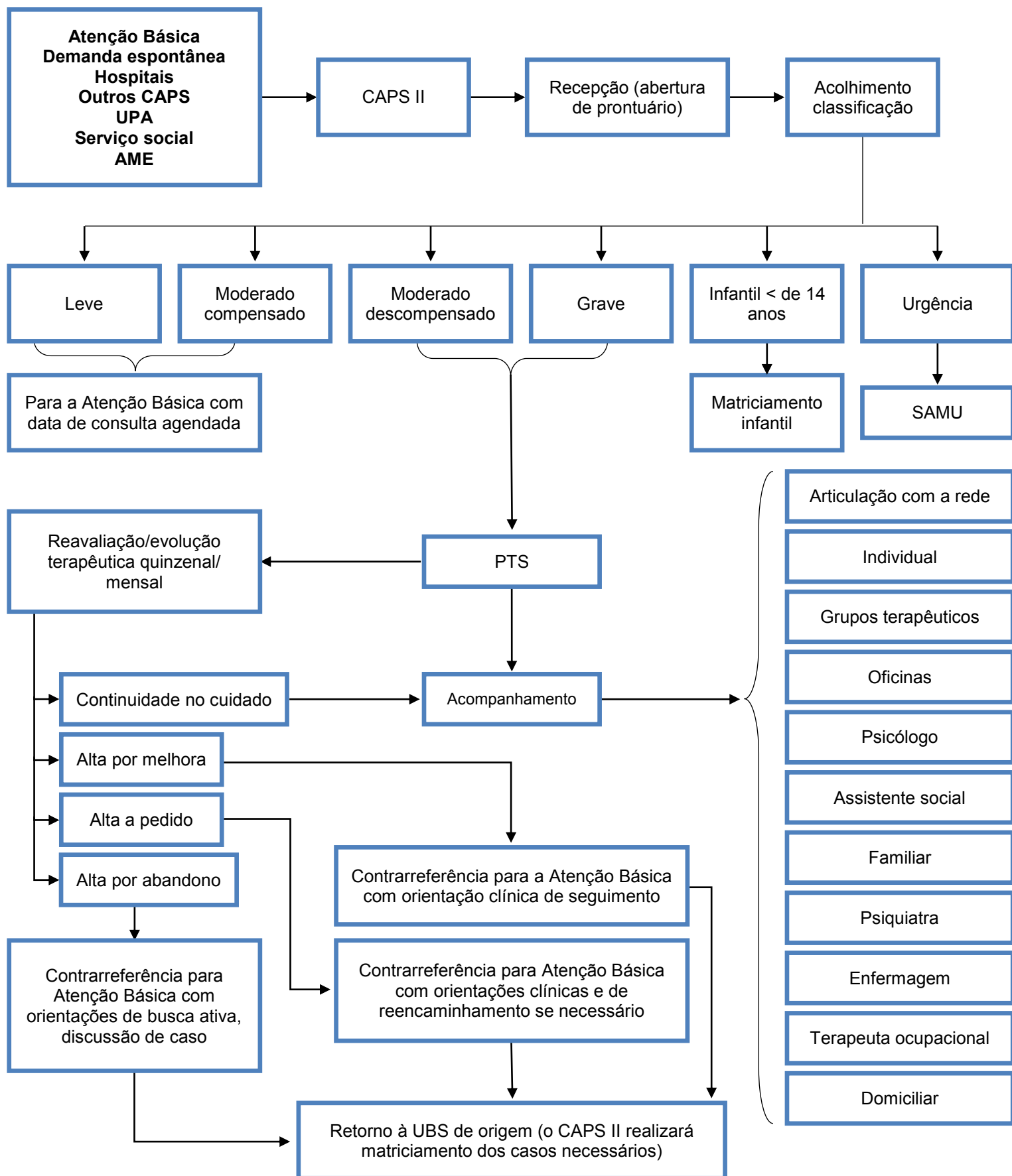
Os Serviços de Residência Terapêutica (SRT) constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. As residências terapêuticas deverão estar vinculadas aos CAPS (ou outro dispositivo ambulatorial), mesmo configuradas como "outro serviço" na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde (FCES) dos CAPS de referência. Os SRTs devem ser acompanhados pelos CAPS ou ambulatórios especializados em saúde mental, ou, ainda, equipe de saúde da família (com apoio matricial em saúde mental). A equipe técnica deve ser compatível com a necessidade dos moradores, sendo que o cuidador possui uma tarefa importante na moradia. No município de Catanduva-SP, existe um SRT do tipo II, onde 8 dos 10 moradores são mulheres. Esses pacientes participam de atividades oferecidas semanalmente no CAPS II. Além de realizarem atividades extramuro junto com profissionais do CAPS e/ou cuidadores do SRT, os moradores são estimulados a cada vez mais se apropriarem do espaço onde vivem, sempre trabalhando autonomia e independência deles.

