



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DOE N° 1769 de 13/04/2012

RESOLUÇÃO Nº 13/2012

O COORDENADOR DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas e em cumprimento aos dispositivos constantes do seu Regimento Interno, e

Considerando a Lei 10.216 de 6 de abril de 2006, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que cria normas e diretrizes para organização dos Centros de atenção psicossocial e estabelece distintas modalidades de centros de atenção;

Considerando a Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que 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 (SUS);

Considerando a Portaria GM/MS nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011, que cria nova modalidade de financiamento para os Centros de Atenção Psicossocial;

Considerando ainda ser consenso na segunda reunião ordinária da CIB/RR, realizada em 26 de março de 2012.

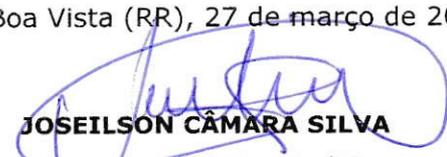
RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar por pactuação a implantação e cadastramento do Centro de Atenção Psicossocial, modalidade III – CAPS III, conforme anexo único;

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.


MIGUEL ANGELO TEIXEIRA BRANDÃO D'ELIA
Secretário de Estado da Saúde de Roraima-Adjunto
Coordenador da CIB Roraima

Boa Vista (RR), 27 de março de 2012.


JOSEILSON CÂMARA SILVA
Presidente do COSEMS/RR
Secretário de Saúde do Município de
Alto Alegre



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**ANEXO RESOLUÇÃO
CIB/RR N° 13/2012**

1. INTRODUÇÃO AO MODELO

A constituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) insere-se dentro das políticas públicas atuais em saúde mental que privilegiam a transição do modelo atual, designado como “hospitalocêntrico”, para um novo modelo dirigido para a assistência a partir de cuidados em âmbito extra-hospitalar e redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos.

Os CAPS são os instrumentos centrais na proposta de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil (Lei 10.216). A sua regulamentação foi realizada a partir da Portaria 336/GM de 10 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o papel estratégico dos CAPS na nova organização, além de definir tipos diversos de CAPS. Foram assim regulamentados os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPS i, sendo que a lógica da divisão reside na alocação de níveis de complexidade de acordo com o tamanho da população dos municípios assistidos e as modalidades de atendimento geral, especializado em álcool e drogas ou especializado em cuidados à criança ou adolescente e o adulto.

Como serviços substitutivos à internação hospitalar, os CAPS são instituições de continência e assistência para a população acometida por transtornos mentais graves. Isso significa que, em algumas ocasiões de emergência de crises, o tratamento pode ser intensivo, com os pacientes comparecendo diariamente e permanecendo durante todo o dia nas dependências do serviço, fazendo as refeições, e eventualmente pernoitando, quando se trata de CAPS do tipo III, que é o **objetivo** deste projeto, a implantação do CAPS III no Município de Boa Vista, Estado de Roraima, que é entendido como parte fundamental de uma rede assistencial. A designação dos CAPS III realiza-se em congruência com a percepção da necessidade da especificação dos cuidados em saúde mental da população de usuários com transtornos mentais severos e persistentes.

2. PANORAMA DA REGIÃO

O Estado de Roraima, localizado no extremo norte do País, criado por ocasião da constituição federal de 1988 em 05 de outubro, na mesma época em que foi criado o SUS. O Estado faz divisa com a Venezuela, Guiana Inglesa, Pará e Amazonas. Possui apenas 15 municípios. A capital Boa Vista é considerada capital Estado por concentrar mais de 60% da população e detém a maioria dos serviços de saúde de média e complexidade e todos os serviços de alta complexidade. Apesar do processo de municipalização e descentralização das ações e serviços de saúde, o nível estadual ainda assume alguns serviços da competência municipal, por ausência da cobertura dos municípios, pois alguns municípios ainda não dispõem de capacidade instalada para assumir determinadas responsabilidades sanitárias.

O Município de Boa Vista foi criado pelo Decreto Estadual nº 49, em 09 de Julho de 1890, é capital e o município mais populoso do estado de Roraima, concentrando aproximadamente dois terços dos roraimenses, situa-se na margem direita do rio Branco. É a única capital brasileira localizada totalmente ao norte da linha do Equador. Moderna, a cidade destaca-se entre as capitais da Amazônia pelo traçado urbano organizado de forma radial, planejado no período entre 1944 e 1946 pelo engenheiro civil Darcy Aleixo Derenusson, lembrando um leque, em alusão às ruas de Paris, na França. Foi construído no governo do capitão Ene Garcez, o primeiro governador do então Território Federal do Rio Branco. As principais avenidas do Centro da cidade convergem para a Praça do Centro Cívico Joaquim Nabuco, onde se concentram as sedes dos três poderes — Legislativo, Judiciário e o Executivo. Além de pontos culturais (teatros e palácios), hotéis, bancos, correios e catedrais religiosas. É uma cidade tipicamente administrativa e concentra em torno de 95% dos serviços estaduais.

