



Of. nº 10/2669-SEMAD/DGD/RR

Novo Hamburgo, 08 de agosto de 2023

Ao Excelentíssimo Senhor
EMERSON FERNANDO LOURENÇO
Presidente da Câmara de Vereadores
Câmara de Vereadores
Novo Hamburgo

Assunto: RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 1160/2023 - PROTOCOLO Nº 115027/2023.

Senhor Presidente da Câmara de Vereadores,

Vimos à presença de Vossa Excelência, em atendimento ao Requerimento em epígrafe, de autoria do Vereador Felipe Kuhn Braun, encaminhar, em anexo, Ofício nº 677/2023 - SMS, expedido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Atenciosamente,

FÁTIMA DAUST
Prefeita

CÂMARA MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO
PROTOCOLO
DOC Nº 548/2023 - 16:01

16 ABO 2023



Novo Hamburgo, 04 de agosto de 2023.

Ofício nº 677/2023 - SMS

Requerimento Nº 1160/2023

Excelentíssimo Sr. Vereador Felipe Kuhn Braun,

Ao cumprimentá-lo cordialmente, em resposta ao ofício supracitado, referente à solicitação do plano terapêutico institucional da ala de leitos psiquiátricos AD, segue.

Sendo o que tínhamos para o momento, agradecemos sua atenção.

Sayonara de Matos
Gerente de Saúde Mental

Marcelo André Reidel
Secretário Municipal de Saúde

**AO SR. VEREADOR FELIPE KUHN BRAUN
CÂMARA MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO
NOVO HAMBURGO – RS**



Novo Hamburgo, 03 de agosto de 2023.

Vossa Senhoria Vereador Felipe Kunn Braun

Em resposta ao ofício solicitando o Projeto terapêutico Institucional dos leitos AD, informamos que as internações ocorrem em três modalidades:

- Internações nos leitos de saúde mental do Hospital Geral, que contemplam tanto pessoas com questões AD quanto saúde mental - 10 leitos;
- Acolhimento Noturno - 10 leitos no CAPS AD III, exclusivos para álcool e drogas,
- Internações compulsórias, em hospital conveniado (10 leitos no Hospital Sagrada Família).

Considerando que a demanda refere-se ao cuidado exclusivo AD, enviamos anexo:

- A linha de cuidado AD, que define os cuidados e os critérios de acesso nos diferentes serviços da rede;
- O Plano terapêutico Institucional do CAPS AD III, que contempla os 10 leitos AD;
- O Protocolo do Acolhimento Noturno, que especifica como funciona este cuidado.

Qualquer dúvida, encontro-me à disposição.

Atenciosamente,

Sayonara de Matos
Sayonara de Matos
Gerente de Saúde Mental



ANEXO 1:

LINHA DE CUIDADO PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

De acordo com o DSM-V, a característica essencial de transtorno por uso de substância consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que dão indícios de um uso contínuo de alguma substância psicoativa pelo indivíduo, apesar dos problemas significativos que surgem em seu cotidiano diretamente relacionados à esta.

Conforme descreve a OMS a dependência química é caracterizada, ainda, por sintomas de abstinência, fissuras e recorrentes recaídas decorrentes das alterações básicas nos circuitos cerebrais.

O excesso de uso de Substâncias Psicoativas (SPAs) afeta diretamente o sistema de recompensa do cérebro que está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias, essa ativação se torna tão intensa que atividades normais se tornam negligenciadas.

Observa-se que há uma maior prevalência no uso de SPAs naqueles indivíduos com menor nível de autocontrole sendo estes mais predispostos a desenvolver transtornos por uso de substâncias. Não é raro identificar, na história de vida destes, manifestações de comportamentos e sintomas que remetem a transtornos mentais pré-existentes. Alguns dos mais comuns são transtornos de humor, transtornos de ansiedade e alguns transtornos de personalidade.

DESCRIÇÃO E DIAGNÓSTICO

A fim de estabelecer um diagnóstico de dependência química é necessário que o indivíduo desenvolva uma relação problemática com o uso, apresentando sintomas e/ou comportamentos associados aos seguintes grupos: baixo controle; deterioração social; uso arriscado e critérios farmacológicos.

São elementos indicadores de baixo controle:

Compulsão – se caracteriza pelo descontrole ou incapacidade de estabelecer e respeitar seus limites, em relação ao uso, com esforços mal sucedidos em interrompê-lo

Tempo gasto com o uso – Longos períodos gastos para obter a substância, usá-la e recuperar-se

Fissura – desejo ou necessidade intensa de usar a droga em qualquer momento, está ligado ao sistema de recompensas do cérebro e pode ser um indicativo de processo de recaída.

O grupamento de deterioração social inclui:

Fracasso papéis sociais – fracasso em cumprir compromissos familiares, de trabalho, de estudo e permanecer em uso mesmo quando estes são identificados pelo indivíduo.

Centralidade da vida no uso – o uso de SPAs de torna central à ponto de atividades anteriormente importantes (sociais, familiares, recreativas, de trabalho) podem ser abandonadas e/ou diminuídas de forma significativa.

Uso arriscado engloba:

Exposição a riscos – maior probabilidade de envolver-se em situações de risco quando em uso, tais como: auto e heteroagressão, envolvimento em situações ilícitas, acidentes de qualquer natureza (queda, trânsito, etc).

Persistência no uso – Mantém-se usando apesar de estar ciente dos prejuízos físicos e emocionais acarretados/exacerbados

Critérios farmacológicos compreendem:

Tolerância - consumo de doses cada vez maiores para alcançar o mesmo efeito.

Abstinência – são sinais e sintomas físicos decorrentes da diminuição da concentração da substância no organismo após uso intenso e prolongado. É comum retomar o uso para aliviar o desconforto de tais sintomas

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

1 – a substância é normalmente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido

2 – existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso

3 – muito tempo é gasto em atividades necessárias para obtenção, na utilização e recuperação de SPAs



4 – fissura ou forte desejo ou necessidade de uso

5 – uso recorrente de SPA, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa

6 – uso continuado de SPA, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos

7 – importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso

8 – uso recorrente de SPA em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física

9 – o uso é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância

10 – tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

a. necessidade de quantidades progressivamente maiores para alcançar a intoxicação ou efeito desejado

b. efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidades

11 – abstinência: é comum durante a síndrome de abstinência por qualquer SPA a presença de ao menos dois dos seguintes sintomas após a interrupção ou diminuição do uso: sudorese excessiva, taquicardia, irritabilidade, agressividade, ansiedade, insônia, diminuição do apetite, inquietação e depressão.

Sendo a síndrome de abstinência alcoólica a que apresenta maiores riscos à integridade física podendo, inclusive, levar a quadros graves como *delirium tremens* e *Wernicke Korsakoff*, tendo como consequência mais grave o óbito, consideramos de suma relevância especificar seus critérios diagnósticos:

Álcool – cessação ou redução do uso apresentando um ou mais dos seguintes sintomas;

a . hiperatividade autonômica (sudorese, FC > 100bpm)

b . tremor aumentado nas mãos

c . insônia

d . náuseas ou vômitos

e . alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias

f . agitação psicomotora



g . ansiedade

h . convulsões tônico-clônicas generalizadas

Os quadros de dependência química podem ser classificados em: leve, moderado ou grave dependendo do número de sintomas presentes.

Leve: presença de dois ou três sintomas

Moderado: presença de quatro ou cinco sintomas

Grave: presença de seis ou mais sintomas

Especificar se:

Remissão inicial – abstinência por período superior a três e inferior a doze meses, exceto se apresentar o critério 4 (fissura ou forte desejo ou necessidade de uso)

Remissão sustentada – abstinência por período igual ou superior a doze meses, exceto se apresentar o critério 4

OBS.: em caso de permanência em ambiente protegido (ex.: internação clínica/hospitalar e Comunidade Terapêutica) o período é contabilizado após a saída do mesmo.



ESTADIAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA

	ATENÇÃO BÁSICA LEVE	AMBULATÓ RIO DE SAÚDE MENTAL MODERADO	CAPS AD III* GRAVE	HMNH/UPA GRAVÍSSIM O
Grau de Dependência	Presença de dois ou três sintomas	Presença de quatro ou cinco sintomas	Presença de seis ou mais sintomas	
Fatores de Risco e Funcionalidade		Casos leves que nas seguintes situações: gestante, abstinente a menos de 6 meses exposição de risco moderado prejuízos moderados no trabalho, relacionamento s ou cognitivos Histórico de síndrome de abstinência moderada	Casos moderados nas seguintes situações: gestante, população em situação de rua, nenhum suporte familiar e social, risco de autoagressão, alta de internação hospitalar, período de remissão inicial histórico de síndrome de	Ideação suicida e/ou homicida com plano ou tentativa recente Síndrome de Abstinência ou pacientes com alto risco de síndrome de abstinência (histórico recente) não medicados. Agitação Psicomotora Surto psicótico



			abstinência grave	
--	--	--	----------------------	--

*Para acolhimento noturno há critérios no protocolo do mesmo.

**ESTADIAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNO POR USO DE
SUBSTÂNCIA E COMORBIDADE PSQUIÁTRICA**

GRAVIDADE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	GRAVIDADE DO TRANSTORNO MENTAL	SERVIÇO
GRAVE	GRAVE EXCEÇÃO: CID10 F20 (Esquizofrenia) devem ser acompanhados por CAPS II	CAPS AD III
GRAVE EM REMISSÃO SUSTENTADA	GRAVE	CAPS II
GRAVE	MODERADO	CAPS AD III
GRAVE EM REMISSÃO SUSTENTADA	MODERADO	AMBULATÓRIO
GRAVE	LEVE	CAPS AD II
GRAVE EM REMISSÃO SUSTENTADA	LEVE	ATENÇÃO BÁSICA
MODERADO	GRAVE	CAPS II
MODERADO	MODERADO	AMBULATÓRIO
MODERADO	LEVE	AMBULATÓRIO
LEVE	GRAVE	CAPS II



LEVE	MODERADO	AMBULATÓRIO
LEVE	LEVE	ATENÇÃO BÁSICA

É frequente que a D.Q. seja um transtorno comórbido a outros transtornos mentais, sendo necessária avaliação diagnóstica para nortear a elaboração do PTS de acordo com as características específicas de cada um. Diversos estudos têm apontado que, nos casos em que a condição comórbida à D.Q. for a **esquizofrenia**, o acompanhamento mais adequado se dá em serviço especializado no tratamento desta. Tal indicação se fundamenta no fato de que os indivíduos portadores de esquizofrenia apresentam, de modo geral, significativas limitações cognitivas como: diminuição da capacidade crítica; déficit de atenção; concentração e de memória podendo, inclusive, apresentar déficit de insight. Tais dificuldades terão grande influência no transcorrer do tratamento para a D. Q., pois as abordagens de tratamento que apresentam eficácia cientificamente comprovada requerem um funcionamento cognitivo preservado. Para a adequada evolução do paciente esquizofrênico e usuário de SPAs, faz-se necessário que, primeiramente haja o desenvolvimento de um aumento no senso de eficácia para resistir à pressão social pelo uso de drogas.

SERVIÇOS QUE ATENDEM PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Atendimento Infante Juvenil - 0 a 18 anos		
Serviço:	Endereço/ Contato	Forma de Encaminhamento
Casos Moderados		
Ambulatório de Saúde Mental Infante Juvenil Coordenador: Cristina	Endereço: Rua Marcílio Dias, 560 - Bairro Centro Telefones: 3593-2243 e-mail: ambulatorioinfjuvecoordenacao@f snh.ne t.br Horário de Atendimento: 8h às 18h*	Através do e- mail por formulário próprio
Casos Graves		



CAPS Infante Juvenil Coordenador: Gláuce	Endereço: Rua Gomes Jardim, 291 - Bairro Centro Telefones: 3527-2206 / 51980139253 e-mail: dsmcapsi@novohamburgo.rs. gov.br Horário de Atendimento: 8h às 18h*	Discussão por contato telefônico e envio por e-mail do formulário de encaminhamento.
---	--	---

*Quintas -Feiras atendimento inicia às 13h devido reunião de equipe.

Atendimento Adulto		
Serviço:	Endereço/ Contato	Forma de Encaminham
Casos Moderados		
Ambulatório de Saúde Mental Coordenador: Márcio	Endereço: Rua Anita Garibaldi, 34 - Bairro Guarani Telefones: 3594-1174 / 99769-9978 / 99689-3213 e-mail: ambulatoriosm@novohamburgo.rs. gov.br Horário de Atendimento: 7h às 17h*	Discussão por contato telefônico para passage do caso onde será informado ao profissior data e a hora do agendamento.

Casos Graves de Saúde Mental, mas com questões secundárias de uso de álcool e drogas		
CAPS Centro Coordenador: Yuri Referências Bairros: Rincão, Boa Saúde, Roselândia, Petrópolis, Centro, Operário, Guarani, Vila Rosa., Boa Vista, Rio Branco, Hamburgo Velho, São José, Kephas. Vila Diehl, Redentora, Vila Nova, Jardim Mauá,	Endereço: Rua Joaquim Pedro Soares, 198 - Bairro Centro Telefones: 3593-9573 e-mail: dsmcapscentro@novohamburgo.rs.g ov.br Horário de Atendimento: 8h às 18h*	Discussão por contato telefônico e envio por e-mail do formulário de encaminhamento.



Rondônia, e Lomba Grande.		
<p>CAPS Canudos Coordenador: Fabiani</p> <p>Referências Bairros: Canudos, São Jorge, Kraemer e Mundo Novo</p> <p>CAPS Santo Afonso Coordenador: Germano</p> <p>Referências Bairros: Santo Afonso, Industrial, Liberdade, Ideal, Ouro Branco, Pátria Nova</p>	<p>Endereço: Avenida General Daltro Filho, 1660 - Bairro Hamburgo Velho Telefones: 3582-4206 / 51995618114 e-mail: capscanudos@fsmh.net.br Horário de Atendimento: 8h às 17h*</p> <p>Endereço: Rua Babaçu, 58 - Bairro Industrial Telefones: 3580-1297 e-mail: capssantoafonsocoordenacao@fsmh.net.br Horário de Atendimento: 8h às 18h*</p>	<p>Discussão por contato telefônico e envio por e-mail do formulário de encaminhamento.</p> <p>Discussão por contato telefônico e envio por e-mail do formulário de encaminhamento.</p>
<p>Oficina de Geração de Renda Coordenador: Sandra</p> <p>Reinserção no mercado de trabalho de pessoas com transtornos mentais estabilizados com potencial para ingressar no mercado de trabalho em vaga para PCD psicossocial</p>	<p>Endereço: Rua Gomes Jardim, 174 - Bairro Centro Telefones: 3036-6618 e-mail: oficinagrnh@gmail.com Horário de Atendimento: 8h às 17h*</p>	<p>Portas abertas e através de contato telefônico</p>

*Quintas -Feiras atendimento inicia às 13h devido reunião de equipe.

Usuários com Transtorno por uso de Substância Grave		
Serviço:	Endereço/ Contato	Forma de Encaminhamento



CAPS AD III Coordenadora: Letícia	Endereço: Rua Visconde de Taunay, 164 (ao lado da UPA Centro) - Bairro Rio Branco Telefones: 3600-8362 e-mail: capsadcoordenacao@novohamburgo .rs.gov.br / capsad@novohamburgo.rs.gov.br Horário de atendimento: 8h às 19h*	Discussão por contato telefônico e envio por e-mail do formulário de encaminhamento
--------------------------------------	---	--

Para os casos de internação, a rede é composta por 10 leitos de saúde mental no Hospital Geral

UNIDADE DE ACOLHIMENTO(UAA)

Destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos, com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e falta de moradia, com vínculos frágeis ou rompidos e sem amparo familiar, sem risco iminente de suicídio ou de heteroagressividade e sintomas ativos estabilizados.

A admissão do paciente na UAA de Novo Hamburgo é organizada pelo seu técnico de referência, integrante da equipe do CAPS AD ou Ambulatório de Saúde Mental Adulto, em conjunto com a equipe da UAA. É prerrogativa do CAPS AD/Ambulatório indicar os pacientes a serem acolhidos de forma voluntária, acompanhar sua estadia no serviço, a evolução do tratamento e a decisão sobre a finalização do seu tempo de permanência na UAA, juntamente com a equipe deste serviço.

Ainda contamos com os seguintes convênios:

RESIDENCIAIS

CAUDEQ (22 vagas conveniadas em Comunidade Terapêutica Adulta)



Município de Novo Hamburgo
Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Municipal de Saúde



SAÚDE
PREFEITURA
NOVO HAMBURGO

Fazenda Sr Jesus (7 vagas em Comunidade Terapêutica para adolescentes)



ANEXO 2

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL

CAPS AD III

PLANO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL

Novo Hamburgo, Outubro de 2022



1.

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO:

Nome: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS III)

CNES: 3019942

Endereço: Rua Visconde de Taunay, 164

Telefone: 3600-8362

E-mail: capsad@novohamburgo.rs.gov.br /

capsadcoordenacao@novohamburgo.rs.gov.br

2. POPULAÇÃO ATENDIDA:

O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas.

O CAPS AD III atende pessoas a partir dos 18 anos de idade, de ambos os sexos, de todo o município de Novo Hamburgo.

Realiza articulação com a rede, tanto com os serviços de saúde, bem como com os dispositivos de assistência, educação, geração de trabalho e renda, lazer e cultura disponíveis no município, com os quais mantém parcerias, auxiliam na ampliação de possibilidades de reinserção social para os usuários em seus territórios, assim como possibilidades de matriciamento da rede.



3. QUADROS COM CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO SERVIÇO

O Serviço destina-se ao atendimento de usuários de ambos os sexos, a partir dos 18 anos de idade que possuem os seguintes CID10: F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18 e F19, com ou sem outras comorbidades psiquiátricas, conforme a gravidade das mesmas e o estadiamento contido nas linhas de cuidado álcool e drogas do Município.

4. ÁREA DE ABRANGÊNCIA

O Serviço atende pessoas de todo município de Novo Hamburgo, compreendendo todos os territórios.

5. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

O horário de funcionamento para atendimento ambulatorial é de segunda às sextas-feiras, das 8h às 20h.

O acolhimento noturno funciona todos os dias da semana, durante 24hs.

6.

BREVE CARACTERIZAÇÃO

A partir da definição da Política Municipal de Saúde Mental em março de 2001, adequada ao reordenamento da Política Nacional de Saúde Mental, foi criado no município de Novo Hamburgo, no mês de maio de 2002, o Programa denominado CAUS (Centro de Atenção a Usuários de Substâncias), funcionando, inicialmente, junto a Casa de Saúde Mental. Neste período todos os transtornos mentais, inclusive os



decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas, eram tratados no mesmo espaço.

Concomitante a implantação do CAUS no município, acontece o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, pelo Ministério da Saúde, através da Lei Federal 10.216 de 06/04/01 e da Portaria 336/GM de 30 de abril de 2002, a qual institui os Centros de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS.