### **Situações de urgência e emergência psiquiátrica**

Comportamentos de risco como: autoagressividade ou intenções de autoextermínio; heteroagressividade ou intenções homicidas; exposição social (exposição de órgãos genitais, masturbação em público); negligência dos autocuidados (recusa de alimentação, recusa de medicações para tratamento clínico e/ou psiquiátrico); agitação psicomotora, com delírios, alucinações, alteração da realidade e do juízo crítico; ausência de suporte familiar e/ou social, que represente vulnerabilidade com aumento do risco ao paciente.



### FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO CAPS II - CATANDUVA



### **2.2.2. Centro de Atenção Psicossocial - modalidade álcool e outras drogas (CAPS AD)**

#### **Histórico**

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do município de Catanduva foi inaugurado em 20 de dezembro de 2018, porém o início dos atendimentos ocorreu em 13 de setembro do mesmo ano. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 7 às 18 horas.

<b>Unidade de Saúde</b>	<b>Endereço</b>	<b>Telefone</b>
CAPS AD	Rua 13 de Maio, nº 1.260 – Centro CEP 15.800-010	3041-2265

#### **Equipe**

A equipe é composta por médica psiquiatra, médica clínica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, assistente social, 2 psicólogas, terapeuta ocupacional, 2 artesãs, bailarino, musicoterapeuta, auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais.

#### **Público-alvo**

Dependentes químicos de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, medicação psicotrópica, tabaco, produtos químicos, entre outros, com dependência moderada ou grave.

Em qualquer situação socioeconômica, moradores do município de Catanduva, maiores de 8 anos de idade e que venham por livre e espontânea vontade ou trazidos pela família para acolhimento, ou ainda por outros serviços como o Centro Pop, Consultório na Rua, Pronto-atendimento, Casa do Menor, CRAS, NASF (USF/ Atenção Básica) AME e Ambulatórios do Hospital Emílio Carlos, CAPS II, Hospital Mahatma Gandhi, Comunidades Terapêuticas ou por medida judicial.

Podem ser pacientes novos pela primeira vez no serviço, ou que já foram atendidos em outra ocasião no CAPS AD ou outro serviço, ou possuírem uma longa história de internações, ou estarem buscando ajuda pela primeira vez.

Se o paciente não quiser tratamento na unidade do CAPS AD ou, após acolhimento, constatar que há uma melhor alternativa para seu tratamento em outro serviço, ele será encaminhado para o serviço de saúde adequado às sua necessidade atuais.

### **Acolhimento**

O CAPS AD é um serviço porta-aberta, cujo primeiro atendimento é imediato.

O objetivo neste primeiro contato é compreender a situação do paciente que procurou o atendimento e iniciar um vínculo terapêutico com os profissionais. A partir daí, é traçado um plano individual de tratamento de acordo com a necessidade do paciente e a capacidade do sistema.

### **Atendimento**

O paciente que já foi acolhido e está em atendimento no serviço participa de atividades oferecidas, tais como: pintura em tela e tecidos, artesanatos com E.V.A., mosaico, esculturas de jornal, crochê, ponto cruz, horta terapia, confecção de potes usando decoupage, biscuit, confecção de objetos de decoração e presentes para datas comemorativas, atividades livres, musicoterapia, aula de dança, grupos terapêuticos, grupos de família e atividades extramuro, que são ações de educação em saúde oferecidas pelo município e Unidades de Saúde, onde há palestras educativas, atendimento psiquiátrico, psicológico, clínico e medicamentoso se necessário.

### **Medicação assistida com dose diária no CAPS AD**

Consiste na administração assistida de doses diárias da medicação no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), com a finalidade de supervisionar a ingestão correta das medicações junto ao paciente, já que ele não tem condição de se automedicar por estar desorganizado ou apresentando riscos à sua própria vida e não adesão ao tratamento.

### **Medicação supervisionada**

A equipe de enfermagem auxilia na capacitação dos familiares e/ou cuidadores, solucionando dúvidas e dificuldades em relação à administração das medicações.

O familiar e/ou cuidador ficará responsável em administrar essas medicações, assistindo as tomadas conforme necessidade, diminuindo risco do uso inadequado e proporcionando maior adesão medicamentosa.

## **Matriciamento**

Matriciamento ou apoio matricial é um modelo utilizado em reunião de duas ou mais equipes num processo de construção compartilhada onde se cria um plano de intervenção terapêutico.

O município de Catanduva, dentro da Atenção Básica, conta com 5 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que fazem matriciamento e assistência às equipes de cada unidade de saúde da Atenção Básica.