Boa Vista situa-se na porção centro-oriental do estado. Com uma área de 5.117,9 km² (que corresponde a 2,54% do estado), possui uma população de 284.258 habitantes (IBGE 2010), limita-se com Pacaraima a norte, Normandia a nordeste, Bonfim a leste, Cantá a sudeste, Mucajaí a sudoeste,



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Alto Alegre a oeste e Amajari a noroeste. Boa Vista tem 1.447,35Km² de áreas indígenas, o que corresponde à 25,33% do território total.

A Unidade Integrada de Saúde Mental de Roraima, localizada na região central da capital Boa Vista, anexo ao Hospital Coronel Motta, pertencente a rede SUS estadual é atualmente a referência no atendimento aos usuários com transtornos mentais dos 15 municípios do Estado, foi implantada no início de 2000 como ambulatório de saúde mental e com o intuito informal de funcionar na modalidade de hospital dia. Atende adultos, adolescentes e crianças com transtornos mentais severos, moderados, leves e persistentes (psicóticos e neuróticos graves), em regime de tratamentos intensivo, semi-intensivo e não intensivo com desenvolvimento de projetos de reinserção social e reabilitação psicossocial. Atualmente possui 14900 usuários cadastrados. Funciona em prédio independente das 7 às 18 horas, de segunda à sexta-feira. Conta com equipe multiprofissional composta por 7 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 enfermeiro, 1 fisioterapeuta, 1 auxiliar de enfermagem, 2 técnicos de enfermagem, e 7 psiquiatras, 1 farmacêutico, além de profissionais de apoio administrativo, de atendimento à farmácia e à recepção. O serviço de segurança e de limpeza é terceirizado, mas, como esses profissionais são estáveis e conhecem os usuários, muitas vezes auxiliam a equipe multiprofissional. O Estado ainda não conta com equipamentos de saúde organizados em redes de atenção integral regionalizada e hierarquizada, porém existem atualmente no Estado 1 CAPS álcool e drogas, 1 Centro de Referência e Saúde do Trabalhador, Unidades Básicas de Saúde sob a responsabilidade dos municípios, hospital estadual com leitos de psiquiatria. O serviço recebe estagiários de Enfermagem e psicologia de universidades públicas e privadas.

3. JUSTIFICATIVA

De acordo com matéria veiculada no jornal Estadão de janeiro de 2010, no Brasil, 23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental. Pelo menos 5 milhões de brasileiros (3% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria, apesar da política de saúde mental priorizar as doenças mais graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar, as mais comuns estão ligadas à depressão, ansiedade e a transtornos de ajustamento. Em todo o mundo, mais de 400 milhões de pessoas são afetadas por distúrbios mentais ou comportamentais. Os problemas de saúde mentais ocupam cinco posições no ranking das dez principais causas de incapacidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Desde a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), os investimentos são principalmente direcionados a medidas que visam a substituição do atendimento em hospitais psiquiátricos (principalmente das internações) pelos serviços abertos e de base comunitária.

A implementação da rede substitutiva - com a criação dos centros de Atenção Psicossocial (Caps), das residências terapêuticas e a ampliação do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais - tem avançado, mas ainda convive com o antigo modelo manicomial, marcado pelas internações de longa permanência. O País conta com 1.513 Caps, mas a distribuição ainda é desigual. Dos 27 estados, só a Paraíba e Sergipe têm Caps suficientes para atender ao parâmetro de uma unidade para cada 100 mil habitantes. A exemplo dos demais estados, Roraima não tem uma rede estruturada, regionalizada e hierarquizada em saúde mental que atenda a demanda de acordo com as necessidades dos usuários. O estado possui um número crescente de usuários com transtornos mentais, que devido aos problemas do mundo moderno vem sendo desencadeado com mais frequência, chegando a ser preocupante a atual situação vivenciada no Estado. Atualmente o único serviço de referência no atendimento aos usuários é a Unidade Integrada de Saúde Mental mencionada anteriormente. Os usuários inseridos neste serviço recebem atendimento psiquiátrico, psicológico, de serviço social, farmacológico entre outros. Alguns dos usuários cadastrados permanecem na unidade o dia inteiro, como previsto no CAPS II, recebendo atendimentos diversos e participando dos grupos, oficinas terapêuticas e demais serviços de acordo com suas especificidades. Porém no estado ainda há uma