Dessa forma, procurando adequar o trabalho à Política Nacional e considerado também as dificuldades do seu funcionamento junto às dependências da Casa de Saúde Mental, o serviço foi reorganizado. Em novembro de 2002, ocorre a transferência para um prédio locado para uso exclusivo, procedendo à inauguração oficial do CAPS AD II de Novo Hamburgo. O processo de credenciamento do serviço junto ao Ministério da Saúde ocorre em 2003, a partir da constituição de equipe interdisciplinar e, em 2004, ocorre de fato a efetivação do CAPS AD II, já tendo, nesta data, sede própria.

No primeiro quadrimestre de 2020, o CAPS AD II atendeu **351** pessoas de ambos os sexos, e apresentou **350** procedimentos de acolhimento diurno (ação de hospitalidade diurna que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, visando ao manejo de situações de crise e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário). Entretanto, este recurso terapêutico, estava disponível até as 18h, no período de segunda a sexta - feira, limitando o cuidado de alguns sujeitos que necessitavam a manutenção desta estratégia durante o período da noite e nos finais de semana e feriados.

A implantação para CAPS AD III buscou ser um recurso para tentar suprir a lacuna tanto relacionada a ampliação do tempo de cuidado para pessoas que necessitem, quanto a melhora da acessibilidade dos usuários ao serviço. Este serviço constitui-se em um dispositivo de saúde mental de alta complexidade, que se propõe atender a pessoa na comunidade, trabalhando o enfrentamento das questões do cotidiano, modificando assim a ideia de isolamento social como única possibilidade de tratamento.

O CAPS AD III foi inaugurado em 14 de outubro de 2021, com a proposta de ampliar a atenção integral e contínua a pessoas com grave dependência relacionada ao consumo de álcool e outras drogas. O serviço buscou aumentar e qualificar o tempo de



cuidado ao usuário, oferecendo, além da ampliação do horário de funcionamento na abordagem ambulatorial, o cuidado intensivo na modalidade de acolhimento noturno.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo Geral

Ofertar atenção psicossocial aos usuários com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e seus familiares, por meio do cuidado territorial, integral e continuado visando à integração social e familiar, assim como a produção de autonomia.

7.2 Objetivos Específicos

- Constituir-se em serviço aberto, de base comunitária, que funcione segundo a lógica do território;
- Ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares;
- Ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio;
- Possibilitar atenção psicossocial, considerando a integralidade do sujeito, a partir da construção e desenvolvimento de um projeto terapêutico singular (PTS), na perspectiva da redução de danos, da produção da autonomia e da integração social, promovendo e ampliando as



possibilidades de vida e mediando suas relações sociais e familiares;

- Oferecer aos usuários recursos na promoção da cidadania, em busca de recuperação e reinserção social com base no seu PTS;
- Oferecer cuidado e proteção à saúde para usuários e familiares em situações de crise. Estas consistem em conflitos e rupturas relacionais com familiares, contextos e vivências, como também limitação comunicacional que geram intenso sofrimento psíquico e desorganização;
- Regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, entre outros;
- Promover inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial;
- Organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos;
- Estabelecer profissionais de referência para cada usuário;
- Adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida, dentre outras;
- Ofertar cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD III;
- Responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações



envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica;

- Realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção;
- Articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessária;
- Realizar ações de Educação Permanente e Continuada;
- Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir danos sociais e à saúde, representado pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas, através de ações construídas com a RAPS e rede ampliada;
- Desenvolver estratégias de matriciamento através da interconsulta, discussão de casos, compartilhamento do cuidado, envolvendo profissionais de serviços e programas no âmbito local do território no que tange à questão do uso de álcool e outras drogas;
- Fazer as avaliações iniciais para indicação de compulsórias quando solicitadas pelo Ministério Público e Defensoria Pública;
- Realizar avaliações e cuidado compartilhado em conjunto com o consultório na rua.

8. FLUXOS DE INGRESSO

Os usuários que procuram atendimento no CAPS AD III são encaminhados por outros dispositivos do território, ou procuram ajuda de modo espontâneo. O CAPS AD III trabalha com a lógica do acolhimento no sistema portas abertas.



Após o acolhimento inicia-se o PTS, como forma de construção compartilhada com o indivíduo proporcionando uma melhor adesão ao tratamento ofertado, orienta-se quanto a rede de serviços de saúde e organiza-se encaminhamento para serviço adequado quando for o caso.

9. PERCURSO DO CUIDADO NO SERVIÇO

9.1 Acolhimento

O acolhimento realizado consiste em proporcionar uma escuta qualificada, na perspectiva de integralidade, objetivando identificar inicialmente a demanda e fornecer orientações necessárias ao cuidado do usuário. São avaliados aspectos gerais da vida do usuário (clínicos, psíquicos, sociais, laborais, espirituais e de lazer), considerando sua história de vida, o momento atual e a sua relação com o uso da substância. Este processo de escuta visa uma avaliação inicial eficiente podendo ser concluído em mais de um encontro, a partir do agendamento de outros atendimentos, quando o profissional identifica a necessidade.

Durante o acolhimento é realizada uma avaliação de risco. A priorização da atenção em saúde mental é avaliada pela gravidade e grau de sofrimento das situações que chegam ao serviço. A avaliação de risco é realizada por profissional da saúde que, embasado em protocolos técnicos e no estadiamento, identifica os usuários que necessitam tratamento imediato ou internação hospitalar, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento, e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso.



Dessa forma, considerando os princípios do SUS e as especificidades do público atendido, a avaliação de risco, conforme o quadro apresentado pelo usuário no momento do atendimento, é realizada durante todo o processo de escuta.

Dependendo da ocorrência do quadro (intoxicação aguda, sintomas de abstinência ou agravos clínicos e psiquiátricos), o usuário pode ser atendido pela proposta de desintoxicação no serviço, ou ainda, conforme o estadiamento vigente, ser encaminhado a outro serviço de maior complexidade (Serviços de Pronto Atendimento -UPA - e Hospital Municipal de Novo Hamburgo).

Nos casos em que o paciente não tem indicação de permanência em tratamento no CAPS AD III, avalia-se a demanda e se fazem os encaminhamentos necessários para outros pontos de atendimento da rede de saúde e assistência.

Após a escuta inicial, constatados os critérios para inclusão ao tratamento no serviço, o usuário e seus familiares são encaminhados para um grupo introdutório, denominado Boas Vindas, o qual ocorre semanalmente, nas sextas-feiras às 17h. O objetivo deste grupo é contextualizar o tratamento para transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs), expondo alternativas de tratamento existentes e diferenciando cada uma delas. É explicado o objetivo do CAPS AD III, apresentado aos novos usuários e aos recolhidos a forma de tratamento ofertada no serviço, além de apresentar e esclarecer dúvidas sobre funcionamento, rotinas e processos de cuidado.

Após o Acolhimento e grupo de Boas Vindas o usuário inicia o PTS.

9.2 Construção de Plano Terapêutico Singular (PTS)

O PTS constitui-se num processo colaborativo de avaliação, planejamento, facilitação e suporte ativo por opções e serviços para o seu tratamento. Busca-se resolver as demandas de saúde através da comunicação e dos recursos disponíveis para promover a qualidade de vida e desfechos positivos.

O PTS é composto por quatro momentos:



- Diagnóstico: avaliação orgânica, psicológica e social com a intenção de apreender os elementos biológicos, subjetivos e comportamentais do paciente, além de compreender sua rede social, familiar, cultural, funcional, situação laboral e socioeconômica;

- Definição de metas: desenvolvimento negociado e colaborativo de propostas de curto, médio e longo prazo, bem como dos resultados esperados, com o usuário e a família/rede de apoio;

- Divisão de responsabilidades: tanto na própria equipe, em relação à condução e acompanhamento do caso, quanto na ampliação das parcerias necessárias para a efetivação dos objetivos. Compõe-se também com outros atores no processo terapêutico, tais como membros da família/rede de apoio, empregadores e instituições que já atendam o sujeito e ou seus familiares que precisarão atendê-los conjuntamente com o serviço;

- Reavaliação: avaliações sistemáticas de como as metas têm sido alcançadas, contemplando as dificuldades e pontos facilitadores e fazendo as alterações pertinentes.

Além disso, compõe o PTS a organização das atividades que o usuário irá frequentar no serviço, de acordo com seu estágio do tratamento e necessidade.

Todos os usuários ativos no serviço do CAPS AD III devem ter o PTS construído e revisado no máximo a cada três meses. Da mesma forma, todas as pessoas em tratamento no serviço devem ter um terapeuta de referência determinado nas reuniões de equipes.

9.3 Atendimento Individual

Serão realizados Atendimentos Individuais por todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional do serviço, respeitando as especificidades de cada núcleo profissional. O Atendimento individual pode ter caráter de consulta, de apoio, de entrevistas de anamnese e/ou de análise e aprofundamento de entendimento de situações, circunstâncias, biografias e fatos, de estimulação de desenvolvimento, autoestima, autonomia, de orientação (medicamentosa, de tratamento, de



desenvolvimento, de direitos, de saúde, de trabalho, de educação, de formas de inserção), de acompanhamento, gerenciamento de caso e outros - de acordo com as necessidades do usuário.

9.4 Atendimento Individual em Psicoterapia

Consiste no atendimento psicoterápico realizado por profissional de saúde mental (médico ou psicólogo) aos pacientes que necessitem conforme avaliação inicial/PTS.