## **Matriciamento CAPS AD-NASF**

São reuniões semanais com as equipes dos CAPS AD, NASF e ESF, sendo os profissionais do CAPS AD: Médica Psiquiatra, Psicóloga e Enfermeira. Os encontros acontecem no CAPS AD ou nas unidades ESF.

As orientações são fornecidas a partir das dificuldades apresentadas pelas equipes das unidades básicas de saúde em relação aos usuários que buscam o serviço e estão contemplados ao tratamento. Os casos são discutidos a fim de determinar o seguimento do usuário na rede de acordo com as suas necessidades.

A relação entre CAPS II, Consultório na Rua e CAPS AD acontece através de reuniões mensais, com o intuito de discussão de casos e troca de saberes.

## **Relação do CAPS AD com Atenção Básica**

O CAPS AD busca uma integração com as equipes da rede básica de saúde, fazendo em conjunto um trabalho eficaz, a fim de melhoria da vida social e saúde física e mental das pessoas em uso de substâncias psicoativas.

Os pacientes acompanhados pela Atenção Básica são: pacientes leves, moderados compensados, comprometidos ou não com o tratamento e os pacientes que recebem alta do CAPS AD.

Como a Atenção Básica poderá acompanhar esses pacientes: esse acompanhamento acontece através de consultas médicas agendadas, psicoterapia, acompanhamento em grupo, visitas domiciliares e acompanhamento familiar.

A contribuição do CAPS acontece através de: estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e dificuldades encontradas no tratamento dos pacientes dependentes químicos do território; realizar apoio matricial com as equipes de Atenção Básica e, com isso, fornecer-lhes

orientação, supervisão e atender conjuntamente situações mais complexas; realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes de Atenção Básica e atender casos complexos por solicitação da Atenção Básica.

#### **Relação do CAPS AD com a comunidade:**

Em geral, a interação do CAPS AD com a comunidade acontece através de eventos programados durante o ano, que conta com a presença de profissionais da beleza, palestrantes do movimento negro e do empoderamento feminino, valorização da autoestima e apresentações em feira dos trabalhos desenvolvidos pelos pacientes.

Temos ainda reunião de acolhimento familiar, onde se realizam orientações sobre a patologia do paciente, como é a relação no âmbito familiar e como lidar com possíveis situações de instabilidade do paciente.

Juntamente a isso, temos como proposta para reinserção do paciente na sociedade e interação junto à comunidade a realização de passeios ao shopping, teatro e zoológico, a visitação em fábricas e escolas, com apresentação de experiências exitosas dos pacientes da unidade CAPS AD.

#### **Relação do CAPS AD com os equipamentos sociais existentes no território:**

O CAPS AD, no desenvolvimento de suas atividades, tem uma relação de parceria com equipamentos sociais tais como:

- Casa de Passagem: Pacientes em situação de rua e em acolhimento no CAPS são orientados a procurar tal serviço;
- Casa da Cultura e Academia da Saúde: Os pacientes são orientados a continuarem suas atividades terapêuticas extramuro nessas unidades, garantindo com isso a inclusão social e preenchimento do tempo ocioso, trazendo benfeitorias ao seu tratamento;
- Centro de apoio A.A. (Alcoólicos Anônimos), N.A. (Narcóticos Anônimos) e Amor Exigente: Pacientes e familiares são encaminhados para esses serviços a fim de receberem orientações e apoio na complementação do tratamento;
- Escola técnica SENAC: Essa parceria fornece cursos profissionalizantes, livres e gratuitos aos pacientes e tem como objetivo sua inserção no mercado de trabalho e autonomia;

- **Inclusão Social:** Em parceria com a unidade, oferece aos nossos pacientes cursos de informática.

Temos ainda como proposta, a fim de estreitar nosso relacionamento intersetorial com os equipamentos sociais citados acima, realizar encontros através de reuniões para alcançar melhoria dos serviços prestados à comunidade.

### **CAPS AD e comunidades terapêuticas:**

Ao paciente, após acolhimento no CAPS AD, sem motivação ao tratamento ambulatorial e em uso abusivo de múltiplas substâncias, é agendada consulta psiquiátrica e avaliada a necessidade de emissão de guia de encaminhamento para sua internação em comunidade terapêutica. A guia é encaminhada para a coordenadora da saúde mental e lançada no sistema regional DRS, onde será definida a comunidade de internação após a liberação da vaga. O paciente e seus familiares são comunicados e orientados quanto aos procedimentos necessários para acolhimento na comunidade terapêutica disponível.

É importante informar que, mesmo em internação, o paciente mantém-se vinculado à unidade CAPS AD com consultas psiquiátricas e atividades terapêuticas agendadas.