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

grande demanda reprimida no que se refere ao acesso universal e de qualidade aos usuários de todo o Estado, pois a UISAM não tem condições de atender todo o estado. Vale ressaltar que até pouco tempo não havia nenhum serviço de atenção psicossocial nos municípios. Atualmente há um movimento e vontade política de alguns gestores municipais para implantar e estruturar os CAPS nos respectivos municípios, no entanto este número ainda não será o suficiente para atender a demanda. Além disso é imprescindível o Estado cumprir o seu papel enquanto gestor do SUS e estruturar a rede de atenção integral em saúde mental, fato que há bastante tempo deveria ter ocorrido, pois o número de pessoas acometidas com transtornos mentais tem crescido, chegando inclusive a ter pacientes vivendo nas ruas, o que não se via até início dos anos 2000. O fato é que o Estado necessita com urgência resolver a grande lacuna que existe na questão da saúde mental e cumprir o papel de gestor do processo. Dessa forma **JUSTIFICA-SE A IMPLANTAÇÃO de um CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS III) no Estado de Roraima**, regulamentado através da portaria 336/02 para atender de forma resolutiva e com qualidade a população com transtorno mental severo ou moderado do estado. Enfim, Roraima terá a partir da implantação do CAPS III garantia de acesso dos pacientes com transtornos mentais, melhor acolhimento e assistência, vínculo com a equipe e cuidado continuado, além de resolutividade e autonomia no que se refere a política de Saúde Mental.

A Portaria 336/GM valoriza a ênfase em atividades de âmbito multiprofissional associadas à perspectiva de reinserção do paciente acometido por transtorno mental, incluindo a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. A Organização Mundial da Saúde define reabilitação psicossocial como um processo que compreende todas as medidas destinadas a reduzir os efeitos das afecções que geram incapacidades e a permitir ao desabilitado a realização da sua integração.

4. OBJETIVO GERAL

Implantar o CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS III) e Promover atendimento aos usuários com transtornos mentais, buscando as condições de autonomia possível, para cada caso, evitando novas internações e visando a reintegração biopsicossocial.

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Oferecer atendimento psicossocial aos usuários com transtornos mentais do Estado de Roraima
- Dar suporte, orientação e apoio psicológico aos usuários e familiares;
- Estimular as habilidades e potencialidades existentes nos usuários;
- Promover a autonomia dos usuários e estimular a autoconfiança;
- Estimular as inteligências múltiplas dos pacientes;
- Oferecer suporte farmacológico, psiquiátrico, psicológico, pedagógico, de serviço social, fisioterápico, de enfermagem e do terapeuta ocupacional;
- Reduzir os sintomas: farmacologia, grupos terapêuticos, apoio familiar;
- Reduzir a Iatrogenia: diminuindo e eliminando sempre que possível as consequências físicas e comportamentais da institucionalização prolongada;
- Promover a competência social e profissional;
- Reduzir o estigma;
- Apoiar a família e o seu grupo social;
- Oferecer projeto terapêutico individualizado, atendendo as necessidade de cada usuário.

6. A UNIDADE

A unidade tem como proposta ser um ambiente humanizado de atenção psicossocial 24 horas para atender o usuário com transtornos mentais severos e persistentes, onde este seja acolhido e receba



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

atendimento em conformidade com suas especificidades e com os diversos níveis de gravidade dos seus problemas.

7. ESPAÇO FÍSICO

A estrutura física da unidade garante um espaço amplo, com ambiência adequada e confortável aos usuários com salas de grupos e oficinas terapêuticas, enfermagem, farmácia, refeitório, banheiros com acessibilidade, consultórios, sala de acolhimento, repouso com leitos, sala de terapia individual e em grupo, recepção, SAME, pátio coberto para atividades externas, área externa arborizada com rampa de acesso, sala de espera e sala específica para atendimento de crianças.

8. POPULAÇÃO-ALVO

Usuários com transtornos psíquicos graves e persistentes do Estado de Roraima

9. RECURSOS HUMANOS

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III será composto por uma equipe técnica e administrativa.