9.5 Atendimento em Grupo

Ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitar experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia, treinamento de habilidades e exercício de cidadania. Essa Modalidade de atendimento permite aos pacientes reconhecer com maior prontidão os erros cognitivos cometidos pelos outros do que por si próprios, bem como produzir maior conexões entre pensamentos e sentimentos do que seria possível na terapia individual.

Atualmente o CAPS AD III conta com os seguintes grupos:

- Grupo de Educação e Saúde
- Grupo de Mulheres
- Grupo de Motivação
- Grupo de Escuta
- Grupo de Prevenção à Recaída



- Grupo de Familiares
- Grupo de Inteligência Emocional
- Grupo de Regulação Emocional
- Grupo de Escuta
- Grupo de Trabalhadores
- Grupo de Preparação para o final de semana
- Grupo de Cidadania

9.6 Oficinas Terapêuticas

As oficinas terapêuticas são caracterizadas pelo Ministério da Saúde como atividades grupais destinadas à socialização dos usuários, à expressão de sentimentos e emoções, ao desenvolvimento de habilidades, a autonomia e ao exercício da cidadania. Constituem-se em espaços de convivência que poderiam promover o sentimento positivo de pertencimento a um grupo, meios de expressão, de troca, de aprendizado e de construção de novas formas de ser.

Elas podem ser desenvolvidas nas seguintes dimensões:

- **práticas expressivas e comunicativas:** estratégias ou atividades que possibilitem a ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários, favorecendo a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.
- **práticas corporais:** estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao



processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

Atualmente contamos com três oficinas terapêuticas semanais, além de práticas corporais diárias.

9.7 Atenção à situações de Crise

Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos, podendo ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família, favorecendo a construção e a preservação de vínculos. O serviço reserva, pelo menos, 01 atendimento médico de urgência por turno, para os casos prioritários, conforme escala de trabalho dos médicos psiquiatras.

Nos atendimentos de atenção à crise busca-se resolução de conflitos e sintomas de crise a fim de também diminuir o agravamento e necessidade de internação.

9.8 Gerenciamento de caso

O técnico de referência (gerente de caso) constitui-se em um profissional da equipe que realiza um acompanhamento mais próximo do processo de tratamento do sujeito, sendo um mediador da relação do paciente com o serviço e todas as questões daí decorrentes. A definição do técnico de referência é feita em reunião de equipe, contemplando o perfil do usuário, suas demandas, bem como o perfil do técnico, sua formação de origem e experiência profissional. Esse acompanhamento ocorre em atendimentos individuais semanais e reuniões e diálogos com os demais técnicos da equipe.



São atribuições do técnico de referência:

- Elaborar, com o sujeito, a construção do PTS, e trabalhar as questões específicas do mesmo;
- Fornecer suporte individualizado às pessoas em tratamento e seus familiares e rede de apoio;
- Auxiliar a pessoa na solução de problemas;
- Trabalhar questões relacionadas à inserção/reinserção social da pessoa em tratamento;
- Facilitar o acesso do usuário a atendimentos específicos, no Serviço ou na rede, quando necessário;
- Avaliar as mudanças de necessidades e de problemas da pessoa durante o curso do tratamento;
- Reforçar e dar continuidade ao processo de tratamento identificando precocemente futuras dificuldades;
- Efetuar procedimentos referentes ao encaminhamento a outros Serviços da rede, à alta ou desligamento, por evasão, quando esgotadas as tentativas de busca ativa.

9.9 Acolhimento Diurno

Ação de hospitalidade diurna realizada nos CAPS como recurso do PTS, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de



situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência - e que objetive a retomada, o resgate, e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

O acolhimento diurno constitui-se num dispositivo estratégico nos CAPS, diferenciando-os dos ambulatórios de saúde mental. A estratégia de acolhimento diurno, embora seja menos pesquisada, apresenta resultados positivos na diminuição do índice de severidade de dependência e na melhora da qualidade de vida, com resultados ainda mais significativos após 6 meses deste tipo de acompanhamento, demonstrando que as pessoas se beneficiam do tratamento e seguem progredindo.

Isso ocorre porque o acolhimento diurno permite o manejo de crises, na medida em que oferece um espaço de escuta terapêutica mais intensiva, auxílio farmacológico, acompanhamento mais diversificado de atividades e ambiente acolhedor.

Também pode possibilitar o rearranjo do estilo de vida e do ambiente social e, conseqüentemente, que a mudança no padrão de uso de SPA se torne compensatória para a pessoa.

O atendimento às situações de crise deve seguir os protocolos técnicos de manejo de situações de urgência e emergência. Quando houver demandas de encaminhamentos externos (UPA e emergência do HMNH), o serviço fará os encaminhamentos seguindo os fluxos pactuados.

10. Acolhimento Noturno

Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS III como recurso do PTS de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas - e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares,



comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

O acolhimento noturno é destinado a pacientes adultos, de ambos os sexos, que necessitam passar por um processo de desintoxicação e/ou possuem demandas psicossociais. Aqueles pacientes que forem avaliados com necessidade de acompanhamento intensivo para desintoxicação poderão ser acolhidos no serviço no modelo de *acolhimento voluntário*, o qual não deve exceder 14 dias.

Quadros elegíveis ao acolhimento noturno:

- Dificuldade de interromper o padrão de uso de SPAs, após a utilização sem sucesso de outras tecnologias de cuidado tecnicamente adequadas;
- Intoxicação leve ou moderada por substâncias psicoativas (crack, álcool e/ou outras drogas);
- Dependência Química com sinais de abstinência leve à moderada;
- Pessoas sem patologias clínicas de maior gravidade;
- Pessoas que não estejam em regime de reclusão, cumprindo penas jurídicas;
- Pessoas com problemas em relação ao uso de SPAs com quadros psiquiátricos e/ou psicossociais leves ou moderados, não estabilizados, que necessitam observação, repouso e cuidado, manejo de conflitos, dentre outros critérios psicossociais com viabilidade de manejo em ambiente ambulatorial extra-hospitalar.



- Dificuldade de interromper o padrão de uso de SPAs, dificuldades de controle de impulsos, nas quais **não** há riscos imediatos de morte/suicídio;
- Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos associado à ideação suicida, sem planos, que esteja associado ao uso de álcool ou outras SPA's
- Episódio conversivos/dissociativos, com alteração aguda do comportamento e sem risco à própria integridade ou à de terceiros que esteja associado ao uso de álcool ou outras SPA's

Obs: Gestantes serão encaminhadas para o HMNH ou UPA.

11. ALTA

É baseado na finalização do PTS e na utilização de recursos da comunidade para a continuidade do cuidado. O paciente revê suas metas iniciais e avalia o quanto conseguiu efetivá-las. A partir disso, traça estratégias para lidar com questões que ainda se mantêm. Também reflete sobre elementos facilitadores e dificultadores do seu processo de tratamento. O processo de alta, no CAPS AD III, constitui-se numa fase na qual a pessoa já modificou a relação de centralidade com a substância psicoativa e avançou no reconhecimento de outras questões que propiciaram o desenvolvimento do sintoma. Assim, ainda é necessário que sejam trabalhados:

- Construção Prospectiva de Vida – a partir do exercício, até aqui vivenciado, de apropriação e contextualização do seu processo de vida, a pessoa é estimulada a planejar um projeto de vida, condizente com suas condições



peçoais e com a realidade mais ampla.

- Avaliação do PTS e do processo de tratamento - a pessoa avalia suas metas e o quanto conseguiu efetivá-las. Delineando métodos para lidar com questões que se mantêm em aberto. Realizando ainda uma auto avaliação de sua inserção no serviço com pontos positivos e negativos.
- Acesso aos recursos da rede – a partir das necessidades que ainda estão presentes, efetiva-se o encaminhamento para os recursos da rede que possam dar conta das demandas que ainda estão presentes.

12. DISPOSITIVOS TRANSVERSAIS DE CUIDADO

12.1 Visitas Domiciliares

As visitas domiciliares consistem em Atendimento Domiciliar, ou seja, atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou familiares, para compreensão de seu contexto e sua relação, acompanhamento do caso e/ou de situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do PTS ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência. Estas intervenções serão realizadas de acordo com a demanda de cada caso, conforme o fluxo do serviço. Em princípio esta atividade é disponibilizada em um turno durante a semana e realizada, preferencialmente, pelo técnico de referência do caso em conjunto com outro profissional.

12.2 Acompanhamento Terapêutico



O acompanhamento terapêutico (AT) se constitui num recurso importante para integrar projetos de reabilitação psicossocial, tendo como finalidades vincular o usuário no CAPS, evitar as reinternações hospitalares e a inclusão na rede social.

Os usuários que apresentam a demanda do AT são encaminhados pela equipe técnica, nas seguintes situações: usuários que apresentem problemas no relacionamento familiar e obstáculos em seu retorno sociofamiliar; que estejam em estado de abandono social e/ou isolamento social importante e necessitem de apoio para se integrarem em rede social; que apresentem quadro psicopatológico grave e persistente; que apresentem alto número de reinternações hospitalares. Além disso, o enquadre no qual se dá essa atividade terapêutica fica submetido ao PTS, discutido e elaborado caso a caso, conjuntamente com a equipe técnica do CAPS AD III.

12.3 Assembleias

Atividades que fomentam a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos, a apropriação e a defesa de direitos e, a criação de formas associativas de organização. Ocorrem mensalmente, na 2ª quarta feira do mês.

É ainda realizada assembleia mensal na Unidade de Acolhimento Adulto, em conjunto com a equipe técnica do local, juntamente com os usuários.