### **Relação do CAPS AD com a rede de urgência e emergência.**

É utilizado o serviço quando o paciente avaliado apresenta critérios para regulação via SAMU em Hospital Geral ou Pronto Atendimento (UPA).

Regulação Pronto Atendimento (UPA): Paciente que, em acolhimento no CAPS AD, apresenta sintomas clínicos de média e alta complexidade ou que necessita de exames laboratoriais e de imagem, medicações endovenosas, síndrome de abstinência alcoólica moderada ou grave, síndrome de abstinência alcoólica leve na ausência de médico na unidade e abstinência extrema do uso de substâncias psicoativas.

Regulação Hospital Geral/Pronto Socorro: Paciente que, em acolhimento, apresenta indicação de internação psiquiátrica ou clínica, risco de morte por prejuízos psíquicos ou físicos aparentes, surtos psicóticos com auto e heteroagressividade, ideações e planejamentos suicidas ou homicidas. No caso de internação psiquiátrica, é necessária a avaliação do Médico Psiquiatra, onde a vaga é solicitada via CROSS que indicará a disponibilidade no Hospital conveniado ao sistema de vagas da região.

### **Fluxograma Interno do CAPS Álcool e Drogas**

Paciente chega ao CAPS AD por meio de encaminhamento de outros serviços de saúde (CAPS II, Hospitais clínico e psiquiátrico, UPA e Atenção Básica) e também por demanda espontânea, sendo seu primeiro contato com a recepção, seguido de abertura de um prontuário e acolhimento do mesmo pela equipe técnica de nível superior para detecção do problema.

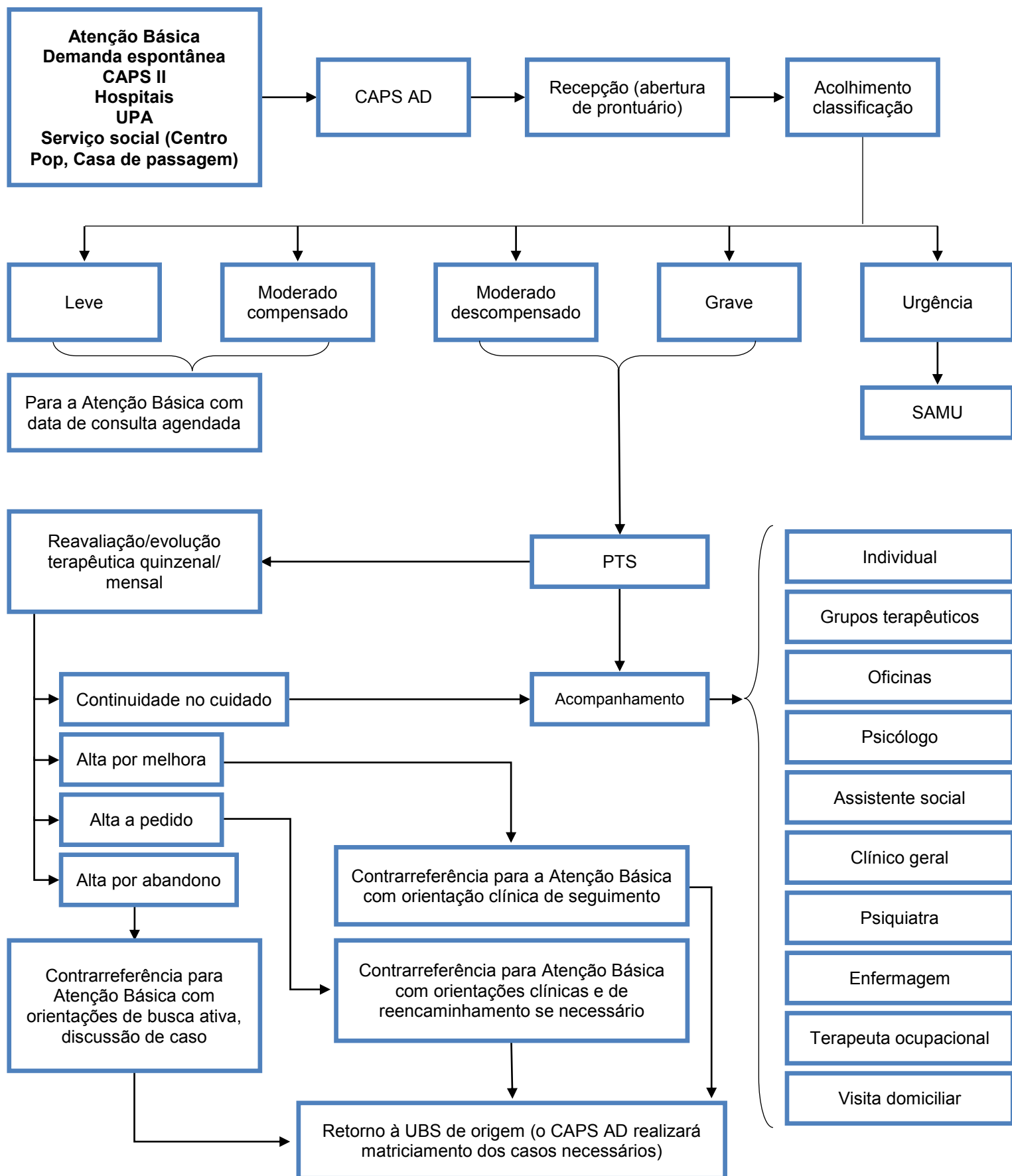
Após o primeiro atendimento, o paciente pode ser encaminhado para o devido tratamento através das seguintes classificações:

