

LINHA DE CUIDADO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EDIÇÃO REVISADA – outubro 2021



Prefeito

Rodrigo Kenji de Souza Ashiuchi

Secretário Municipal de Saúde

Pedro Charles Shirakawa Ishi

Diretora de Atenção à Saúde

Flávia de Souza Verdugo

Organizadores:

Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial:

Anderson Vitorino de Araujo

Gilberto Odair Tescaro Junior

Rafael Eduardo de Sá

Renata Farias Silva

Taiana dos Santos Guardia Miranda

Coordenação da RAPS:

Dulcineia Gomes de Sena Ramos

Ariadne Cirillo Meneses da Silva

Carolina Jacob da Costa Lima

Colaboradores:

Adriana Teixeira Buriti

Alessandre Cozentino

Debora Priscila Panhoto

Everton Araújo de Lima

Guilherme Bragheroli Cunha

Isabele Santos da Trindade Silva

Magna Barboza Damasceno

Regislaine Aparecida Ribeiro Gonçalves

Rodrigo Christiano Hilário Moreira

Solange Aparecida Nogueira de Souza

Tácia de Jesus Barbosa da Silva

Apresentação

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade” (Nise da Silveira)

É com grande satisfação que produzimos este documento que visa nortear o trabalho dos profissionais de saúde sobre as ações realizadas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Suzano.

Sugerimos a utilização desse material por trabalhadores e gestores que atuam nos diversos pontos de atenção à saúde, diretamente envolvidos nas ações de promoção da saúde, prevenção dos agravos e de atenção e cuidado de saúde mental.

Gostaríamos de iniciar falando de forma breve sobre a Política Nacional de Saúde Mental que amparada pela Lei nº 10.216/2001 consolida um novo modelo de assistência humanizado às pessoas com transtorno mental. Ela é um marco na proteção e na defesa dos direitos humanos, prioriza a reabilitação psicossocial e determina a instalação de serviços substitutivos à internação psiquiátrica, especialmente as de longos períodos. Esse novo modelo reforça a urgência no avanço da desconstrução do modelo curativo, hospitalar, médico centrado, de alto custo e baixa resolutividade. Também enfatiza a importância da corresponsabilidade dos serviços de saúde no território e da comunidade como apoiadores deste novo projeto.

Para viabilizar esse novo modelo em saúde foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e posteriormente consolidada pela Portaria nº 3588 de 21 de dezembro de 2017, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo ou prejudicial de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Suzano, junto aos municípios do Alto Tietê, definiu o Plano Regional e Municipal de Atenção Psicossocial que foi apresentado e aprovado no Colegiado de Gestão Regional, na Comissão Intergestora Bipartite e pelo Termo de Referência do Estado de São Paulo, CIB nº 89 em 29 de dezembro de 2012. Desde então, todos os esforços estão voltados para a construção de uma rede viva e adequada a realidade do município no contexto atual.

A coordenação da RAPS é realizada de modo compartilhado pelo grupo condutor municipal que é composto por profissionais que representam diversos pontos de atenção da rede e que assumem o compromisso de articular, monitorar, avaliar e elaborar estratégias para a implantação da RAPS e a consolidação da reforma psiquiátrica no município. A atuação da RAPS Suzano contribui para as políticas de humanização no SUS.

A linha de cuidado em saúde mental introduz a integração das várias ações desenvolvidas na rede de serviços, corresponsabiliza os gestores e os profissionais envolvidos desde a Atenção Básica até a alta complexidade, exigindo a articulação com as demais redes intersetoriais, visando a atenção integral do usuário.

Boa leitura!

Sumário

CAPÍTULO 1. Saúde Mental na Atenção Básica	8
1.1 O acolhimento em saúde e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	8
a) O acolhimento no serviço de saúde.....	8
b) O acolhimento e escuta.....	9
c) Demanda espontânea em saúde.....	11
d) Fluxo do usuário na Unidade:.....	11
1.2 Matriciamento na Atenção Básica	12
a) Apoio matricial e sua função.....	12
b) Quem são os matriciadores	13
1.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS).....	13
Composição do Projeto Terapêutico Singular:	14
1.4 Compartilhamento do caso	14
1.5 Identificando fatores de proteção.....	15
1.6 Identificando vulnerabilidades.....	16
1.7 Identificando sintomas graves	17
1.8 Atendimento de saúde mental frequentes na Atenção Básica realizados pela equipe da Unidade, sem necessidade de especialista.....	18
a) Transtornos Mentais Comuns (TMC)	18
b) Sofrimentos decorrentes de luto, vulnerabilidade social, envelhecimento.....	18
c) Casos crônicos estabilizados.....	19
d) Acumulação compulsiva de objetos e animais.....	19
e) Violência intrafamiliar	21
1.9 Atividades de saúde mental que podem ser realizadas na Atenção Básica pela equipe da Unidade, sem necessidade de especialista.....	23
1.10 Equipe de Atenção Básica para populações específicas – população em situação de rua – Consultório na Rua (CnaR)	24
Fluxograma de Atendimento da Equipe do Consultório na Rua.....	26
1.11 A oferta de serviços de Saúde Mental na Atenção Básica após a Pandemia do Covid-19.....	27
Atendimento em saúde mental pós Pandemia:	28
CAPÍTULO 2. Promoção de saúde mental na Atenção Básica	29
2.1 Cuidar da Primeira Infância.....	29
a) Garantia de pelo menos uma consulta de Saúde Mental no Pré Natal.....	29
b) Garantia de pelo menos uma consulta de Saúde Mental no Puerpério.	30
c) Acompanhamento na Atenção Básica de crianças de 0 a 6 anos com sinais de alerta no desenvolvimento	31
d) Quem realiza a identificação de sinais de alerta no desenvolvimento infantil na Atenção Básica?	31
e) A partir da identificação de sinais de alerta no desenvolvimento infantil, o que fazer? 32	
2.2 O trabalho com grupos como estratégia de promoção de saúde na Atenção Básica	32

a)	Aspectos importantes na formação de grupos:	33
b)	Sugestões de grupos como estratégia de Promoção de Saúde	35
2.3	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)	39
CAPÍTULO 3. Atenção Especializada em Saúde Mental na Atenção Básica.....		41
3.1.	Atividades realizadas pela equipe especializada de saúde mental que atuam na Atenção Básica:.....	41
3.2.	Público atendido pela equipe especializada na Atenção Básica	42
a)	Transtornos mentais já instalados.....	42
b)	Casos estabilizados	42
c)	Usuários resistentes ao tratamento no CAPS.....	42
d)	Demandas despertadas por situações de violência, emergências, catástrofes e desastres	42
e)	Acompanhamento técnico de servidores municipais	43
f)	Atendimento de saúde mental de pessoas em processo de avaliação para cirurgia bariátrica	43
g)	Atendimento psicossocial ao público TRANS	44
h)	Atendimentos não prioritários, mas que podem ser realizados respeitando o princípio da equidade.....	44
3.3	Atendimentos não realizados pela Rede de Atenção Psicossocial.....	44
3.5	Como compartilhar casos com serviços especializados	46
CAPÍTULO 4. Demandas despertadas por situações de violências, emergências, catástrofes e desastres		47
4.1	Primeiros Socorros Psicológicos	47
4.2	Quando aplicar os Primeiros Socorros Psicológicos	49
4.3	Como abordar uma pessoa em crise	49
CAPÍTULO 5. Atendimento psicossocial ao público TRANS		51
5.1	Tratamento Ambulatorial	52
5.2	Serviços especializados para atendimento de Travestis e Transexuais	53
CAPÍTULO 6. Saúde mental de crianças e adolescentes na Atenção Básica		54
6.1	Como lidar com a queixa inicial.....	54
6.2	Compartilhamento do caso de crianças e adolescentes com serviços especializados.....	54
6.3.	Identificando fatores protetores para a infância e adolescência	56
6.4	Avaliando a demanda da criança e do adolescente a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	56
6.5	Elaboração de Projeto Terapêutico Singular para crianças e adolescentes	59
6.6	Como indicar avaliação médica especializada para crianças e adolescentes	60
CAPÍTULO 7. O uso de álcool e outras drogas no contexto da Atenção Básica		61
7.1	Identificando os níveis de gravidade.....	61
7.2	Critérios do DSM-5 para transtornos do uso de substâncias	62
a)	Identificando a remissão de uso segundo o DSM-5.....	63