9.1. Equipe técnica:

- 3 Psiquiatras;
- 1 Enfermeiro;
- 1 Farmacêutica;
- 2 Técnicos de enfermagem;
- 2 Auxiliar de enfermagem
- 5 Psicólogas;
- 1 Terapeuta ocupacional;
- 2 Assistente Social.
- 1 Fisioterapeuta

9.2. Equipe administrativa:

- Coordenador administrativo;
- 2 Auxiliares administrativo;
- 2 Auxiliares de serviços gerais.

10. PROJETO TERAPÊUTICO

A construção do PROJETO TERAPÊUTICO na atenção psicossocial envolve articulação entre a clínica ampliada e a gestão, de forma que usuários, familiares, trabalhadores e gestores possam negociar e pactuar acordos numa relação de aproximação entre sujeitos que cuidam e sujeitos que necessitam de ajuda para se cuidarem.

É difícil ainda o rompimento da lógica do modelo assistencial em saúde mental vigente antes da reforma psiquiátrica, por isso temos que ter o devido cuidado e atenção de não reproduzir no CAPS III, ações terapêuticas pautadas pelo controle e repressão - procedimentos típicos da psiquiatria clássica repressiva. A superação das práticas autoritárias nos serviços de saúde mental requer avaliação constante.

“Os projetos terapêuticos do CAPS serão singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações. Os CAPS deverão obedecer a alguns princípios básicos: devem se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades estruturadas da unidade. Devem ainda trabalhar com a ideia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço. O CAPS deve considerar o cuidado intra-, inter- e transubjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2002a).

O projeto terapêutico deve ser elaborado e executado com a participação de toda a equipe e dos próprios usuários, ser flexível e ter metas claras estabelecidas, conforme a avaliação dos resultados alcançados. Deve ter como objetivos, o aumento do conhecimento do paciente sobre os seus problemas, a sua autonomia afetiva, material e social, e o seu relacionamento social e político. (SARACENO et al., 2001).

Mângia (2002) propõe como eixos orientadores a serem considerados no desenvolvimento de projetos terapêuticos:

- a centralidade da ação na pessoa;
- a relação de parceria terapeuta-usuário;
- o deslocamento do *locus* da ação da instituição para o território e para as situações da vida real;
- a ênfase no sujeito em seu contexto;
- a construção compartilhada do projeto terapêutico com metas dotadas de sentido para a continuidade da vida do usuário;
- o estabelecimento de um contrato de trabalho com percursos a serem desenvolvidos em um tempo predeterminado (longe da lógica punitiva e repressiva)
- a utilização de avaliações periódicas conjuntas para redirecionamento do projeto.

Destacam-se dois objetivos centrais na construção do projeto terapêutico do CAPS III de Boa Vista: evitar a internação e reintegrar socialmente o usuário. Em relação à construção do projeto terapêutico, temos como meta também: a inclusão social, busca ativa e referência técnica.

Inclusão Social - Está presente na elaboração do projeto terapêutico, a idéia da inclusão social, da busca de moradia, de benefícios e a necessidade de se encontrar ou aproximar a família do usuário.

Busca Ativa - A busca ativa consiste no compromisso do serviço em responsabilizar-se pelo usuário, que pela própria condição de vulnerabilidade psicológica ou social, tem dificuldade em frequentar o serviço regularmente. Visa restabelecer o contato com o usuário em seu próprio território, para dar continuidade ao tratamento.

Referência Técnica - A referência técnica define um tipo de processo de trabalho no qual o profissional (ou um grupo de profissionais) assume a responsabilização diferenciada sobre o usuário atendido, em que cabe ao técnico estabelecer com usuário, de forma mais próxima e intensiva, as negociações, encaminhamentos e alterações do projeto terapêutico. A equipe elege um representante para acompanhar mais intensivamente o usuário e este, também pode escolher um profissional com quem tenha um bom vínculo e que possa desempenhar esse papel.

O serviço oferece, além do tratamento medicamentoso, atendimento individual, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas e, posteriormente, com a melhora do usuário, as oficinas de trabalho. Os profissionais têm a liberdade para criar grupos, de acordo com as habilidades e interesses, podendo oferecê-los ao usuário conforme as necessidades destes.

Na construção do projeto terapêutico pensa-se, em geral, nas necessidades, interesses e habilidades do usuário e no que ele poderia usufruir no CAPS. O projeto terapêutico deve ter sentido para o usuário e ser adequado ao seu contexto e momento de vida.

A proposição inicial do projeto terapêutico é feita, em geral, pelo profissional que atendeu o usuário no acolhimento.