- Leve e moderado compensado: direcionado para a Atenção Básica, com data de consulta agendada.
- Moderado descompensado e grave: encaminhado para o grupo de acolhimento, onde é realizado o plano terapêutico de acordo com suas necessidades (consultas médicas com psiquiatra e clínico geral, consultas de enfermagem, oficinas terapêuticas, psicoterapia individual ou em grupo, medicação assistida ou supervisionada).
- Plano terapêutico singular: é feito a reavaliação/evolução quinzenal e mensal de cada caso, sendo decido por continuidade do tratamento ou alta do tratamento por melhora (paciente é contrarreferenciado para a Atenção Básica com orientação clínica de seguimento), à pedido (contrarreferenciado para Atenção Básica com orientações clínicas e de reencaminhamento se necessário) e por abandono (contrarreferenciado para Atenção Básica com orientação de busca ativa e discussão de caso). Em todos os casos de alta, o paciente retornará à UBS/ESF de origem e o CAPS AD realizará matriciamento novamente se necessário.





### FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO CAPS AD - CATANDUVA



### **2.3. Atenção Urgência e Emergência**

São serviços para o atendimento de urgências e emergências rápidas, responsáveis, cada um em seu âmbito de atuação, pela classificação de risco e tratamento das pessoas com transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situações de urgência e emergência, ou seja, em momentos de crise forte.

#### **2.3.1. SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Emergência-192)**

Segundo o protocolo do Ministério da Saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar à sofrimento, sequelas ou mesmo à morte. São urgências situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras.

O SAMU 192 realiza os atendimentos em qualquer lugar e conta com equipes que reúnem médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas.

- Residências;
- Locais de trabalho;
- Vias públicas.

O atendimento do SAMU 192 começa a partir do chamado telefônico, quando são prestadas orientações sobre as primeiras ações. A ligação é gratuita para telefones fixo e móvel. Os técnicos do atendimento telefônico identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização. Em seguida, as chamadas são remetidas ao Médico Regulador, que presta orientações de socorro às vítimas e aciona as ambulâncias quando necessário.

No caso de Emergências psiquiátricas, o SAMU deverá ser acionado quando houver agitação e situação de violência, autoagressão ou tentativa de suicídio. Nesses quadros devem ser considerados os seguintes aspectos:

- Agitação psicomotora: pacientes que estão fisicamente e/ou emocionalmente muito perturbados;
- Alteração súbita da consciência: alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;



- Déficit neurológico agudo é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24 horas como alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente);
- Déficit neurológico novo é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24 horas como:
  - a) alteração ou perda de sensibilidade;
  - b) fraqueza de membros (transitória ou permanente);
  - c) retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- História de inconsciência: deve haver testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente;
- História de overdose ou envenenamento: esta informação pode vir de outros ou pode ser deduzida na presença de caixas de remédios vazias;
- História psiquiátrica importante: história de evento ou doença psiquiátrica significativa;
- Risco de agredir outros: a presença de risco potencial de dano a outros pode ser avaliada perguntando-se ao solicitante sobre a postura do paciente (tensa ou com punhos cerrados), o padrão de discurso (alto, com palavras ameaçadoras) e o comportamento psicomotor (inquietação). Em caso de dúvida, considerar alto risco:
  - a) Alto risco: deve ser presumido se armas e vítimas potenciais estão por perto ou se houve perda do autocontrole;
  - b) Moderado risco: deve ser presumido se há qualquer indício de potencial agressão a alguém;
- Risco de (nova) autoagressão: uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Em caso de dúvida, considerar alto risco:
  - a) Alto risco: se houver passado importante de autoagressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal finalidade;
  - b) Moderado risco: se houver passado importante de autoagressão, mas não está tentando se machucar nem tentando ir embora para tal finalidade, embora manifeste esse desejo.