b) Ferramenta de avaliação: Área uso de substâncias do DUSI - Drug Use Screening Inventory	64
7.2 Tratamento.....	65
a) Manejo de casos de álcool e outras drogas na Atenção Básica	65
b) Padrão de uso de substâncias (DSM-5) x Prejuízos/ Situações de risco	67
7.3 Caso Ilustrativo.....	67
CAPÍTULO 8. A psiquiatria no contexto da Atenção Básica	70
8.1 Hipótese diagnóstica (HD) em psiquiatria	70
8.2 Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).....	70
8.3 Compreendendo o exame psíquico	72
Ferramenta para Avaliação de Estado Mental – Cartão Babel	75
8.4 Propostas de tratamento medicamentoso dentro do Projeto Terapêutico Singular.....	76
8.5 Principais psicotrópicos fornecidos pelo SUS	77
a) Cuidados e manejo clínico com pacientes em uso de substâncias psicoativas	77
b) Psicotrópicos dispensados pelo município de Suzano – REMUME.....	78
c) Locais de dispensação de medicação psicotrópica em Suzano.....	78
8.6 Medicação de Alto Custo	79
a) Farmácia de Alto Custo em Mogi das Cruzes	79
b) Psicotrópicos dispensados pela farmácia de alto custo do Estado.....	79
CAPÍTULO 9. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	81
9.1 Público prioritariamente atendidos nos CAPS.....	81
a) Público prioritariamente atendido no CAPS Infantojuvenil Entrelaços.....	81
b) Público prioritariamente atendido nos CAPS Adulto (Alumiar e Devir).....	82
c) Público prioritariamente atendido nos CAPS AD (Álcool e Drogas)	82
d) População privada de liberdade:.....	82
9.2 Atividades realizadas nos CAPS	83
CAPÍTULO 10. Urgência e Emergência em Saúde Mental	85
10.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Atenção Hospitalar.....	85
Urgência e emergência psiquiátrica em hospital geral.....	85
10.2 Avaliação e Classificação de Risco em Saúde Mental	86
a) Avaliação de risco vermelha	86
b) Avaliação de risco laranja	86
c) Internação devido uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas	87
CAPÍTULO 11. Reabilitação Psicossocial	89
11.1 Iniciativa de Geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.	89
11.2 Desinstitucionalização	90
Serviço Residencial Terapêutico (SRT).....	90
CAPÍTULO 12. Prevenção e Posvenção ao suicídio	92

CAPÍTULO 13. Rede Intersectorial	95
CRAS.....	96
CREAS.....	96
Conselhos Tutelares.....	96
Referências bibliográficas	99
Anexos.....	101
Anexo II – Roteiro para visita domiciliar de pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais.....	104
Anexo III – Fluxograma de Atendimento às pessoas em situação de violência doméstica e/ou sexual	105
Anexo IV – Fluxograma de Atendimento – Violência autoprovocada.....	106
Anexo V – Ficha de Notificação Individual	107
Anexo VI – Ficha de Notificação de Intoxicação Exógena	108
Anexo VII - Parâmetros para o Atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica	110
Anexo IX – Avaliação de Classificação de Risco em Saúde Mental.....	116

CAPÍTULO 1. Saúde Mental na Atenção Básica

1.1 O acolhimento em saúde e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. (PNH-HumanizaSUS)

A portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e define a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Seu objetivo é desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

De acordo com a PNAB (2011), a atenção à saúde deve ser integral, de maneira ampliada, partindo do princípio de que a atenção em saúde mental é parte da Atenção Básica, responsável pelo tratamento e acompanhamento de transtornos mentais comuns e alguns transtornos mentais complexos estabilizados no território do usuário.

Neste sentido, o acolhimento universal é a ferramenta que permite o acolhimento e a escuta. O objetivo ao escutar quem busca o serviço é formular hipóteses sobre o que está acontecendo com a pessoa e construir as primeiras intervenções depois da discussão do caso. O profissional, em conjunto com a equipe traça um panorama dos campos protetivos e sugere o Projeto Terapêutico Singular.

Este tópico focará no trabalho voltado para a saúde mental realizado na Atenção Básica no município. Mas antes é fundamental falarmos sobre o acolhimento, escuta, matriciamento e Projeto Terapêutico Singular (PTS) que são instrumentos para que o trabalho em saúde mental seja realizado na Atenção Básica.

a) O acolhimento no serviço de saúde

Para ser atendido em saúde mental, o usuário procura a Unidade de Saúde, é acolhido e, se necessário, é combinado um novo encontro para realizar uma escuta em um local apropriado e com um pouco mais de tempo.

Para responder essa pergunta-título, pensamos ser importante a realização de um mapeamento de como acontece a entrada do usuário no serviço de saúde. Para tanto, você que é gestor e sua equipe responda as seguintes perguntas:

- Qual o caminho do usuário desde que chega ao serviço de saúde?
- Quem o recebe e como?
- Como é orientado e atendido?
- Para onde ele vai depois do atendimento?

Ao responder estas perguntas, será possível visualizar o que pode ser mantido ou mudado para melhorar o acolhimento do usuário na Unidade de Saúde.

Para que o acolhimento aconteça, sugerimos que na sala de espera tenha um profissional que acolha o usuário antes da recepção, para que ele levante a demanda trazida, forneça as primeiras orientações e direcione o cuidado.

b) O acolhimento e escuta

Acolhimento

Frequentemente os usuários chegam às Unidades referindo sofrimento e é necessário compreender que sofrimento não é igual a doença. Essa ideia é consenso em saúde mental e dessa forma evitamos estigmas e possibilitamos o cuidado da pessoa que sofre – e não da doença.

De acordo com o Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2010), o acolhimento tem por objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

O acolhimento não tem local nem hora certa para acontecer e todos os profissionais de saúde podem fazê-lo.

O acolhimento é uma postura ética que implica em ouvir o usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução das demandas trazidas a partir da ativação de redes de compartilhamento de saberes.

O sofrimento psíquico e o adoecimento físico não são dissociados e acolhimento e cuidado em relação ao sofrimento psíquico devem ser parte rotineira da prática de todos os profissionais da Atenção Básica.

Acolher é um compromisso de respostas às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Resumindo, acolhimento é:

Acolher é uma prática presente em todas as relações do cuidado, não sendo prerrogativa de nenhuma categoria profissional.

- ✓ Deve ocorrer por meio de uma escuta cuidadosa;
- ✓ Não deve ser reduzida a uma etapa ou lugar;
- ✓ É fundamental para a criação e fortalecimento de vínculo entre a equipe de saúde e o usuário a partir da escuta de problemas, troca de informações e reconhecimento de necessidades.