Muitas vezes esse mesmo profissional acompanha a execução do projeto terapêutico e, gradativamente, o usuário é incluído nesta elaboração, podendo escolher e experimentar algumas atividades, e tratar de assuntos que vão de encontro às suas necessidades.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

10.1 - O ACOLHIMENTO

No CAPS III, a atenção deve estar centrada no acolhimento, no vínculo entre trabalhadores e usuários, na participação da família, e na responsabilidade de cada membro da equipe no desenvolvimento de projetos terapêuticos. Estes devem ser individualizados e incluir a participação do usuário, respeitando suas escolhas e limites, visando à inserção social e a melhor qualidade de vida.

Os usuários que procuram atendimento no CAPS III de Boa Vista são acolhidos sem lista de espera, pois este pretende funcionar de acordo com a diretriz de “porta aberta”. Os usuários que chegam ao atendimento podem vir referenciadas do Hospital Geral de Roraima, das Unidades Básicas de Saúde, de outras instituições de saúde ou consultórios particulares, ou buscam o serviço espontaneamente ou trazidos por familiares, já que o CAPS III será referência no estado.

O acolhimento no CAPS III será realizado por profissionais da equipe multidisciplinar de modo individualizado no exato momento da chegada do usuário ao tratamento. Trata-se de uma oportunidade única de uma escuta ampla, inclusiva e desprovida de preconceitos sobre o problema do indivíduo. O acolhimento é uma rara oportunidade para o desenvolvimento de vínculo entre o usuário e o dispositivo de saúde através de seus profissionais e estrutura. O acolhimento quando realizado em condições ideais pode antecipar, muitas vezes, em anos o processo de aderência do indivíduo ao tratamento. Trata-se de uma experiência marcante para os usuários e o seu aprimoramento é algo em constante discussão pela equipe multidisciplinar. Todos os acolhimentos da semana serão discutidos em reunião com a equipe e particularidades e desafios para o seguimento de cada usuário. O acolhimento deve ser o eixo central do cuidado cotidiano, função fundamental constante, que não se limita ao momento de entrada e recepção do paciente. Deve ser compreendido como uma atitude que se estende durante todo o tratamento, não se restringindo aos primeiros atendimentos.

Como se trata de um CAPS III, incluem também o acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação; estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

A equipe que adota como estratégia o acolhimento coloca-se disponível, flexível, e se responsabiliza pelas necessidades apresentadas pelos usuários, sendo muitas vezes, levada a enfrentar desafios em relação aos problemas que vão surgindo durante o processo. Essa estratégia de acolhimento favorece a construção de vínculos, a responsabilização dos profissionais pelo acompanhamento da clientela e implica na organização do serviço centrada no usuário e em suas necessidades.

10.2. APÓS ACOLHIMENTO

No período posterior ao acolhimento, o usuário recebe orientações individualizadas sobre o procedimento que vem a seguir. O CAPS III organizou uma sequência para privilegiar a aderência ao tratamento e o estabelecimento de vínculos, garantindo-se os aspectos básicos das necessidades dos usuários e aspectos de minimização dos prejuízos. Após o acolhimento, o usuário receberá orientação sobre a realização de avaliações aprofundadas por todos integrantes da equipe multidisciplinar a fim de que se discuta o projeto terapêutico, incluindo o usuário e o seu profissional de referência sempre nesta discussão. Além disso se o usuário apresentar manifestações graves da patologia será encaminhado a outro serviço de maior complexidade, o Hospital Geral de Roraima.

Após o acolhimento, o usuário realizará atividades com todos os profissionais da equipe multidisciplinar ao longo da primeira semana. A lógica desta proposta insere-se na perspectiva de que o usuário deve ser um agente ativo do desenho do próprio projeto terapêutico, caso contrário uma verdadeira inserção no serviço pode ser prejudicada. A partir da semana de inclusão, o usuário passa a conhecer a natureza e as propostas das atividades do CAPS. Ao término da semana, os profissionais reúnem-se em pequenas equipes e desenham um projeto individualizado que integre as percepções dos usuários e caracterize uma proposta de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

A habilidade do terapeuta para com o grupo ou paciente consiste em perceber necessidades dos usuários em relação a dúvidas e anseios que possam ser compartilhados por outros sujeitos externos ao grupo, mas comprometidos com o cuidado integral destes.

10.3. FASES DO TRATAMENTO

10.3.1. Tratamento Intensivo: O usuário comparece diariamente ao CAPS III. Neste início de trabalho a equipe promove escuta e realização do Projeto Terapêutico Individualizado contemplando as necessidades do indivíduo e integrando-o ao ambiente terapêutico do CAPS III.