12.4 Apoio à internação compulsória

Escuta qualificada de avaliação psicossocial que objetiva desconstruir ou otimizar o processo de internação judicial, oferecendo suporte e informação à família. Além disso, caso realmente seja necessária a internação compulsória, o gerente de caso deve manter contato com o hospital ou clínica de saúde que o paciente está internado,



bem como articular a um PTS que prepara a alta do paciente e a continuidade do tratamento no CAPS AD III.

12.5 Reuniões de Equipe

Reunião de equipe diária: dispositivo clínico potente e indispensável para as equipes de saúde mental. Acontece nas segundas e sextas feiras das 11h às 12h e nas terças e quartas das 13h às 14h, sob supervisão do coordenador da equipe. São abordados, de forma interdisciplinar, os acolhimentos, os PTS, os encaminhamentos implicados, e outras discussões coletivas para o planejamento e execução das ações. Nos serviços que acolhem residentes e estagiários, a necessidade das reuniões diárias é ainda mais evidente, pois servem como espaços de preceptoria/supervisão ampliadas para trabalhadores e estudantes em formação. No espaço dessas reuniões também são diminuídos os anseios, dúvidas, inseguranças e conflitos dos trabalhadores no decorrer do processo terapêutico com os usuários, pois as condutas são divididas entre membros da equipe e, dessa forma, todos se tornam corresponsáveis pelos usuários inseridos no serviço. As discussões de PTS devem ser registradas em prontuário.

Reuniões de equipe semanal: A reunião de equipe semanal é um espaço privilegiado e fundamental para a organização do processo de trabalho. Ela é realizada semanalmente, na quinta feira, das 13h às 16h, conduzida, preferencialmente, pelo coordenador do serviço ou sob um regime de rotatividade entre os trabalhadores dispostos a executar tal ação; partindo de pautas previamente agendadas por prioridade e não simplesmente por ordem de inclusão; abordar questões administrativas, discussões de casos clínicos e demandas emergentes ou seminários teóricos que possibilitem o aprimoramento de um referencial clínico consistente e sintonizado com as demandas dos usuários e do serviço.



Entre as reuniões de equipe semanais estão prevista reuniões mensais com Consultório na Rua, Centro POP, Comunidade Terapêutica CAUDEQ e Comunidade Terapêutica Renascer. Também são realizadas reuniões quinzenais de discussão de caso com a Unidade de Acolhimento Adulto. Também são realizadas reuniões mensais na Unidade de Acolhimento Adulto, além de Educação Continuada.

13. ARTICULAÇÃO COM A REDE

13.1 Reabilitação Psicossocial

As estratégias de reabilitação psicossocial constituem-se num conjunto de práticas que visam promover o protagonismo para o exercício dos direitos de cidadania de usuários e familiares da RAPS. São possíveis a partir da criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, da habitação, da educação, da cultura, da saúde e da assistência social, produzindo novas possibilidades de projetos para a vida. A reabilitação psicossocial é constituída de ações de emancipação junto aos usuários e familiares no sentido da garantia de seus direitos e da promoção de contratualidade no território. É importante ressaltar que as estratégias de reabilitação psicossocial e de protagonismo não se restringem a um ponto de atenção ou ações isoladas, mas envolvem a criação de novos campos de negociação e formas de sociabilidade.

13.2 Matriciamento

Matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Constitui-se num modo de realizar a atenção em



saúde com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar. Ocorre através de interconsulta, discussão de caso, atendimento conjunto e visita domiciliar conjunta, pelo menos uma vez ao mês em cada unidade referenciada. Além do matriciamento ocorrer de forma presencial, a equipe também manterá contatos à distância (telefone, reuniões online, mensagens de texto, e-mail).

Atualmente cabe ao CAPS AD III matricular as seguintes unidades de saúde da atenção básica: USF Kramer, UFS Lomba Grande, USF Iguaçu, USF Rondônia II e UBS Rincão.

Além das Unidades da Atenção Básica o CAPS AD III realiza matriciamento no CASE, conforme demanda do serviço, e nos demais CAPS.

13.3 Ações de articulação com as Redes Intra e Intersetorial

Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da Rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como os recursos comunitários presentes no território. As articulações serão realizadas por meio de encontros sistemáticos, tais como: reuniões entre os coordenadores dos serviços da saúde mental e coordenadores das USF/UBS, reuniões mensais com o Hospital Municipal, reuniões mensais com a Oficina de Geração de Renda, Reuniões mensais com a Unidade de Acolhimento Adulto, Articulação com a Justiça Inclusiva (quando houver usuários compartilhados), reuniões com os CAPS quando necessário e outras, conforme as demandas da rede.

13.4 Regulação das Comunidades Terapêuticas (CT)

O CAPS AD III fará as avaliações para o encaminhamentos dos usuários para as vagas conveniadas nas CTs adultas, conforme critérios técnicos.



14. Outras Ações Desenvolvidas

14.1. SAÚDE DO TRABALHADOR / CUIDADO AO CUIDADOR

Ações internas do Serviço (realizadas e/ou previstas) para melhoria do bem estar e da qualidade de vida no trabalho dos profissionais que atuam no Serviço.

14.2. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Atividade de estudo interno realizado por e entre os próprios técnicos do serviço, com a possibilidade de participação de instrutor externo convidado e voluntário, mensalmente ou mais vezes, conforme a demanda da equipe.

É realizada mensalmente a capacitação permanente junto à equipe da Unidade de Acolhimento Adulto.

14.3 EDUCAÇÃO CONTINUADA

Os trabalhadores serão liberados para as capacitações oferecidas pelo NUMESC do município, sendo que quando for para todos os trabalhadores, uma equipe mínima será mantida no serviço. Já quanto a formações, congressos, seminários e encontros, as mesmas se darão com a liberação da FSNH.



ANEXO 3

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO NOTURNO

I- DO INGRESSO DO USUÁRIO NO ACOLHIMENTO NOTURNO

O acolhimento noturno, na modalidade de *internação voluntária*, é destinado a pacientes adultos, de ambos os sexos, que necessitam de cuidado intensivo, protegido e contínuo para desintoxicação e/ou para estabilização de quadros psiquiátricos\psicossociais associados.

O processo de avaliação para Acolhimento noturno, é das 8 às 19h, e deve estar condicionado ao acolhimento inicial e vinculação do paciente ao tratamento no CAPS AD III. O ingresso se dará mediante avaliação médica¹ - de profissionais do CAPS AD III ou da UPA Centro. A permanência dos pacientes em internação poderá ser de até 14 dias ininterruptos ou 14 dias intermitentes, no período de 30 dias. Os pacientes em acolhimento noturno terão assistência de enfermagem durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; e do restante da equipe multiprofissional de segunda a sexta, das 8 às 20 horas, sendo o acolhimento até as 19hs.



Quadros elegíveis à modalidade de acolhimento noturno:

Dificuldade de interromper o padrão de uso de SPAs, após a utilização sem de outras tecnologias de cuidado tecnicamente adequadas;
Intoxicação leve ou moderada por substâncias psicoativas (crack, álcool e/ou drogas);
Dependência Química com sinais de abstinência leve;
Pessoas sem patologias clínicas de maior gravidade;
Pessoas que não estejam em regime de reclusão, cumprindo penas jurídicas;
Pessoas com problemas em relação ao uso de substâncias psicoativas com psiquiátricos e / ou psicossociais leves ou moderados, não estabilizados, que am observação, repouso e cuidado, com viabilidade de manejo em ambiente orial extra-hospitalar.

Gestantes serão encaminhadas para o HMNH ou UPA. Pacientes com tico de F20 serão acompanhados pelo CAPS II

1 Avaliação geral do usuário por equipe técnica e/ou médica.

- * Motivo de internação;
- * Último uso, substâncias utilizadas e quantidade;
- * Sintomas de síndrome de abstinência atuais (CIWA) ;
- * Histórico de Sintomas de síndrome de abstinência;
- * Risco de suicídio;
- * Sintomas psicóticos;
- * Risco de auto ou heteroagressão;
- * Comorbidades psiquiátricas;



* Agitação Psicomotora;

* Sintomas de ansiedade;

* Comprometimento cognitivo;

* Problemas clínicos e medicações utilizadas;

* Sinais de problemas clínicos: Neurológicos, cardíacos, pulmonares, espleno-hepáticos, renais, hidroelétrólitos;

* Gravidez;

* Histórico de convulsões;

* Estágio Motivacional;

* Rede de apoio.

*****Será realizado Projeto Terapêutico Singular simplificado para o período com indicação para internação.***

A partir dessa investigação criteriosa é possível que se determine o nível de comprometimento no momento da intervenção, os problemas relacionados a esse uso e à presença ou não de complicações e comorbidades associadas.

Especial atenção deve ser dada aos usuários com transtornos relacionados ao uso de álcool, devido ao risco de desenvolver Síndrome de Abstinência Alcoólica. A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) pode ser desencadeada pela redução ou interrupção do consumo alcoólico crônico excessivo, sendo caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, com um aumento significativo na morbidade e mortalidade associados ao consumo de álcool. (Laranjeira et al. 2000). Os sintomas surgem nas primeiras 24h e a SAA pode ser dividida em dois níveis, como descritos no quadro abaixo.