Escuta

É o momento definido para um acolhimento mais específico, quando necessário. Acontecerá em uma sala reservada, por um profissional que esteja disponível e disposto para realizar este trabalho. O profissional poderá utilizar uma ficha de registro de escuta em saúde (Anexo I), que é o instrumento que apoia a coleta de dados e é um facilitador para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com base na avaliação de nos fatores protetivos, vulnerabilidade, gravidade e risco.

Porém, a ausência de um roteiro não é impeditiva para a realização de uma escuta, para tanto, basta ter disponibilidade para ouvir a queixa do usuário, desde quando se sente assim e o que já fez para cuidar deste sofrimento. O registro da escuta pode ocorrer em outro momento, depois que o usuário foi ouvido.

A escuta é uma estratégia de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica e **pode e deve ser realizada por qualquer profissional**. Para os profissionais que realizam os acolhimentos de saúde mental, é essencial que contem com o apoio matricial, pois além de ser uma ferramenta de apoio é também uma forma de refletir sobre o fazer e aprender fazendo.

Orientações para profissionais da enfermagem quando realizam a escuta:

Quando a escuta é realizada por profissional de enfermagem, segue orientações dos Conselhos Estaduais e Nacionais de Enfermagem:

Parecer do COREN-SP 040/2014- CT PRCI N° 4729/2014 – Revisão em julho de 2015, versa a respeito da atuação dos profissionais de enfermagem no acolhimento e escuta qualificada na Atenção Básica.

Resolução COFEN n° 678/2021, aprova a atuação da equipe de enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica.

- Acolhimento e a escuta qualificada na Atenção Básica não são prerrogativas exclusivas de nenhum profissional, devendo ser prática corrente nas equipes, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Acolhimentos, registros e orientações competem a todos os profissionais de saúde, assim como a coleta e registro de dados nos roteiros de acolhimento em saúde mental elaboradas pela rede municipal. Neste momento do processo, o profissional que coletou os dados assina e carimba esta ficha;
- A elaboração do PTS deve ser realizada com a participação obrigatória de um profissional de nível superior;
- Na Atenção Básica, as discussões de caso podem e devem ser feitas pela equipe da unidade, independente do matriciamento (e podem ser continuadas em matriciamento), em conjunto com outros profissionais, para elaboração de projeto terapêutico, constituindo atendimento compartilhado;
- Quando a orientação do matriciador for por telefone, é necessário anotar as orientações no prontuário, além do nome, a função e registro na categoria de classe do profissional que orientou.

c) Demanda espontânea em saúde

Se caracteriza quando o usuário comparece a Unidade de Saúde inesperadamente, seja por problemas agudos ou por outros motivos que ele julgue como necessidade de saúde.

Os serviços de saúde mental não exigem encaminhamentos profissionais para o atendimento para qualquer especialidade, sendo necessário o acolhimento e escuta da demanda espontânea, seguida da discussão da melhor estratégia de cuidado.

Após a escuta e discussão, a ficha de escuta/relato do caso será enviada para o profissional que fará o atendimento.

d) Fluxo do usuário na Unidade:

Ao chegar na Unidade de Saúde o usuário é recepcionado por um controlador de fluxo ou recepção, onde são identificadas as seguintes possibilidades de demandas:

- O usuário tem agendamento prévio e para isso será direcionado para a atividade agendada.
- O usuário busca por atendimento específico sem agenda prévia (como vacinas, curativos, testes rápidos etc.) e poderá ser direcionado para o setor responsável

- O usuário não tem agenda prévia e apresenta uma demanda para alguma consulta individual. Neste caso ele será direcionado para profissional disponível para o acolhimento, onde será atendido a partir de uma escuta ampliada de sua demanda

Acima, citamos o matriciamento e em seguida exploraremos melhor esse tema de extrema relevância para os serviços de saúde.

1.2 Matriciamento na Atenção Básica

O município acumula experiência da prática de apoio matricial em Saúde Mental desde 2006, sendo que a partir de 2009 se consolidou como Polífrica Municipal de Saúde. Trata-se de um modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, experimentado e utilizado inclusive em países que são referência em atendimento de saúde pública integrado e humanizado. O matriciamento¹ propõe parceria entre a Atenção Básica e Atenção Especializada em saúde mental e cria uma proposta de intervenção que ao mesmo tempo é pedagógica e terapêutica.

Os profissionais da Atenção Básica constituem a equipe de referência para o cuidado de saúde mental do território. Essa equipe deverá contar, sempre que necessário, com o apoio técnico especializado em saúde mental promovido pelos matriciadores.

a) Apoio matricial e sua função

- Criar espaços de discussão dos casos de saúde mental entre diferentes equipes para pensar estratégias de cuidado mais benéficas para os usuários dos serviços;
- Apoiar o estabelecimento do vínculo terapêutico entre usuários e as equipes que o conhecem há mais tempo;
- Apoiar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), pois o matriciamento objetiva oferecer retaguarda especializada e suporte para a formação das equipes e profissionais envolvidos na atenção à saúde, partindo do princípio de que a atenção em saúde mental é parte da Atenção Básica;
- Apoiar os casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo,

¹ Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011, pág. 111

esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família;

- Apoiar a realização de intervenções psicossociais específicas na Unidade, por exemplo na estruturação e início dos grupos e oficinas que serão dirigidos pelos profissionais da Atenção Básica com suporte dado pelos matriciadores;
- Planejar alternativas possíveis para atenção aos casos graves, com sucessivas reinternações e dificuldade de adesão ao tratamento em CAPS.

O matriciamento não é...

- Encaminhamento por escrito ao especialista;
- Atendimento individual pelo matriciador na Atenção Básica. Podem ser realizados atendimentos compartilhados com a presença de matriciadores e matriciandos, conforme a disponibilidade das equipes;
- Intervenção psicossocial em grupo realizada pelo matriciador na Atenção Básica. O matriciador pode apoiar a formação do grupo e até participar inicialmente, mas o grupo deverá ser conduzido pelos profissionais da Atenção Básica.

b) Quem são os matriciadores

São profissionais que tem atuação nos CAPS e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Atualmente, os profissionais que atuam nos CAPS constituem equipes matriciadoras e realizam as visitas nas Unidades de Saúde, pelo menos uma vez ao mês, além da disponibilidade para discussão de casos por meio de telefone ao longo do mês.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Ainda sobre o trabalho desenvolvido na Atenção Básica, as Unidades de Estratégia de Saúde da Família contam com o apoio do NASF que é formado por equipe multiprofissional (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogas e ginecologista). Esses profissionais atuam de maneira integrada e apoiam os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referências apoiadas, buscando auxiliá-las na resolução de problemas e agregando práticas que possibilitem a ampliação da oferta de cuidados à população.

1.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Segundo o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2007), o PTS é um conjunto de condutas terapêuticas que serão construídas com o sujeito ou com

o coletivo (família ou grupos), considerando os recursos disponíveis na rede (Saúde, Educação, Assistência Social etc.) para formulação da melhor estratégia de cuidado.

É fundamental que, ao propor o PTS, ele seja possível de cumprir. Para tanto, é preciso levar em consideração as convicções e crenças do usuário, questões subjetivas quanto ao ânimo, disposição, significado e desejos diante da vida. Também deve ser considerada a capacidade cognitiva para acompanhar a tarefa proposta e questões de ordem prática, como:

- se a pessoa tem recursos financeiros para ir até o equipamento de saúde ou da rede intersetorial;
- se a pessoa disponibiliza de tempo e se necessita que alguém a acompanhe, dentre outros.