10.3.2. Tratamento Semi-intensivo: O usuário comparece 2 (duas) ou 3 (três) vezes por semana no CAPS III. O trabalho desenvolvido no tratamento intensivo prossegue e é fortalecido com estratégias que privilegiam a reinserção social, cultural e recuperação ampla dos usuários.

10.3.3. Tratamento Não-intensivo: O usuário comparece uma vez por semana no CAPS. É trabalhada reinserção, geração de renda e estratégias de longo prazo para tratamento.

IMPORTANTE: As mudanças das fases do tratamento são realizadas de modo individualizado a partir de discussão ampla pela equipe do CAPS III.

Estudos de caso e reuniões técnicas acontecerão semanalmente ou serão antecipadas sempre que necessário, tendo em vista a urgência de algum caso em questão.

10.4. INTERVENÇÕES INCLUÍDAS (Dinâmica e funcionamento do serviço): Atendimento individual ou em grupo.

As atividades realizadas no CAPS III incluem as seguintes modalidades:

A) Atendimento individual: Esta modalidade de atendimento inclui assistência psiquiátrica, psicológica, de enfermagem e orientações. Esta modalidade de tratamento tem indicação para usuários que necessitem de uma escuta instrumentalizada e individual.

A1. Acompanhamento psiquiátrico individual: os usuários serão atendidos individualmente pelos psiquiatras, em princípio mensalmente, para revisão do quadro terapêutico e do esquema farmacológico.

A2. Acompanhamento psicológico individual – Os pacientes são atendidos individualmente pelos psicólogos semanalmente;

A3. Massoterapia individual – Os pacientes são atendidos semanalmente pela fisioterapeuta que utiliza técnicas de massagem como deslizamento profundo, superficial, amassamento, rolinho, tapping de pressão, entre outras. Por meio da massoterapia é possível acompanhar as dificuldades, necessidades e sintomas subjetivos e, por vezes, crônicos dos usuários, além de proporcionar um bem estar, relaxamento e conscientização corporal.

B) Atendimentos em grupos: Esta modalidade de atendimento inclui psicoterapia em grupo, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas (corporais, artísticas, culturais, de lazer, de trabalho, de leitura), escuta sensível, orientação às famílias, orientação sobre benefícios e visitas domiciliares. O termo oficina é utilizado para designar o trabalho em grupo mais voltado à convivência e à inserção social, do que ao tratamento clínico. As atividades coletivas geralmente são coordenadas por um profissional e podem contar com a participação de outros profissionais.

B1. Grupo de Motivação

Psicólogo - Tratar as pessoas desmotivadas, despreparadas e desencorajadas para mudar de comportamento. Possibilitar a percepção do paciente na prontidão de mudanças e no desenvolvimento de planos e estabelecimentos de metas.

B2. Grupo de Mosaico

Terapeuta Ocupacional - Trabalhar déficits cognitivos, atenção e concentração, valorizar a auto-estima, trabalhar a tolerância, paciência, o imediatismo e geração de renda.

B3. Grupo de Terapia Ocupacional / Dinâmicas



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Terapeuta Ocupacional - Favorecer um melhor entendimento sobre sua doença, por meio de dinâmicas que trabalhe a auto-estima, comunicação e sentimentos.

B4. Grupo de Mulheres

Assistente Social - Possibilitar um espaço de discussão e reflexão a cerca de sua condição de “ ser mulher “, sob a ótica da questão de gênero. Papéis sociais – Direitos e cidadanias da mulher “Sexualidade” - Planejamento Familiar – Projeto de Vida – Auto-estima – Família.

B5. Grupo de Arte terapia

Técnica Educacional

Sucata: Transformar materiais descartáveis em arte criativa; O objetivo é transformar lixo em fonte de renda.

Artes Criativas: Com materiais de pouco custo como massa de biscuit e retalhos.

A arte terapia apresenta-se como recurso terapêutico no tratamento, já que incorpora a diversificação de situações e transtornos psíquicos, favorecendo a heterogeneidade dos grupos. O relaxamento ocorre com as atividades da arte-terapia, na medida em que a tensão agora se transpõe para atividades realizadas por meio da arte.

B6. Grupo de Educação e Saúde

Clínico Geral ou enfermeiro- Abordar temas em saúde e medicina preventiva, promoção da saúde em linguagem coloquial através de palestras, filmes educativos e esclarecimentos de dúvidas sobre o tratamento medicamentoso.