## **REGULAÇÃO**

### **AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

#### **I - Critérios de inclusão**

Pacientes com alteração de comportamento (agitação ou inquietação) que podem ter etiologia psiquiátrica ou orgânica.

#### **II - Abordagem:**

- A pessoa está ansiosa? A pessoa está agitada?
- A pessoa tem ideias delirantes ou incoerentes?
- A pessoa tem ideias suicidas?
- A pessoa apresenta agressividade?
- Crises anteriores, antecedentes, ou trauma emocional recente, sofrimentos,
- É acompanhado em algum serviço de saúde?
- Sabe o nome da doença e/ou medicação?
- Usou drogas ou álcool?
- Está agressivo?
- Está agitado?
- Perdeu os sentidos?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?

#### **III - Decisão técnica:**

- Considerar o envio de USA se houver:
  - a) História de overdose ou envenenamento com perda de consciência;
  - b) Alto risco de agredir outros;
  - c) Alto risco de autoagressão;
  - d) Ideação suicida;
  - e) Agitação psicomotora incontrolável (acatisia).
- Considerar o envio de USB se houver:
  - a) Agitação psicomotora moderada;
  - b) História psiquiátrica importante;
  - c) Risco moderado de autoagressão.
- Realizar orientação médica se houver:
  - a) Outras queixas.

**IV - Orientações ao solicitante:**

- Pedir para o solicitante colocar o paciente em ambiente calmo;
- Não permitir que o paciente cometa autoagressão e para com os demais acompanhantes;
- Não deixar o paciente sozinho até que chegue a equipe de socorro.

**V - Acompanhamento da decisão técnica:**

- Em caso de paciente violento, solicitar auxílio de força policial;
- Confirmar a ausência de utilização de substâncias tóxicas, drogas, etc.;
- Diante da pessoa perigosa, avaliar o grau de perigo: para ela mesma, para seus familiares e para a equipe de atendimento.

**VI - Decisão gestora:**

- Buscar o serviço mais adequado na grade de referência (Assistência Psiquiátrica);
- Comunicar o serviço de destino.

**VII - Finalização:**

- Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura.

**B. AUTOAGRESSÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO**

**I - Critérios de inclusão:**

- História de autoagressão, com danos físicos a si mesmo, abordando aspectos físicos e psiquiátricos do caso.

**II - Abordagem:**

- Faz algum tratamento psiquiátrico?
- Usou drogas ou álcool?
- Como estão os braços e pernas (alguma deformidade)?
- Tem trauma na cabeça?
- Tem sangramento? (orientar compressão da lesão com um pano limpo);
- Houve desmaio?
- Como está a fala?
- Orientado ou confuso? (não diz "coisa com coisa").

### III - **Decisão Técnica**

- Considerar o envio de USA se houver:
  - a) Hemorragia exsanguinante;
  - b) Dispnéia aguda;
  - c) Hemorragia maior incontrolável;
  - d) Alteração súbita da consciência;
  - e) Mecanismo de trauma significativo;
  - f) Alto risco de nova autoagressão;
  - g) Dor intensa.
- Considerar o envio de USB se houver:
  - a) Hemorragia menor incontrolável;
  - b) Risco moderado de nova autoagressão;
  - c) História psiquiátrica importante;
  - d) História discordante;
  - e) Distúrbio de coagulação;
  - f) Agitação psicomotora;
  - g) Dor moderada.
- Realizar orientação médica se houver:
  - a) Outras queixas.

### IV - **Decisão gestora:**

- Buscar o serviço mais adequado na grade de referência (Assistência Psiquiátrica);
- Comunicar o serviço de destino.

### V - **Finalização:**

- Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura.