Neste momento da intervenção, é fundamental evitar que as concepções ideológicas, morais ou religiosas dos profissionais interfiram na proposta de cuidado que será ofertada. É necessário lembrar que estamos diante de um sujeito de direitos e um dos objetivos da intervenção em saúde mental é contribuir para fortalecer seu protagonismo no processo de cuidado.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2007), o PTS é composto por quatro partes:

Composição do Projeto Terapêutico Singular:

Projeto Terapêutico Singular:	
Diagnóstico	Deve-se considerar os riscos, as vulnerabilidades, as potencialidades, desejos, interesses, condições laborais, a cultura, família e rede social;
Definição de metas	As metas serão propostas pela equipe a curto, médio e longo prazo;
Divisão de responsabilidades	As responsabilidades pelo cumprimento das metas são do usuário, dos profissionais, do serviço, da família ou da comunidade;
Reavaliação	É a etapa em que o PTS será reavaliado para visualizar a evolução e possíveis ajustes para sua continuidade.

1.4 Compartilhamento do caso

A porta de entrada preferencial para as situações que envolvem a saúde mental é a Atenção Básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família.

O objetivo ao escutar quem busca o serviço é formular hipóteses sobre o que está acontecendo com a pessoa e construir as primeiras intervenções depois da discussão do caso. O profissional em conjunto com a equipe traça um panorama dos campos protetivos e sugere o PTS.

Ao acionar a rede, caso seja necessário compartilhar o caso, deve-se fazer isso de maneira compartilhada, ou seja, não basta enviar relatório, é necessário a comunicação entre os serviços. Lembrando que, ao compartilhar o caso, o profissional continua sendo corresponsável pelo

cuidado da pessoa mesmo depois que ela estiver inserida em outros atendimentos na rede de saúde.

Para que este cuidado seja efetivo, é necessário que além do encaminhamento o profissional de saúde contribua para a construção permanente da rede, compreendendo o território como o lugar psicossocial do sujeito e a importância da intersetorialidade na ação do cuidado no atendimento em outros serviços.

Em alguns casos, é recomendado discutir antes a próxima estratégia de cuidado no matriciamento, isto porque a ação pode envolver cuidado compartilhado com a equipe de atendimento especializado para uma avaliação mais aprofundada. Salienta-se que a intervenção do CAPS é necessária nos casos de hipótese de transtornos mentais graves.

Compreender o contexto da pessoa é tão importante quanto avaliar seu histórico de saúde ou os antecedentes psiquiátricos de sua família. O conjunto de valores, as crenças e as atitudes das pessoas atendidas, bem como seu modo de vida atual são fundamentais no processo de identificação de problemas.

1.5 Identificando fatores de proteção

Para ajudar a avaliar a demanda trazida pelo usuário, é importante identificar se existem fatores protetores nos vários campos de vida da pessoa. Esse processo é fundamental para se pensar em possíveis ações para a promoção de saúde mental na Atenção Básica.

Para tanto, elaboramos um quadro baseado nas informações do Caderno de Atenção Básica nº 34 (2013) com objetivo de facilitar a identificação dos fatores protetivos e propor possíveis ações em saúde mental para adultos, crianças e adolescentes:

		Fatores de Proteção	Possíveis ações para promoção de saúde mental*	
			Infância e adolescência	Adultos
Campo social	Família	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos familiares fortalecidos; - Oportunidades para envolvimento positivo na família; 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de espera com brinquedoteca; 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer vínculo no acolhimento;
	Trabalho/escola	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades de envolvimento na vida laboral, valorização de suas conquistas acadêmicas e profissionais; - Reconhecimento de suas habilidades e potencialidades; - Valor social e subjetivo da ocupação/trabalho; - Oportunidade de envolvimento na vida escolar (crianças e adolescentes); - Identificação com a cultura da escola; 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de orientação de cuidadores; - Grupos de jogos e brincadeiras com cuidadores e crianças; 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de orientação; - Grupos de promoção de saúde; - Filmes educativos com debates;

		- Proposta pedagógica condizente com as necessidades da criança/adolescente.	- "Contação" ou leitura de histórias; - Filmes educativos com debates; - Roda de conversa; - Show de talentos para crianças/adolescentes/famílias;	- Rodas de conversa; - Encontros temáticos para famílias; - Oficina de música, teatro, artesanato, fotografia e horta;
	Comunidade	-Ligação com a comunidade; -Oportunidade para uso construtivo do lazer; - Experiências culturais positivas; -Satisfação por envolvimento na comunidade; - Respeito às escolhas; -Acessibilidade e condições de moradia e saneamento básico; -Acesso à direitos básicos de cidadania.	- Oficina de música, teatro, artesanato e fotografia; - Oficina de construção de brinquedos;	- Oficina de movimento/dança e demais ações de cuidado preventivo com o corpo; - Festas de aniversariantes do mês e outras festas de integração unidade-comunidade;
	Campo psíquico	-Habilidade de aprender com a experiência; - Boa autoestima; - Habilidades sociais; -Capacidade para resolver problemas.	- Oficina de movimento/dança (levando em conta a influência cultural do território e da faixa etária);	- Passeios a espaços públicos de cultura e lazer no território, no município ou fora dele;
	Campo biológico	-Desenvolvimento apropriado à idade.	- Festa do Dia das Crianças e outras festas de integração unidade-comunidade.	

*Gestor, verifique na sua equipe quais habilidades os profissionais podem oferecer e a disponibilidade de materiais para a realização das oficinas e grupos.

A linha de cuidados discutida pela equipe/em matriciamento pode envolver assistência social, escola, projetos socioeducativos, centros de convivência, cultura, esporte, outros profissionais de saúde e todos os dispositivos que possam auxiliar em relação à queixa e observação da situação vivenciada

Fonte: Adaptado de Cadernos de Atenção Básica nº34 (2013)

1.6 Identificando vulnerabilidades

Assim como os fatores protetivos são importantes de serem conhecidos, as situações de risco e vulnerabilidades também são. Nesse sentido, devemos dar maior atenção as seguintes situações:

- Violência em qualquer de suas formas: física, psicológica, moral, financeira, simbólica, intolerância religiosa etc.;
- Desigualdades sociais e falta de acesso aos direitos de cidadania básicos;
- Desigualdades decorrentes da pertença étnico racial: vivências de discriminação e preconceito racial, étnico ou devido local geográfico de origem; pessoas de cor de pele preta e parda; descendentes indígenas e migrantes;

- População LGBTQIA+;
- Pessoas com doenças degenerativas;
- Pessoas com doenças crônicas;
- Gestantes e puérperas;
- É preciso estar ainda atento aos possíveis indicadores que intensificam questões de sofrimento, como: papéis de gênero, papéis sociais da mulher e do homem, desestabilização devido eventos estressores da vida com significados negativos (abandonos, perdas de pessoas próximas etc.).