B7. Grupo de Psicoterapia

Psicólogo - Promover a comunicação/expressão e ampliação da consciência que o paciente tem de si mesmo, possibilitando a identificação e o desbloqueio dos núcleos de conflitos, buscando o equilíbrio emocional.

B8. Grupo de Vivências Corporais, dança e música

Fisioterapeuta - Devolver ao paciente maior autonomia quanto à imagem corporal e auto-estima na qual mente e corpo deverá estar em harmonia. Buscar o bem estar físico e psíquico através de técnicas de relaxamento, atividades corporais e alongamentos, sendo estes realizados todas as manhãs, preferencialmente a primeira atividade do dia. Além dos benefícios de relação do sujeito com o meio, oportuniza a manutenção e/ou recuperação do movimento normal de membros e articulações desenvolvendo melhor mobilidade articular, agilidade, assim como auxilia no processo de restabelecimento ou construção da corporeidade nos usuários. São utilizadas expressão corporal, dança e condicionamento físico como práticas com os usuários do CAPS III nas sessões de terapia corporal. Os trabalhos terapêuticos que envolvem o corpo auxiliam usuários a se tornarem conscientes das relações corpo, mente e emoção. O desenvolvimento das atividades estímulo musical proporciona contato e harmonia da percepção do paciente.

B9. Grupo de Atenção Farmacêutica

Farmacêutico/Enfermeiro - Orientar o paciente sobre a importância do tratamento farmacológico na sua recuperação, bem como o aumento da qualidade de vida no decorrer do tratamento, a fim de aumentar a adesão e diminuir o uso abusivo de medicamentos e, ainda esclarecendo suas dúvidas quanto à medicação.

B10. Grupo de Relaxamento / meditação e reeducação respiratória



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Fisioterapeuta - Estimular o desenvolvimento do ser humano, bem como, a auto-estima, autoconfiança e autoconhecimento, através de atividades que enfatizam a percepção corporal e também, utilizando a técnica como um meio preventivo e revigorante sobre a saúde física, mental e emocional do paciente.

B11. Grupo de Orientação em Saúde

Psicólogo/Enfermeiro - Utilizar a orientação em saúde como estratégia para a promoção e prevenção a saúde. Contribuindo na construção do conhecimento de forma mais ampliada e tirando dúvidas sobre as doenças e as consequências das mesmas.

B12. Grupo de Alta

Enfermeiro/Assistente Social - Preparar o paciente para continuidade do tratamento, sensibilizando para o desligamento, e fornecendo encaminhamentos necessários.

B13. Grupo de Família

Assistente Social/Psicólogo - Acolher e orientar os familiares para que possam compreender melhor a questão da doença. Motivar os familiares a buscar em conjunto com o CAPS as possíveis soluções dos problemas, tornando-os parceiros na discussão das questões pertinentes e dos encaminhamentos necessários. Reestruturação na vida familiar, profissional e social, intervenção nas horas das crises. Busca integrar a família ao tratamento, informar e esclarecer sobre o transtorno mental, buscar a facilitação da convivência com o paciente e suas limitações: estimular a troca de experiências entre famílias que compartilham um problema comum, estimular a autonomia na busca de recursos e soluções junto à comunidade.

B14. Grupo de Cuidados Pessoais

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem - Os Cuidados de enfermagem e a autoajuda proporciona um alto grau de harmonia entre mente e corpo, permitindo melhorar a compreensão dos problemas e mudança na qualidade de vida, o objetivo do enfermeiro nesta fase é de ajudar o indivíduo a recuperar a auto-estima.

B15. Grupo de Lazer

Equipe Técnica - Destinado a pacientes que tenha interesse em participar de atividades voltadas para inclusão e atividades recreativas;

B16. Grupo de atividade Pedagógica:

Pedagogo - Programa visa resgatar conhecimentos teórico-práticos adequando-se ao nível de escolaridade individual. Servir de estímulo para retorno à escolarização. **Oficina de Leitura de Notícias de Jornais:** Caráter educativo com objetivo de estimular e promover a cidadania levando usuários à reflexão, experimentação e capacitação da prática social através do debate, troca de experiências e leitura de notícias de jornais de temas relativos a questão sociais, políticas e de livre escolha dos usuários.

B17. Atividade do Passeio (atividade extra muro)

Enfermeiro/Fisioterapeuta - Conhecer locais do interesse dos usuários, onde eles participarão da organização da atividade, busca ainda trabalhar o convívio social, autonomia e estimulando a participação dos usuários nesta tarefa.