Níveis de Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

	Nível 1 - leve e moderado	Nível 2 - Grave
--	----------------------------------	------------------------



Aspectos biológicos	Leve agitação psicomotora; tremores finos de extremidades; sudorese facial discreta; episódios de cefaleia; náuseas sem vômitos; sensibilidade visual, sem alteração da percepção auditiva e tátil.	Agitação psicomotora intensa; tremores generalizados; sudorese profusa; cefaléia; náuseas com vômitos; sensibilidade visual intensa; quadros epileptiformes agudos ou relatados na história pregressa.
Aspectos Psicológicos	Contato com o profissional de saúde está íntegro; o paciente encontra-se orientado temporoespacialmente; o juízo crítico da realidade está mantido; apresenta uma ansiedade leve; sem relato de episódio de violência auto ou heterodirigida.	Contato com o profissional de saúde está prejudicado; o paciente encontra-se desorientado temporoespacialmente; o juízo crítico da realidade está comprometido; apresenta-se com uma ansiedade intensa; refere história de violência auto ou heterodirigida; o pensamento está descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; observam-se alucinações auditivas, táteis ou visuais.
Aspectos Sociais	Mora com familiares ou amigos e essa convivência está regular ou boa; sua atividade produtiva vem sendo desenvolvida, mesmo que atualmente esteja desempregado/afastado, a rede social está mantida.	O relacionamento com familiares ou amigos está ruim; tem estado desempregado, sem desenvolver qualquer atividade produtiva; a rede social de apoio é inexistente ou restrita ao ritual de uso do álcool; não possui familiares auxiliando no tratamento.
Comorbidades	Sem complicações e/ou	Com complicações e/ou



	comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas ao exame clínico psiquiátrico geral	comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas ao exame geral.
--	--	--

Cabe enfatizar que estes casos **graves** de abstinência surgem normalmente 24 a 72 horas após a última ingestão de álcool, ou quando o paciente é internado no hospital para tratar de alguma complicação derivada da síndrome de dependência alcoólica, como doenças hepáticas, pancreatopatias ou distúrbios cardiovasculares (CEBRID, 2003). Segundo Guerra et al (2002), a SAA grave pode gerar também outros distúrbios neurológicos, bem como convulsões, sendo que as manifestações mais marcadas são os delírios e tremores pronunciados (Delirium Tremens). Consiste em um episódio confusional agudo e breve em que os sintomas principais são: diminuição do nível de consciência e alucinações que podem afetar qualquer modalidade sensorial, tais como medo, delírios, agitação, hiperexcitabilidade do sistema nervoso autônomo com sudorese, anorexia, hipertensão e febre. (Laranjeira, R. et al, 2000) Em relação ao delírio, o indivíduo passa a ter visões incongruentes, ouvir sons ou vozes, com consequente agitação psicomotora face às alucinações auditivas, visuais, táteis, olfativas ou cinestésicas. (Laranjeira, R. et al, 2000) Tem sido descrito como tríade clássica da SAA, o conjunto de manifestações envolvendo obnubilação, confusão e distúrbios da percepção (alucinações e ilusões vívidas), afetando qualquer modalidade sensorial e com tremores marcantes, sendo que, a inversão do ciclo do sono e a hiperatividade autonômica estão também usualmente presentes, no entanto todos estes sintomas, poderão coexistir em delirium não induzido por álcool. (Laranjeira, R. et al, 2000).

Usuários com sintomas de SAA moderadas a grave devem ser encaminhados para a UPA Centro ou HMNH até a estabilização dos sintomas.

2-Prescrição medicamentosa: usuários com critérios para acolhimento noturno no CAPSAD III, devem possuir prescrição médica do serviço nos últimos 60 dias, incluindo medicamentos de uso contínuo, sintomáticos e os terapêuticos. Na ausência do médico no serviço, se necessário ajuste da prescrição válida para ingresso, isso deve ser realizado por médico da Unidade de Pronto Atendimento – UPA.



3-Solicitação de exames: aos usuários com critérios para acolhimento noturno são solicitados os seguintes exames: hemograma completo, creatinina, TGO, TGP, Gama GT, Bilirrubinas, Amilase, Lipase, Glicemia, Perfil Lipídico, TSH, testes rápidos (hepatite B, hepatite C, sífilis, HIV), teste rápido de antígeno para COVID 19 e outros exames complementares conforme história clínica e exame físico. Para mulheres antes de menopausa, realizar teste de gravidez.

4-Consulta de enfermagem: deve ser feito Exame físico e avaliação de sinais vitais. Também é necessário o preenchimento de ficha de admissão de enfermagem, anexa; Realiza escuta do paciente, anamnese clínica e psiquiátrica, realização de testes de Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs e COVID-19 e aplicação de Escala CIWA-AR (**Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised**) quando necessário.

Condutas decorrentes da avaliação de enfermagem; devem ser tomadas conforme os protocolos de enfermagem;

5-Acesso às medicações:

Caso o usuário já possua medicamento(s) prescrito(s) pelo médico, solicitar que familiares/rede de suporte social o traga-o(os). Já os medicamentos que o usuário não possua devem ser obtidos por familiares ou profissionais do CAPS AD III junto à Farmácia Municipal. Medicamentos de uso contínuo e também prescritos devem ser igualmente trazidos por familiares ou obtidos por estes ou por profissionais do CAPS junto à Farmácia Municipal. Algumas medicações, se necessário, ou até serem retiradas pela equipe na Farmácia Comunitária, serão utilizadas do Centro de custos do CAPS AD III da Unidade de Pronto Atendimento – UPA, providenciadas pela equipe de enfermagem na farmácia

6-Assinatura termo de voluntariado e normas do acolhimento

A enfermagem irá explicar as normas de funcionamento do acolhimento noturno do CAPSAD III para o usuário e familiares /rede de apoio. Após, o usuário deve assinar o termo de voluntariado e ciência das normas.

7-Avaliação dos pertences e assinatura do termo:

A enfermagem fará com o usuário a conferência e listagem de todos os pertences pessoais



do mesmo, os quais serão guardados e entregues na alta. Não será permitido permanecer com o usuário objetos de valor, quantias em dinheiro, telefone, materiais perfuros cortantes, substâncias psicoativas – SPAs, medicações não prescritas e objetos que podem oferecer risco a integridade dos usuários. Caso o usuário necessite acesso aos seus pertences ele será, obrigatoriamente, acompanhado por profissional do CAPS AD III.

8-Organização da alimentação do usuário:

As solicitações diárias de refeições serão realizadas pela enfermagem de acordo com o número de usuários que permanecem durante 24h contínuas no serviço - estes receberão quatro refeições diárias.

9-Contato com familiar:

Entre as medidas de suporte familiar são oferecidos grupos de familiares, contatos familiares semanais e ligações telefônicas. Caso o familiar/ cuidador/ rede de apoio não esteja presente, a equipe deve entrar em contato e solicitar a presença no serviço. É fundamental que a equipe faça a Orientação familiar. Psicoeducação é fundamental para assegurar não só o entendimento do paciente, como também de sua família, sobre os problemas relacionados **ao uso crônico de álcool e outras drogas**. Assim como é imprescindível a orientação do paciente sobre o seu problema, a família, parte integrante desta disfunção, precisa ser informada e encaminhada para um tratamento contínuo, se necessário.

Em qualquer dos níveis de comprometimento que o indivíduo se apresente, é essencial trabalhar os conceitos de **síndrome de dependência e abstinência**, com objetivo claro de desenvolver, nesse sistema familiar, a crítica sobre seu papel nesse transtorno, como também promover sua mudança de pensamento e comportamento. Trabalhar a auto-estima e a importância da desintoxicação, assim como a prevenção da recaída, são estratégias a serem adotadas na fase inicial do tratamento, não só com o paciente, como também com seu sistema familiar e social.

10-Fornecimento Kit de higiene:

A equipe do CAPSAD III irá fornecer, conforme disponibilidade, kits de higiene para os usuários. Se o paciente quiser trazer e usar os próprios produtos, os mesmos serão avaliados

previamente pela equipe do Serviço quanto a viabilidade.

11-Vestuário dos usuários:

Os usuários poderão utilizar suas próprias roupas e calçados durante o período de acolhimento noturno, mediante avaliação prévia da equipe quanto à adequação dos critérios. Caso o usuário não possua vestuário próprio, será utilizado roupas e calçados que o Serviço dispõe para esse fim, através de parceria com a Secretaria do Desenvolvimento Social do município.

II- DO TRATAMENTO NO ACOLHIMENTO NOTURNO

Os objetivos do tratamento são:

- o alívio dos sintomas existentes;
- redução de danos;
- desintoxicação;
- estabilização clínica e psiquiátrica;
- a prevenção do agravamento do quadro com convulsões e delirium (abstinência de álcool);
- a vinculação e o engajamento do paciente no tratamento da dependência propriamente dita;
- a possibilidade de que o tratamento adequado da SAA possa prevenir a ocorrência de síndromes de abstinência mais graves no futuro.

1. Orientações gerais em relação ao tratamento da SAA

Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual, quando o paciente estiver apresentando sintomas de SAA;

Reposição vitamínica com tiamina quando prescrito: A recomendação para alguns casos é a tiamina intramuscular, nos primeiros 7-15 dias; após esse período a via é oral. Doses de 300mg/dia de tiamina são recomendadas com o objetivo de evitar a Síndrome de Wernicke,



que cursa com ataxia, confusão mental e anormalidades de movimentação ocular extrínseca (essa última, nem sempre presente).

Aplicação de Protocolo CIWA para alcoolistas

O que não fazer:

A administração de clorpromazina e outros neurolépticos sedativos de baixa potência para controle de agitação, uma vez que podem induzir convulsões. O haloperidol é a indicação mais adequada;

A contenção física inadequada e indiscriminada, que provoque lesões nos pacientes.