1.7 Identificando sintomas graves

Com base no Caderno de Atenção Básica nº 34 (2013), são considerados sintomas graves os seguintes aspectos, a partir da observação do histórico da queixa:

- **Tentativas de suicídio:** investigar se há tentativas prévias recentes: esse é o maior indicador de risco. Há situações nas quais a tentativa é fruto de um sintoma familiar ou comportamento de pedido de ajuda para o sofrimento psíquico. É importante que haja escuta para todos os casos, filtrando a situação em que ocorreu o ato para melhor definir a intervenção. Procure escutar a pessoa sem preconceitos, convide-a a compreender junto com você o sentido daquela tentativa de suicídio e seus desdobramentos e nunca desqualifique a situação. Também é importante sempre agendar pelo menos mais um encontro com a pessoa que a acolheu (independente da necessidade de encaminhamentos, exceto quando o encaminhamento for ao Pronto Socorro/Serviço de emergência), favorecendo o vínculo e demonstrando que a pessoa e sua dor são importantes. Ao preencher o cadastro da pessoa na Unidade peça a ela mais de um contato de sua rede de apoio (familiares, vizinhos, amigos) que poderão ser acessados em situações de risco.
- **Autodestrutividade persistente e/ou deliberada** (comportamentos de exposição a riscos);
- **Auto ou heteroagressividade** que coloquem a pessoa ou terceiros em risco;
- **Desinibição social excessiva;**
- **Isolamento e retração persistentes;**
- **Sintomas psicóticos**, por exemplo, alucinações e delírios;
- **Automutilação** (*cutting*) e **autolesão**: os casos de automutilação/autolesão devem ser avaliados com cautela, pois existem diversos comportamentos auto destrutivos/autolesivos, por exemplo: arrancar pelos e cabelos (tricotilomania), se morder, arrancar unhas (automutilação, pois retira fragmentos do corpo); provocar cortes em locais visíveis do corpo ou não, se queimar, se arranhar (autolesão, pois provocou ferimentos). As funções para esses comportamentos também são diversas, por exemplo: *bullying*, instabilidade emocional por conta da estrutura de personalidade, devido a

conflitos familiares, conflitos amorosos e/ou com amigos. A automutilação/autolesão não necessariamente levará ao risco para suicídio, mas deve-se avaliar essa possibilidade, especialmente ao se tratar de crianças e adolescentes.

1.8 Atendimento de saúde mental frequentes na Atenção Básica realizados pela equipe da Unidade, sem necessidade de especialista

a) Transtornos Mentais Comuns (TMC)

Na Atenção Básica, frequentemente pessoas procuram o serviço relatando queixas físicas como: cansaço, falta de apetite, dor crônica, palpitações, insônia, tonturas, alterações gástricas e intestinais sem nenhuma patologia orgânica associada, porém com quadros de sofrimentos emocionais associados, como: tristeza, desânimo, perda de prazer de viver, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, ansiedade, medo etc. Essa é a forma mais comum de apresentação do sofrimento psíquico nessas Unidades e cerca de 50% dos pacientes atendidos por elas apresentam esse tipo de problema. São transtornos mentais menos estruturados e de menor gravidade que aqueles atendidos nas unidades especializadas, com muitas queixas somáticas, com sintomas mistos de ansiedade e depressão associados a problemas psicossociais. Uma parcela significativa de pacientes (30%) tem remissão espontânea dos sintomas e apresentam melhoras quando apoiados pelas equipes, individualmente ou nos grupos das unidades da Atenção Básica.² Costumam ser definidos como transtornos mentais comuns (TMC), que referem-se à situações de saúde que não preenchem critérios formais suficientes para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª edição*) e CID-11 (*Classificação Internacional de Doenças – 11ª revisão*).

b) Sofrimentos decorrentes de luto, vulnerabilidade social, envelhecimento

Além dos transtornos mentais comuns, a Atenção Básica pode e deve apoiar pessoas com questões decorrentes do envelhecimento, do luto com complicadores e pessoas em vulnerabilidade social.

Nos casos acima citados, na sua apresentação leve, há pouco prejuízo ao funcionamento da pessoa, nas relações sociais, na execução de atividades de vida diária, no trabalho e ambiente familiar.

² Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011, pág. 111

c) Casos crônicos estabilizados

Devem ser acompanhados na Atenção Básica os casos crônicos, porém estáveis há pelo menos seis meses, necessitando apenas de manutenção do tratamento medicamentoso. O direcionamento para o acompanhamento do caso sendo descentralizado da atenção especializada para a atenção básica se faz mediante relatório do médico psiquiatra referindo:

Relatório psiquiátrico para descentralização de atendimento médico para Atenção Básica:

- Identificação da Unidade de Origem
- Identificação do paciente: nome, data de nascimento, telefone de contato
- Breve histórico de sua doença:
- Evolução do Tratamento:
- Medicações em uso e posologia:
- Oferta de retaguarda para reavaliação em 12 meses, e suporte especializado quando necessário
- Data, assinatura e carimbo do médico psiquiatra
- Envio de relatório para Unidade de Destino da Atenção Básica através de malote, em envelope lacrado.

d) Acumulação compulsiva de objetos e animais

Os casos que aparentemente envolvem acumulação compulsiva, a princípio, podem ser acompanhados pela Atenção Básica.

É necessário que a Unidade de Saúde conheça o caso, se de fato trata-se de acumulação compulsiva – que é um padrão de comportamento que se caracteriza pelo excesso de aquisição de animais e/ou objetos e relutância em descartá-los trazendo prejuízos financeiros, nos vínculos familiares e colocando em risco a saúde da própria pessoa e das que moram no entorno (American Psychiatric Association, 2014).

O Transtorno da Acumulação (TA) caracteriza-se pela aquisição compulsiva de objetos desnecessários, desorganização e dificuldade em desfazer-se das posses. Nas edições anteriores do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), não existia um diagnóstico específico para sujeitos com esses sintomas, sendo normalmente classificados com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e Transtorno da Personalidade Obsessiva Compulsiva (TPOC). Por esse motivo, ainda não existem pesquisas empíricas sobre a avaliação e os resultados de tratamento para esse perfil de pacientes, considerando os critérios diagnósticos estabelecidos no manual.

Nesse sentido, faz-se importante identificar os sintomas precocemente, a fim de orientar o indivíduo na busca por ajuda especializada.

Seus principais sintomas remetem à necessidade de coletar intencionalmente objetos ou animais, a dificuldade em desfazer-se dessas posses, mesmo que estas não apresentem mais utilidade ou causem desorganização associados ao ambiente de convívio.

Os acumuladores de animais (*animal hoarders*) caracterizam-se como indivíduos que adquirem uma grande quantidade de animais (dezenas ou centenas), os quais podem ser mantidos em espaços inadequados ou em condições inseguras e insalubres.

O transtorno de acumulação é compreendido como um transtorno crônico, cujos sintomas tendem a agravar com o passar do tempo e à medida que mais objetos e/ou animais vão sendo acumulados (Grisham et al., 2006).

Muitas pessoas que acumulam podem apresentar baixa motivação para realizar algum tipo de tratamento ou pouco juízo crítico e baixa capacidade de insight acerca do seu problema. Normalmente, esses sujeitos tendem a omitir seus sintomas ou apresentam dificuldade em tomar decisões, o que acaba dificultando a sua aderência às intervenções psicológicas (Tolin et al., 2007; Pogosian, 2010; Maher et al., 2012; APA, 2013a).

Para direcionar as visitas domiciliares de pessoas em situação de acumulação, orienta-se utilizar o ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACÚMULO DE OBJETOS E/OU ANIMAIS (**Anexo II**), instrumental esse que ajudará na construção do cuidado após a visita.