B 18. Grupo Operativo:



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Fisioterapeuta – Estimula o Grupo de usuários do CAPS III a se responsabilizarem por tarefas diárias de organização (como limpeza, higienização da área externa da unidade, do refeitório, banheiro e camas do repouso) e têm como objetivos aprendizagem de AVDs.

B19. Oficina de Artesanato e Geração de Renda:

Artesã – Atividade que tem intenção de oferecer a possibilidade de aprender um labor que possa, além de auxiliar na manutenção de seu bem estar mental, eventualmente, garantir uma renda extra como retorno pela dedicação empenhada. A proporciona trabalhar aspectos como lidar com diferentes materiais, organização, responsabilidade, dificuldades, aprendizagem e, se possível, profissionalização. A renda poderá ser usada para compra de materiais e um percentual para os pacientes. Pretende-se iniciar com a confecção de sandálias, bijuterias, tapetes e crochê.

B20. Oficina Reciclando Papéis:

Artesã - Trabalhar a importância da reciclagem como forma de proteção do meio ambiente e oferecer a possibilidade de aprender uma atividade laboral que possa auxiliar no bem estar e se possível, garantir renda extra.

B21. Visita domiciliar:

Assistente social / psicólogo / psiquiatra ou enfermeiro - é uma prática desenvolvida pela equipe do CAPS III no sentido de se aproximar da realidade social do usuário no enfrentamento de suas vulnerabilidades. Ainda, têm-se a promoção da saúde que permeia as atividades desenvolvidas no CAPS III, por meio da educação em saúde voltada para a discussão sobre os temas relacionados à higiene corporal, alimentação, redução de danos em práticas de risco, dentre outros.

ROTINA

HORA	MANHÃ
07:00 – 13:30	ACOLHIMENTO DE USUÁRIOS REFERENCIADOS OU POR DEMANDA ESPONTÂNEA
7:00 – 7:15	CHEGADA DOS USUÁRIOS
7:30 – 7:45	CAFÉ DA MANHÃ – DINÂMICA DE ACOLHIMENTO MATINAL
8:00 – 9:30	GRUPO DE AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL
8:00 – 9:30	REALIZAÇÃO DO PRIMEIRO HORÁRIO DE GRUPOS 1 E 2
9:30 – 10:00	INTERVALO
10:00 – 11:30	REALIZAÇÃO DO SEGUNDO HORÁRIO DE GRUPOS 1 E 2
11:30 – 13:30	ALMOÇO

HORA	TARDE
12:00 – 12:15	CHEGADA DOS USUÁRIOS
12:30 – 13:30	ALMOÇO
13:30 – 15:00	GRUPO DE AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL
13:30 – 15:00	REALIZAÇÃO DO PRIMEIRO HORÁRIO DE GRUPOS 1 E 2
15:00 – 15:30	INTERVALO - LANCHE
15:30 – 17:00	REALIZAÇÃO DO SEGUNDO HORÁRIO DE GRUPOS 1 E 2



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

17:00 – 18:30	REALIZAÇÃO DO TERCEIRO HORÁRIO DE GRUPOS 1 E 2
13:30 – 18:30	ACOLHIMENTO DE USUÁRIOS REFERENCIADOS OU POR DEMANDA ESPONTÂNEA

HORA	NOITE
18:00 – 18:30	TROCA (passagem) de PLANTÃO – rápida reunião técnica dos acolhimentos do dia;
18:30 – 06:30	ACOLHIMENTO NOTURNO DE ACORDO COM A DEMANDA ESPONTÂNEA
18:30 – 19:30	JANTAR PATA OS PACIENTES QUE NECESSITAREM DORMIR NA UNIDADE
19:30 – 20:00	GRUPO DE ATIVIDADES DE HIGIENE antes do repouso noturno
20:00 – 21:00	REALIZAÇÃO DO GRUPO DE DISCUTIR AS NOTÍCIAS DO DIA (ASSISTIR O JORNAL EM EQUIPE)
21:00 – 22:00	REALIZAÇÃO DO GRUPO DE LEITURA NO LEITO
22:00	HORÁRIO DE DESCANSO (DE ACORDO COM O QUADRO CLÍNICO DO USUÁRIO)

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001-Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
2. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 – Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.
3. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF); 2002. 213 p.
4. Abuhab D, Santos ABAP, Messenberg CB, Fonseca RMGS, Aranha e Silva AL. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 dez;26(3):369-80.
5. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília; 2004.
6. <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,transtornos-mentais-atingem-23-milhoes-de-pessoas-no-brasil,573367,0.htm>