#### **2.3.2. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)**

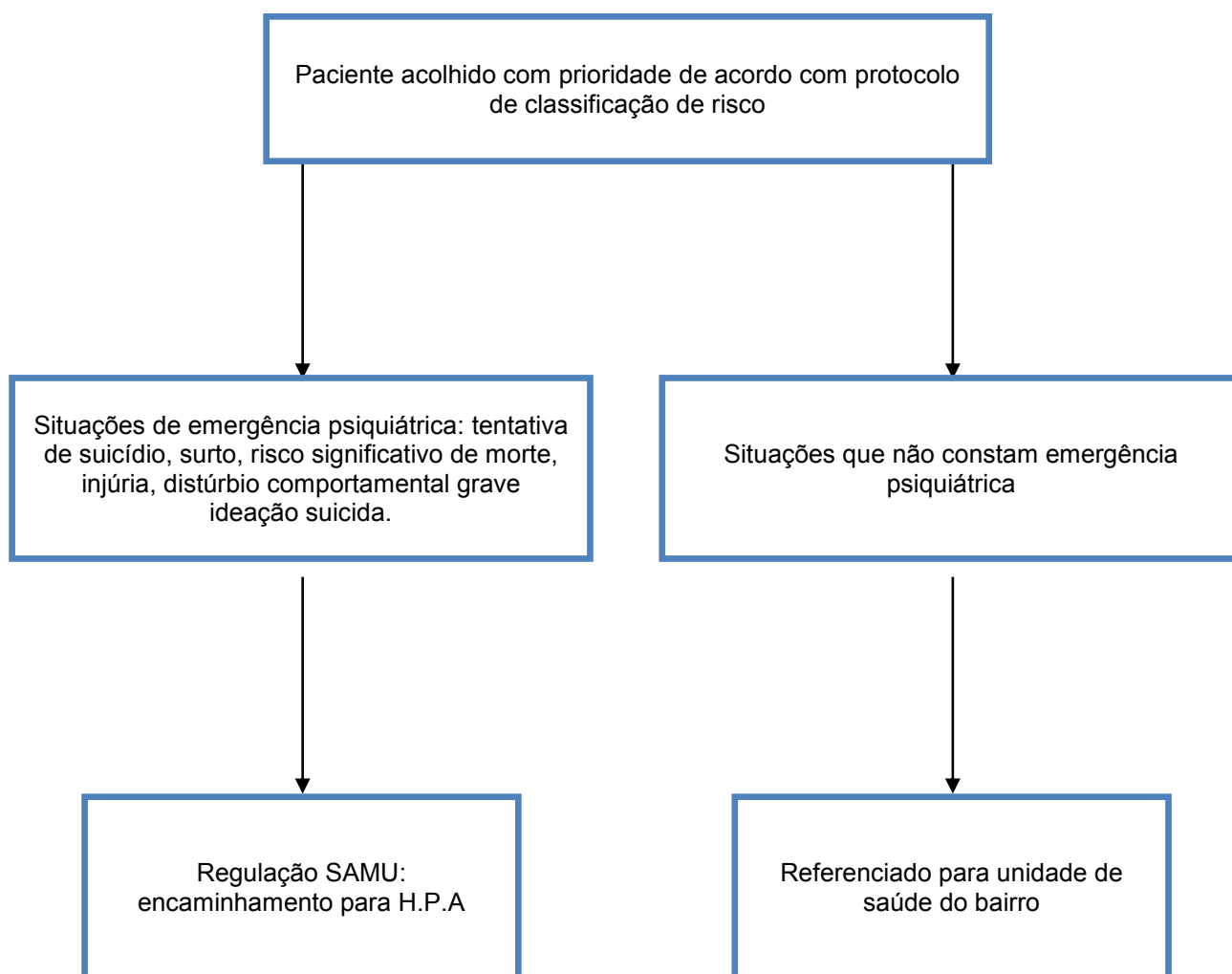
Na UPA, o paciente é acolhido com prioridade de acordo com o protocolo de classificação de risco.

O paciente é estabilizado e, em situações de emergência psiquiátrica, é regulado via SAMU e encaminhado para o Hospital Padre Albino, onde é avaliado por psiquiatra e, se necessário, regulado para internação.

No caso de situações que não constam emergência psiquiátrica, os pacientes são referenciados para a unidade de saúde do bairro de referência, conforme fluxograma abaixo.

Unidade de Saúde	Endereço	Telefone
UPA	Av. Theodoro Rosa Filho, nº 1500 – Solo Sagrado	3531-9540
SAMU	Rua Paraíba S/Nº – Centro	3531-9787
		0800 770 5313
		192

### Fluxograma do Atendimento do Paciente Psiquiátrico UPA - Catanduva



## **2.4. Atenção Residencial de Caráter Transitório**

### **2.4.1. Comunidades Terapêuticas**

São serviços destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório para pacientes, com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

No município, os pacientes com esse perfil são encaminhados às comunidades terapêuticas pela equipe do CAPS AD.

O paciente passa por acolhimento na unidade e em seguida é agendado com o médico psiquiatra, que emitirá guia de encaminhamento se julgar necessário, e após, essa guia é encaminhada aos serviços que regulam vagas para as comunidades.

No momento, é o DRS-XV, em São José do Rio Preto, que regula essas vagas para as comunidades que fazem parte do programa Recomeço.