Se necessário, as unidades de saúde da Atenção Básica podem contar com apoio dos matriciadores, das equipes de Saúde Mental da Unidade ou dos CAPS de referência para discussão dos casos e para pensar as estratégias de cuidado. Nesses casos, também é importante a interlocução com diferentes áreas como; vigilância sanitária e assistência social, pois pode facilitar a coleta de dados. Havendo necessidade de visita domiciliar, ela pode ser realizada em conjunto, pois há relatos de usuários que se sentiram envergonhados, não permitiram a entrada das equipes na residência pela falta do vínculo com os profissionais ou agiram de forma hostil (que é um comportamento frequente nesses casos), pois a pessoa tende a defender o seu local de moradia e os animais e objetos diversos: material reciclável, lixo, documentos, móveis nos mais diversos estados, pertences de valor financeiro e afetivo.

Para retirada desses objetos e/ou animais (que por vezes é resultado de um longo trabalho das equipes), o apoio familiar é essencial, pois ao compreender que se trata de um quadro psicopatológico, passa a manejar melhor a situação e ter condições de ajudar, fortalecendo os vínculos familiares. Caso seja necessária a retirada de grandes quantidades de material acumulado, deverá haver o diálogo com outros setores ou secretarias, por exemplo, Secretaria de

Manutenção e Serviços Urbanos e Secretaria do Meio Ambiente para pensar em estratégias para realizar essa tarefa.

A hipótese diagnóstica precisa ser esclarecida e pode indicar caminhos para o cuidado, pois pode tratar-se de casos de uso abusivo de substâncias psicoativas – especialmente o álcool –, psicoses, casos clínicos como demências ou puramente o quadro psiquiátrico de acumulação compulsiva. Também é necessário descartar a possibilidade de que se trata de trabalho com material reciclado.

Além do atendimento em saúde mental, é importante que as equipes que estejam acompanhando o caso observem as condições de higiene e gerais de saúde dessas pessoas, pois é comum que nesses casos ocorra a autonegligência e os familiares por vezes não conseguem convencer seus parentes a se cuidarem. Podem estar comprometidas várias áreas da vida da pessoa; ela pode não se alimentar corretamente, tomar banho, escovar os dentes, fazer exames de rotina, se socializar com a comunidade, estudar e trabalhar

Articulação intersetorial para apoio a pessoa com acumulação compulsiva de objetos e animais:

Ação	Responsável	Contatos
Articulação para retirada de animais, materiais reciclados e resíduos sólidos (restos de construção, pneus, recicláveis)	Secretaria do Meio Ambiente	4745-2055 Bem-estar animal 4745-2119 Ecopontos
Articulação para retirada de acumulação de inservíveis (lixo)	Secretaria de Manutenção e Serviços Urbanos	4747-8972
Controle e combate de enfermidades transmitidas de animais para seres humanos	Secretaria de Saúde - Zoonoses	4744-6122 ou 4745-2064
Articulação para garantia de direitos sociais e fortalecimento de vínculos familiares	Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social	CRAS Centro 4748-5876 CRAS Casa Branca 4747-7219 CRAS Palmeiras 4751-3756 CRAS Gardênia 4751-4377 CRAS Boa Vista 4749-4325

e) Violência intrafamiliar

A violência intrafamiliar com frequência chega ao conhecimento dos profissionais da Atenção Básica, especialmente nas Unidades que são Estratégia Saúde da Família por conta do trabalho realizado no território pelos agentes comunitários.

A violência pode ser física, psicológica, sexual, patrimonial e/ou negligência. Pode ocorrer contra criança, adolescente, adultos (especialmente contra as mulheres) ou idosos e afetar vários membros da família. As pessoas que sofrem qualquer tipo de violência devem procurar apoio, entretanto, elas encontram dificuldade para falar sobre o assunto por diversos motivos, entre eles: financeiro, vergonha, medo, insegurança, dependência emocional e, além disso, a pessoa revive a situação traumática e ameaças ao contar sua história.

Por vezes, as queixas de saúde mental têm como pano de fundo a violência intrafamiliar, mas ela pode não aparecer claramente. Então é importante que os profissionais se atentem para esta questão e ofereçam um espaço seguro para que a pessoa consiga expor o que lhe causa sofrimento. Importante salientar que estes casos podem não configurar, a princípio, quadros de transtorno psiquiátrico, mas a violência intrafamiliar é fator de risco para desenvolvimento de psicopatologias e comportamento suicida.

No município, a partir de 2009, iniciou-se a organização da Rede de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Doméstica e Sexual (RAPSVDs). Salienta-se que é imprescindível a notificação de todo e qualquer caso suspeito ou confirmado de violência interpessoal/autoprovocada³.

A RAPSVDs entende a Atenção Básica como a porta de entrada dos casos de violência e sugere o atendimento desses casos sob a perspectiva do cuidado da família, da vítima e do agressor, com objetivo de interromper os hábitos de vida violentos.

Ao identificar os casos de violência intrafamiliar, é necessário avaliar com cautela e muitas vezes de forma emergencial, caso haja risco à pessoa. O atendimento à criança, ao adolescente, à mulher, ao idoso deverá ser priorizado.

Fica evidente a complexidade do atendimento aos casos de violência intrafamiliar e a necessidade do acolhimento. É possível que além do atendimento em saúde mental com equipe especializada, seja necessário o compartilhamento do caso com outros serviços, por exemplo: Conselhos de Direitos: Tutelar, Idoso, Mulher; Pronto Socorro Municipal, se a pessoa estiver ferida; Assistência Social: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para acompanhamento familiar e/ou abrigamento, caso necessário, e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Apoio jurídico: Delegacia de Polícia, Sala Rosa, Centro de Referência e Apoio à Vítima (CRAVI) e Vara da Infância. Em caso de violência sexual, também é necessário o

³ Para notificação, existem formulários específicos disponíveis em todas as Unidades de Saúde que, ao serem preenchidas e encaminhadas para RAPSVDs, serão inseridas no banco de dados do SINAN. Seu preenchimento é fundamental para estudos epidemiológicos (conhecimento das causas e principais agravos) e viabilização das Políticas Públicas. **(Anexo V e VI)**

encaminhamento para Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Assistência Especializado (CTA/SAE).⁴

Caso sejam necessárias discussões sobre os casos de violência intrafamiliar, além de contar com a equipe da própria Unidade e matriciadores, também há a possibilidade de suporte da RAPSVDs aos trabalhadores.

Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Doméstica e Sexual

- ❖ 4745-2107
- ❖ 4745-2114

1.9 Atividades de saúde mental que podem ser realizadas na Atenção Básica pela equipe da Unidade, sem necessidade de especialista

As atividades realizadas nas Unidades Básicas são prioritariamente coletivas e articuladas com outros pontos de atenção da rede.