2-Rotinas do Acolhimento Noturno

Durante o período em que o paciente se encontrar em acolhimento noturno ele deverá permanecer na área destinada a este fim. A circulação nos demais espaços deve ser acompanhada por um integrante da equipe técnica. Se houver no período de internação do paciente uma demanda externa que envolva a sua participação, a equipe do Serviço o auxiliará para providenciar o reagendamento. Caso isso não seja possível, a situação do quadro será avaliada pela equipe e, em caso de viabilidade, a sua saída deverá ser acompanhada por um profissional do Serviço ou responsável.

Aplicação do Protocolo CIWA para alcoolistas:

Iniciar com avaliação a cada hora até o escore final ficar menor do que 02 por três avaliações seguidas. Após, verificar a cada 6h por 24h, então cada 24h após 72h. O técnico deve registrar o resultado no prontuário. Caso o usuário apresente Índices acima de 15, o profissional deve fazer o encaminhamento para Unidade de Pronto Atendimento ou hospital, conforme fluxo estabelecido.

Avaliação de gravidade dos sintomas:

Deve ser feita em cada turno, conforme roteiro e registrada no prontuário.

Verificação de sinais:

A verificação dos sinais vitais do paciente deve ser feita pela enfermagem uma vez ao

turno e registrada no prontuário do mesmo.

Rotina de medicação:

As rotinas de medicação devem seguir os POPs específicos da enfermagem. As medicações dos usuários de uso contínuo e com prescrição válida e anterior ao acolhimento noturno, devem ser trazido pelos usuários, familiares ou rede de apoio e ficarão armazenadas aos cuidados da equipe de enfermagem. As medicações “se necessário” ou que aguardem retirada na farmácia comunitária, podem ser retiradas na UPA pela equipe de enfermagem e com a devida prescrição.

O enfermeiro ou técnico de enfermagem deverá ir até a Farmácia da UPA no início de cada turno para retirar as medicações a serem utilizadas, conforme a prescrição médica.

Responsabilidade Profissional pelo Cuidado no Setor de Internação: No período diurno deverá haver, no mínimo, dois profissionais responsáveis pelo cuidado direto aos pacientes e no período noturno deverá haver, no mínimo, três profissionais responsáveis pelo cuidado direto aos pacientes.

A participação dos usuários em atividades específicas do programa do CAPS A D III deve ser avaliada conforme Projeto Terapeutico Singular – PTS.

Aos paciente em acolhimento noturno deverá ser garantido atendimento prioritário com médico e com técnico de referência, sempre que houver demanda para isso;

Os usuários em acolhimento noturno deverão ter atendimento de escuta diariamente e atendimentos com terapeuta de referência na modalidade intensivo.

3-Organização das atividades do Acolhimento Noturno

Grupo de Escuta: grupo no qual se discute as situações referentes ao funcionamento do setor, anuncia-se avisos de mudanças de horários e rotinas, maneja-se possíveis conflitos entre os pacientes e propõem-se sugestões de melhorias nas atividades e possíveis soluções provenientes dos próprios pacientes.

Grupo de Educação em Saúde para usuários: O coordenador do grupo escolhe temas relacionados a saúde, dependência química, prevenção e autocuidado, auto gestão da medicação entre outros. Após a apresentação do tema, realiza-se a reflexão com base nos assuntos trazidos

pelos pacientes. A participação do acolhido nesse grupo está vinculados ao PTS do usuário.

Grupo de Motivação: destinado a usuários que se encontrem nos estágios de Pré-Contemplação e Contemplação. Realizam-se o acolhimento e o manejo de alguns sintomas, como abstinência e fissuras. São propostas atividades que auxiliem o paciente a sair da negação e da racionalização, bem como promover a conscientização do indivíduo acerca de sua doença, ajudando-o a sair da ambivalência e entender a importância de dar continuidade ao tratamento. A participação do acolhido nesse grupo está vinculados ao PTS do usuário.

Grupo de estratégias de redução de danos: grupo no qual se trabalha a identificação de gatilhos ligados ao uso, bem como na construção de estratégias cognitivas e comportamentais de manejo da fissura. A participação do acolhido nesse grupo está vinculados ao PTS do usuário.

Oficinas: são realizadas com vistas a promover e desenvolver os seguintes aspectos: reorganização, expressão da subjetividade, capacidade de manter a atenção e o interesse de iniciar e finalizar um trabalho e perceber as próprias limitações iniciais e as melhoras ao longo do processo de tratamento;

Grupo de estimulação cognitiva: Busca restaurar e otimizar algumas funções cognitivas que apresentam prejuízos devido ao uso de substâncias psicoativas, como memória, atenção, capacidade de planejamento e tomada de decisões. Tem características lúdicas. Ex.: jogos de memória, palavras cruzadas, atividades de pintura, quebra cabeça, leitura, etc.

Alongamento: grupo que trabalha o alívio de tensões corporais e emocionais

Relaxamento: Auxilia no manejo da fissura. Utiliza-se técnicas de respiração profunda, relaxamento muscular progressivo e automassagem.

Grupo de familiares: pesquisas atuais, tais como Schenker e Minayo (2004), têm comprovado que a presença do familiar no tratamento para a dependência química, ou então, da rede de apoio (pessoas que estabelecem alguma ligação afetiva com o sujeito em tratamento) tem grande influência na eficácia deste processo. É perceptível, quando se trabalha as questões familiares, o aumento da auto-estima e conseqüentemente da motivação, trazendo maior adesão ao tratamento.

Visitas: As visitas ocorrem todas as terças feiras, às 17hs, com duração de 45 minutos. Após, ocorre o Grupo de Familiares.



GRADE DE DISPOSITIVOS COLETIVOS DE CUIDADO PARA PACIENTES EM ACOLHIMENTO NOTURNO

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Manhã	Café e Escuta	Café e Escuta	Café e Escuta	Café e Escuta	Café e Escuta	Café e Escuta	Café e Escuta
	Alongamento	Grupo de Escuta	Alongamento		Alongamento	Alongamento	Alongamento
	Educação e Saúde		Grupo de escuta/cidadania	Oficina de Artes	Grupo Bola Cheia	Atividade Livre	Práticas expressivas e corporais
Tarde	Grupo de Mulheres Motivação	Grupo de Regulação Emocional	Oficina Livre	Alongamento	Estratégias e Redução de Danos	Prevenção à recaída	Práticas expressivas e corporais
		Visita Familiares	Inteligência emocional	Estimulação Cognitiva			
		Grupo de Familiares					
Noite	Estimulação Cognitiva	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento
	Relaxamento						

Todos os usuários em acolhimento noturno devem ter acompanhamento individual e intensivo com seu terapeuta de referência. Nos finais de semana, outros profissionais devem fazer este atendimento.

Todos os usuários em acolhimento noturno devem ter acompanhamento intensivo com profissional médico. Na ausência do médico no serviço, qualquer intercorrência deve ser acompanhada pelo médico da UPA.

III- NORMAS E ROTINAS DA INTERNAÇÃO

Não danificar a estrutura do CAPS AD III;



Não é permitido ingressar em quarto que não seja o seu;

Não deve-se utilizar equipamentos de recreação sem a supervisão de um técnico do serviço ou fazer apostas;

Objetos perfuro-cortantes não são permitidos, bem como materiais inflamáveis como isqueiros e fósforos;

Não é permitido trocas de objetos pessoais entre usuários;

Não levar alimentos para locais como nos grupos e quartos;

Somente é permitido ingresso de alimentos externos para uso coletivo;

Não trocar roupas entre usuários ou retirar as marcações individuais;

Somente lavar roupas em locais indicados e de preferência aos finais de semana ou à noite;

Não é permitido ficar sem camisa, usar apenas trajes íntimos ou toalha enrolado, em qualquer ambiente do Serviço, inclusive no quarto;

Manter silêncio e luzes apagadas após as 23h30;

É proibido usar ou portar substâncias psicoativas no setor de internação e dependências do serviço;

Agredir física ou verbalmente outro usuário ou técnico;

Ter qualquer envolvimento sexual com outro usuário;

Doações somente serão permitidas com assinatura do termo;

Permanência de pertences no serviço, após o desacolhimento, por mais de 48h, sob pena dos mesmos serem entregues para doação;

As visitas ocorrem nas segundas-feiras, das 17h às 17h45min. Os familiares devem passar por uma orientação feita preferencialmente pelo técnico de referência do usuário e serão convidados para participar do grupo de familiares.

As ligações dos usuários para familiares podem ser feitas 1 vez por semana ou conforme PTS e em horários determinados pela equipe. O tempo máximo é de 10 minutos;

O uso do cigarro será permitido conforme fluxo da programação do acolhimento noturno, entre 7h e 22h, com um técnico acompanhando. O usuário é responsável por trazer os mesmos, que serão guardados pela equipe e entregues nos momentos definidos; (excessão para horário depois do almoço, quando será permitido um cigarro)

É permitido fumar apenas em locais indicados e acompanhado pela equipe;

O tempo de acolhimento NOTURNO será definido conforme a evolução nas atividades e

diminuição dos sintomas do paciente, tendo um período máximo de 14 dias;

Os controles dos ares condicionados devem permanecer no posto de enfermagem e a alteração de temperatura deve ser solicitada aos profissionais.