Atualmente, as comunidades que fazem parte desse programa e que acolhem nossos pacientes, que são encaminhados de acordo com o perfil de cada um, são as seguintes:

- Associação Pão Nosso - Obras Sociais Padre Osvaldo, em Catanduva
- Comunidade Terapêutica Cáritas, em Catanduva
- Comunidade Terapêutica Cáritas, em Ibirá
- Comunidade Terapêutica Recomeçar, em Catanduva
- Comunidade Terapêutica Só por Hoje, em Potirendaba
- Associação Teshuvá, em Novo Horizonte
- Comunidade Nova Vida, em Votuporanga
- Comunidade Sol, em São José do Rio Preto
- Madre Teresa de Calcutá, em São José do Rio Preto.

## **2.5. Atenção Hospitalar**

### **2.5.1. Hospital Psiquiátrico**

No município, temos o Hospital Mahatma Gandhi que conta com 138 leitos do Sistema SUS para internações psiquiátricas, os quais são regulados pelo Estado, e atendem um total de 102 municípios.



A internação psiquiátrica é válida nos casos em que o indivíduo perdeu sua capacidade de autodeterminação, ou a capacidade de se autogerir, ou seja, não tem mais a crítica preservada e, assim, acaba representando uma ameaça a si próprio ou para a sociedade. E quando o usuário encontra-se nessas condições, é encaminhado para a emergência psiquiátrica no Hospital Padre Albino, onde os pacientes chegam através do serviço de SAMU, oriundos do serviço de pronto atendimento, ou dos serviços especializados CAPS II e CAPS AD.

O paciente que se encontra na emergência psiquiátrica é regulado pelo sistema CROSS e, dependendo do perfil e da disponibilidade de vagas, serão encaminhados para o Hospital Mahatma Gandhi, para o Hospital Nossa Senhora da Divina Providência – em Jaci – ou para Santa Casa de Tanabi que, assim como o Mahatma Gandhi, também são referências de internações psiquiátricas para o município de Catanduva dentro do sistema CROSS.

## **2.6. Estratégias de Desinstitucionalização**

### **2.6.1. Serviço de Residência Terapêutica**

O **Serviço de Residência Terapêutica (SRT)** é um espaço privilegiado na construção da autonomia de pacientes com longo período de internação psiquiátrica, sendo cotidianamente resgatadas a cidadania e sua identidade nas atividades diárias.

O SRT é uma estratégia para a desospitalização, pois muitos pacientes, devido institucionalização por muitos anos, romperam com os vínculos familiares e sociais. Assim, é necessário o acompanhamento por uma equipe interdisciplinar num processo de reabilitação psicossocial.

Esta desinstitucionalização e a efetiva reintegração de doentes mentais graves na comunidade é uma tarefa na qual o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. Juntamente com os programas De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos (dois anos ou mais

ininterruptos) em hospitais psiquiátricos, por não contarem com suporte adequado na comunidade.

Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia.

O Serviço Residencial Terapêutico do município é do Tipo II, e esta modalidade de moradia é destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

O acompanhamento dos usuários que moram na Residência é efetuado pelo CAPS II.

Unidade de Saúde	Endereço	Telefone
Residência Terapêutica	Rua Belo Horizonte, nº 70 – Centro	3524-1771

### **2.6.2. Programa de Volta para Casa**

O Programa de Volta para Casa é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Criado por lei federal, o Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O objetivo é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, por meio do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação aos beneficiários. O programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem-estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário por meio de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atenção à saúde do adulto - Protocolo de enfermagem - Catanduva/SP.
2. Botega NJ. Comportamento suicida em números. Debates Psiquiatria Hoje. 2010;2(1):9-11.
3. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial União. 29 jun. 2011d; Seção 1, p.1-3.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União 20 set 1990; Seção 1:018055.
5. Linha De Cuidado - Secretaria de Saúde do Paraná.
6. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216/01 Política Nacional de Saúde Mental.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336/GM, de 10 de fevereiro de 2002.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários, Brasília: (DF); 2003.

11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2010
12. MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria nº 122, de 25 de Janeiro De 2011.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 106/GM, de 11 de Fevereiro de 2000.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.090/GM, de 23 de Dezembro de 2011.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Republicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nº 97. Diário Oficial União. 21 mai 2013; Seção 1:37.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Residências Terapêuticas – O que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
20. Oliveira A, Alessi N. Cidadania: instrumento do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. Ciência Saúde Coletiva. 2005;10(1):191-203.

21. Organização Mundial da Saúde. Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como um grupo vulnerable. Ginebra: 2010.
22. QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. Emergências Psiquiátricas. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440p.; 21cm.
23. World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. Geneva, Switzerland
24. World Health Organization. The world report 2001. Mental health new understanding new hope. Genebra: WHO; 2001.
25. Ximenes NFR. Felix RMS, Oliveira, EM. Jorge, MSB Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária a saúde. Enfermeira Global. 2009(16).