Cada unidade tem sua especificidade e autonomia para desenvolver atividades terapêuticas sem a presença de um profissional de saúde mental, alinhadas com a política de saúde mental do município. Aqui iremos citar algumas ações que são a base para, junto ao usuário e seus familiares, pactuar o Projeto Terapêutico Singular (algumas dessas atividades se assemelham as realizadas pelos CAPS e serão melhor detalhadas mais à frente):

- Acolhimento e escuta;
- Ações de Promoção de Saúde Mental na Unidade e na Comunidade;
- Oficinas terapêuticas;
- Grupos terapêuticos;
- Rodas de conversa;
- Grupos educativos;
- Oferta de atividades coletivas na Unidade e em espaços comunitários;
- Discussão de casos em reunião de matriciamento;
- Consulta compartilhada com a atenção especializada;
- Medicação assistida para usuários com dificuldades de adesão ao tratamento ou em risco de suicídio (neste caso, a medicação necessita ser diária e aos finais de semana focar em posse de um cuidador responsável);

⁴ A RAPSVDs disponibiliza o Fluxograma de atendimento no qual está detalhado como o profissional deve atuar e quais os encaminhamentos devem ser feitos nos casos de violência sexual e doméstica. **(Anexos III e IV)**

- Visita domiciliar;
- Diálogo em rede;
- Participação em eventos com a rede de saúde mental;
- Apoio para os usuários acessarem espaços públicos (cultura, esporte, educação e lazer);
- Participação dos profissionais em ações de Educação com a rede de saúde;
- Oferta de práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs).

1.10 Equipe de Atenção Básica para populações específicas – população em situação de rua – Consultório na Rua (CnaR)



De acordo com o decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009, a população em situação de rua é caracterizada pelo grupo de pessoas que fazem da rua seu espaço de vida privada, utilizando locais públicos como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente. É um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, a inexistência de moradia convencional regular e, em muitos casos, há o rompimento ou fragilização dos vínculos familiares e comunitários.

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica em 2011 e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, além de promover ações integrais de saúde.

Para o atendimento dos usuários em situação de rua, o município conta com a equipe multiprofissional da Atenção Básica chamada Consultório na Rua. Atualmente, a equipe é composta por assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente social e motorista. Esses profissionais têm como estratégia de trabalho atender as demandas trazidas pelas pessoas

em situação de rua e atuam como facilitadores para o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde e ações compartilhadas.

Para pernoite ou moradia provisória os usuários podem contar com a Instituição Bom Samaritano e o Acolhimento Emergencial, localizados na região central (conveniados à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social) e o acesso aos serviços de acolhimento se dá através do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e através de busca espontânea.

CONSULTÓRIO NA RUA – SUZANO

Equipe voltada para articulação do cuidado em Saúde da População em situação de Rua:

- ❖ SEDE Administrativa: Rua XV de novembro, 26 Centro de Suzano
- ❖ Telefone: 4745-0563

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

- ❖ Endereço: R. Gen. Francisco Glicério, 1410 - Centro, Suzano - SP, 08674-002
- ❖ Telefone: (11) 4743-2588

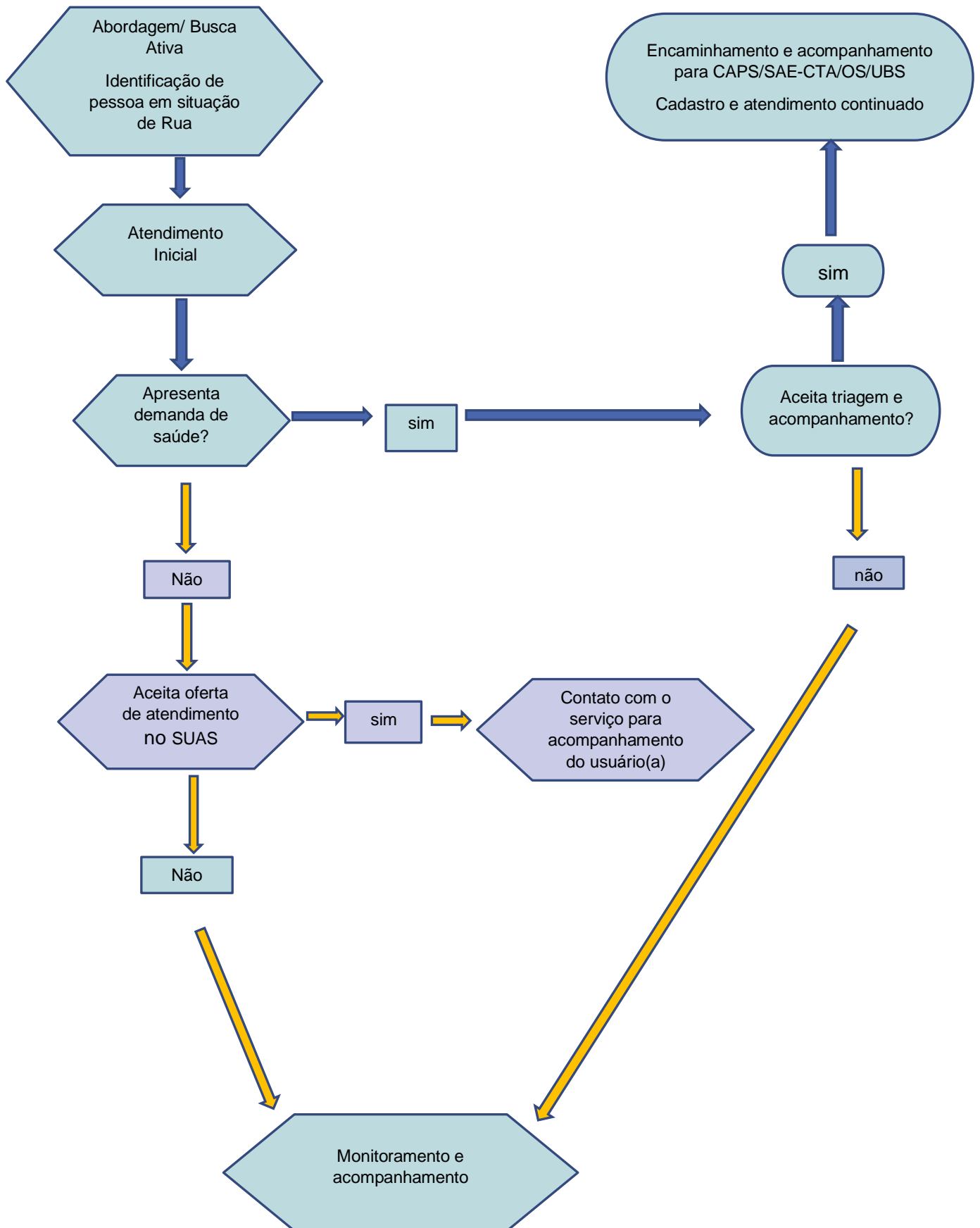
Acolhimento Emergencial para população em Situação de Rua

- ❖ Rua Felício de Camargo, 630 – Centro
- ❖ Telefone: (11) 96647-9830

Instituto Bom Samaritano – para população em Situação de Rua

- ❖ Rua General José Galetti, 12 Jardim Nazareth
- ❖ 4748-8176

Fluxograma de Atendimento da Equipe do Consultório na Rua



1.11 A oferta de serviços de Saúde Mental na Atenção Básica após a Pandemia do Covid-19

“Ninguém pode entrar duas vezes no mesmo rio, pois quando nele se entra novamente, não se encontra as mesmas águas, e o próprio ser já se modificou...” Heráclito (século V a.C.)

A pandemia nos colocou em contato com limitações e emoções difíceis de lidar: o isolamento social, as dificuldades financeiras, a intensificação da convivência com o núcleo familiar, o medo do adoecer, as incertezas, o luto pelas pessoas queridas vítimas da Covid-19, a perda da rotina, o “novo normal”, etc.