Durante o período em que o usuário permanecer em acolhimento noturno, será permitido, a partir de combinações com técnica de referência, somente uma saída com as seguintes finalidades: questões judiciais e perícia de INSS e usuários sem rede de apoio que necessitem de itens de necessidades básicas;

IV- INTERCORRÊNCIAS

Intercorrências Sexuais

Lidar com questões de sexualidade e comportamento sexual faz parte do dia-a-dia da equipe. Nos casos em que há suspeita de envolvimento sexual, o serviço realiza encaminhamento para hospital clínico, onde é seguido o protocolo de exposição pós-sexual e, se necessário, acompanhamento no SAE. Cada caso é avaliado de forma individualizada e trabalhado em uma perspectiva de assertividade e acolhimento, sem perder de vista as regras pré-acordadas. Ação correspondente pode gerar pena de desligamento imediato, com possibilidade de retorno após três meses mediante avaliação da equipe.

Entrada de substância no espaço:

Caso o usuário esteja com SPA no ingresso, solicita-se o descarte da mesma antes do ingresso, o que deverá ser realizado com acompanhamento de um profissional do serviço. Caso seja verificada posteriormente, a situação será avaliada individualmente e pode resultar, em casos específicos, em alta administrativa ou em encaminhamento para instituições de maior complexidade. Na maioria das situações, deve-se trabalhar tanto com usuários quanto com o restante do grupo. Ação correspondente pode gerar desligamento imediato, com possibilidade de retorno após três meses mediante avaliação da equipe.

Agressão

Os pacientes são orientados constantemente pela equipe multidisciplinar a apresentar postura de boa convivência, a fim de evitar intercorrências de agressão física ou verbal. Caso a intercorrência se concretize, são aplicadas técnicas de atenuação da crise e o usuário é encaminhado para o hospital. Em casos de agressões verbais e ameaças será registrada



intercorrência por escrito, sendo recorrente é efetuado desligamento. Nos casos de agressão de forma deliberada, a equipe entende que uma das regras do contrato terapêutico foi quebrada, e o usuário pode receber alta administrativa gerando desligamento imediato e possibilidade de retorno apenas após três meses mediante avaliação da equipe.

V- PROCESSO DE ALTA DO ACOLHIMENTO NOTURNO

A alta será feita após avaliação médica, da equipe de enfermagem e do terapeuta de referência.

A continuidade do PTS do usuário deve ser discutida com a equipe técnica, em reunião de equipe

A alta será combinada com o familiar/ rede de apoio do usuário.

Serão conferidos e entregues os pertences do usuário que ficaram guardados, com a assinatura de um termo de retirada.

Será entregue uma nota de alta ao usuário, contendo as seguintes informações: período de acolhimento, sintomas apresentados no ingresso e na saída, motivo da alta, PTS e indicações pós-alta.

Caso o usuário tenha decidido sair sem ter critérios de alta, o mesmo irá assinar um termo de alta a pedido, e os passos anteriores serão seguidos.

VI- NECESSIDADE DE TRANSFERÊNCIA DO USUÁRIO PARA UNIDADES DE MAIOR COMPLEXIDADE

Em casos de agravamento dos sintomas, o usuário será encaminhado para a UPA ou HMNH. A avaliação deve ser feita pela equipe interdisciplinar.

O profissional responsável deve contatar a UPA/HMNH e discutir o caso, seguindo o fluxo de encaminhamento. Caso seja necessário, deve ser chamada a ambulância ou a SAMU para o transporte

A família/rede de suporte social deverá ser informada;

VII DISCUSSÃO DOS CASOS EM ACOLHIMENTO NOTURNO

A equipe deverá discutir diariamente, nas trocas de plantão, as intercorrências dos usuários em acolhimento noturno.



Deve estar garantido em reunião de equipe espaço para discussão de Projeto Terapêutico Singular - PTS de usuários em acolhimento noturno.



APÊNDICE 1

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM- CAPS AD III ACOLHIMENTO NOTURNO

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Data do acolhimento: _____ Hora: __:__ Entrevistador: _____

Familiar para contato: _____

número de telefone: _____

Ocupação: _____

Moradia: _____

Histórico de Saúde: Doenças Prévias:

Uso de substâncias:

Substância	Quantidade	Último uso

Internações prévias em saúde mental:

Local	Motivo	Período

Medicações em uso:



EXAME DE SAÚDE MENTAL:

a) Consciência: () Lúcido () Sonolento () Torporoso () Coma

b) Orientação:

em relação a si () Sim () Não

em relação ao tempo () Sim () Não

em relação ao espaço () Sim () Não

c) Senso percepção: alucinação auditiva () Não () Sim

Quais: _____

Alucinação visual: () Não () Sim Quais: _____

d) Pensamento: () Coerente () Não coerente Delírio () Sim () Não

Obsessões () Sim () Não Desconfiança/paranoia () Sim () Não

Ideação suicida:

Tentativas: () Não () Sim. Quantas? _____ Quando _____

Como _____

e) Humor/afetivo: () irritável () Afeto hipomodulado () eutímico (normal) () depressivo () eufórico ()
embotamento () Labilidade afetiva (oscilação rápida/súbita) () hostilidade
() fobias/ansiedades

f) Linguagem: () fala acelerada () fala lenta/arrastada () normal () não verbalmente

g) Juízo crítico: () preservado () inexistente () parcial

h) Comportamentos:

agressividade intensa () Sim () Não Isolamento () Sim () Não

Agitação psicomotora () Sim () Não Automutilação () Sim () Não

Risco e exposição () Não () Sim,

Quais: _____

Sinais vitais na admissão:

temperatura	

Exame físico geral:

Considerações gerais



ação	



APÊNDICE 2

NORMAS E ROTINAS DO ACOLHIMENTO NOTURNO

Nome do Usuário _____

Data da admissão: _____

Enfermeiro responsável pela admissão: _____

Médico Responsável: _____

Técnico de Referência: _____

É proibido:

- 1) Danificar a estrutura do CAPS AD III
- 2) Entrar no quarto que não seja o seu ou sentar na cama que não seja a sua
- 3) Usar materiais de entretenimento e oficina sem a orientação de um técnico
- 4) Usar objetos cortantes
- 5) Presentear outro paciente ou funcionário
- 6) Levar alimentos para locais não permitidos, como nos grupos e quartos.
- 7) Trazer ou permitir ingresso de alimentos externos
- 8) Trocar de roupas ou retirar as marcações individuais
- 9) Lavar roupas fora da lavanderia.
- 10) Ficar sem camisa, usar apenas trajes íntimos ou toalha enrolado, em qualquer ambiente do Serviço.
- 11) Quebrar o silêncio ou manter as luzes acesas após as 23h30
- 12) Fumar em locais não permitidos, como nos quartos, na sala de TV, nas salas de rouparia e de medicações, nos corredores e nos banheiros
- 13) Portar isqueiros e fósforos
- 14) Usar ou portar substâncias psicoativas no setor de internação e dependências do serviço
- 15) Agredir física ou verbalmente outro usuário ou técnico.
- 16) Ter qualquer envolvimento sexual com outro usuário.
- 17) Permanência de pertences no serviço, após o desacolhimento, por mais de 48h, sob pena dos mesmos serem descartados

Durante a internação:



Visitas: Ocorrem com agendamento prévio e com frequência definida conforme o PTS do usuário. Os familiares devem passar por uma orientação feita preferencialmente pelo técnico de referência do usuário e serão convidados para participar do grupo de familiares específico do acolhimento noturno; (17 horas na segunda-feira – exceções depois do grupo de familiares)

Ligações: As ligações dos usuários para familiares podem ser feitas 1 vez por semana ou conforme PTS e em horários determinados pela equipe (quarta-feira) O tempo máximo é de 10 minutos.

Cigarro: será liberado a cada 3h, entre 7h e 22h, com um técnico acompanhando. O usuário é responsável por trazer os mesmos, que serão guardados pela equipe e entregues nos momentos definidos (2 cigarros por momento, se tiver de doação será doado 1 apenas);

Permanência: O tempo de acolhimento NOTURNO será definido conforme a evolução nas atividades e diminuição dos sintomas do paciente;

Eu _____, estou ciente das orientações e regras acima.



APENDICE 3

Termo de Consentimento de permanência voluntária no Acolhimento Noturno CAPS AD III

Eu, _____ estou ciente das normas de funcionamento do acolhimento noturno do CAPS AD III, do caráter voluntário da permanência, assim como sobre as regras da internação.

Paciente

Téc Responsável admissão

Novo Hamburgo, _____ de _____ de _____



APENDICE 4

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA – Ar)

Nome:	Data:
Pulso ou FC:	Hora:

1- Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado? ☐

0	Não
1	Náusea leve e sem vômito
4	Náusea recorrente com ânsia de vômito
7	Náusea constante, ânsia de vômito e vômito

2- Tremor com os braços estendidos e os dedos separados: ☐

0	Não
1	Não visível, mas sente
4	Moderado, com os braços estendidos
7	Severo, mesmo com os braços estendidos

3- Sudorese: ☐

0	Não
4	Facial
7	Profusa

4- Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações? ☐ Código da questão 8

5- Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto? ☐ Código da questão 8

6- As luzes tem parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes? ☐

0	Não	4	Alucinações moderadas
1	Muito leve	5	Alucinações graves
2	Leve	6	Extremamente graves
3	Moderado	7	Continua

7- Você se sente nervoso(a)? (observação) ☐

0	Não
1	Muito leve
4	Leve
7	Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?

8- Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento? ☐

0	Não	4	Moderado / grave
1	Muito leve	5	Grave
2	Leve	6	Muito grave
3	Moderado	7	Extremamente grave

9- Agitação: (observação) ☐

0	Normal
1	Um pouco mais que a atividade normal
4	Moderadamente
7	Constante

10- Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação) ☐

0	Orientado
1	Incerto sobre a data, não responde seguramente
2	Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias
4	Desorientado com a data, com mais de 2 dias
7	Desorientado com o lugar e pessoa

Escore ☐