Muitos de nós perdemos a liberdade, o emprego, a escola ou um outro lugar onde deixar os filhos, a saúde, o aconchego do encontro com pessoas queridas. Além disso, muitos perderam a vida, deixando familiares e amigos. Temos medo de perder a própria vida. Perdemos a possibilidade de acompanhar o familiar com Covid-19 no tratamento, a possibilidade da despedida do amigo, de um velório tradicional. Vivemos todas essas perdas. E quando estas perdas são importantes, é inevitável senti-las. A partir daí, precisamos nos reorganizar diante delas, no processo de luto.

Estamos tendo que nos reinventar ou, antes disso, nos descobrimos enlutados diante da pandemia. Nossas ansiedades aumentaram, insônias, dores e sensações físicas e emocionais como medos e tristeza. Também podem aparecer mudanças comportamentais e cognitivas. As manifestações podem vir de diversas formas e diferentes para cada pessoa

Neste momento de tantas dúvidas e sofrimento, o uso de álcool e outras drogas pode ser encarado como uma forma de alívio ou escape da nova realidade. Indivíduos que já apresentavam algum tipo de sofrimento emocional antes da pandemia aumentaram o consumo dessas substâncias e outros começaram neste período. As situações críticas, as catástrofes e as calamidades afetam diretamente a saúde mental das pessoas, desencadeando quadros de ansiedade e depressões. Estes transtornos mentais podem induzir a um consumo mais elevado de álcool e outras drogas, principalmente em situações de isolamento social, acarretando um uso prejudicial que pode se prolongar para além da pandemia.

Mediante o cenário da Pandemia durante um tempo já muito estendido, todos vivemos transformações nas nossas relações e essas mudanças impactaram diretamente na nossa forma de ofertar o cuidado em saúde. A Atenção Básica se viu convocada a realizar um pronto atendimento para as demandas apresentadas alterando drasticamente o perfil de quem procura a unidade.

A partir da imunização da população para Covid-19, bem como da retomada gradual das pessoas nas unidades em busca de atenção para demandas despertadas na pandemia (para os cuidados interrompidos durante esse período ou que emergiram na pandemia), os profissionais da Atenção Básica são convocados a reinventar sua prática.

Não se pode conceber que após um evento de tal proporção iremos retomar do ponto onde estávamos, somos novos sujeitos, com novas experiências e outras necessidades de saúde.

Surgem novos protocolos sanitários que demandam novas estratégias para o cuidado de três grandes públicos emergentes:

- Os pacientes crônicos;
- As pessoas com sequelas da Covid-19;
- A população com impactos em saúde mental;

Atendimento em saúde mental pós Pandemia:

Mediante a nova realidade imposta, destacamos os focos prioritários para o atendimento nessa nova realidade:

- Investir no acolhimento para identificar em menor tempo possível agravos na saúde mental das pessoas;
- Não ignorar queixas inicialmente inexplicáveis pós-covid, mantendo o monitoramento e investigação;
- Realizar busca ativa para casos complexos que se ausentaram dos serviços;
- Oferta de apoio psicossocial aos enlutados;
- Compartilhar os casos complexos em equipe;
- Acionar a rede para o cuidado ampliado;
- Eleger pessoas da equipe para assumirem a referência de casos complexos, de modo que sejam monitorados;
- Criar espaços saudáveis de troca e compartilhamento de experiências na própria Unidade, por exemplo: grupos de projeto de vida, geração de renda, atividades que favoreçam o fortalecimento de vínculos comunitários etc.

CAPÍTULO 2. Promoção de saúde mental na Atenção Básica

2.1 Cuidar da Primeira Infância

“Quem pariu e Mateus serão embalados e cuidados por todos nós” (autor desconhecido)

“A Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral. Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas. Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz. Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.” (BRASIL, 2015b, art. 6º) 38 – Ministério da Saúde.

Esses eixos têm por finalidade orientar e qualificar as ações e os serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando a efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e dos riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015b).

Com a finalidade de ofertar um olhar da saúde mental na díade mãe-bebê e possibilitar intervenções precoces para a Promoção de Saúde e Prevenção de agravos, a Rede de Atenção Psicossocial estabelece duas consultas de saúde mental neste ciclo de vida, sendo uma consulta no Pré-Natal e uma no puerpério, conforme Protocolo de Enfermagem – Volume II – Rede Cegonha – Atenção Materno Infantil.

a) Garantia de pelo menos uma consulta de Saúde Mental no Pré Natal

Na abertura do SIS PRÉ NATAL realizada pela enfermagem na Atenção Básica, está contemplada uma breve investigação em Saúde Mental.

Para gestantes que apresentem algum sinal de:

- sofrimento psíquico;
- violência doméstica;
- uso abusivo de álcool e outras drogas;
- ideação suicida;

- transtorno mental;
- rejeição da gravidez;
- gravidez fruto de situações de violência.

Estas gestantes terão a garantia de uma consulta individualizada de saúde mental, ainda no primeiro trimestre e, se necessário, acompanhamento durante toda a gravidez e puerpério.

Para gestantes sem demanda inicial de saúde mental:

O profissional de saúde mental disponibilizará uma agenda com periodicidade semanal, quinzenal ou mensal – a depender da demanda da Unidade –, para um único encontro com a gestante (durante o primeiro trimestre da gestação), e quando possível, em parceria com demais profissionais de saúde.

A proposta é abordar temáticas relativas ao desenvolvimento do bebê, a relação mãe-bebê e aspectos emocionais da mãe durante a gestação.

Esses encontros podem ocorrer de modo individualizado, mas também em pequenos grupos, de modo a favorecer trocas de experiências e criação de espaço de pertencimento e reconhecimento de possibilidades.

Caso identificada demanda de apoio de saúde mental durante o encontro, o profissional disponibilizará espaço específicos de atendimentos de saúde mental durante a gravidez.

b) Garantia de pelo menos uma consulta de Saúde Mental no Puerpério.

Para as puérperas que apresentaram durante a gravidez algum sinal de:

- sofrimento psíquico;
- violência doméstica;
- uso abusivo de álcool e outras drogas;
- ideação suicida;
- transtorno mental;
- rejeição da gravidez;
- gravidez fruto de situações de violência;
- bebês com má formação ou alteração no desenvolvimento;
- intercorrências no parto.

As mães e bebês terão a garantia de uma consulta individualizada de saúde mental, ainda no primeiro trimestre de vida do bebê e, se necessário, acompanhamento psicossocial contínuo.

Para as puérperas sem demanda inicial de saúde mental durante a gravidez:

O profissional de saúde mental disponibilizará uma agenda com periodicidade semanal, quinzenal ou mensal – a depender da demanda da Unidade –, para um único encontro com a gestante (durante o primeiro trimestre da gestação), e quando possível, em parceria com demais profissionais de saúde.

São abordadas temáticas relativas ao desenvolvimento do bebê, a relação mãe-bebê e avaliação dos aspectos emocionais da mãe pós-parto.

Esses encontros podem ocorrer em pequenos grupos, de modo a favorecer trocas de experiências e criação de espaço de pertencimento e reconhecimento.

c) Acompanhamento na Atenção Básica de crianças de 0 a 6 anos com sinais de alerta no desenvolvimento

Alguns autores argumentam que o tratamento/intervenção precoce em bebês poderia modificar a trajetória natural do transtorno do espectro autista e outras alterações no desenvolvimento, deste modo, podendo até mesmo prevenir a evolução para um diagnóstico de transtornos do desenvolvimento. Porém, a necessidade de um tratamento que se inicie com brevidade requer o desenvolvimento de ferramentas que permitam sua triagem diagnóstica o mais cedo possível.

d) Quem realiza a identificação de sinais de alerta no desenvolvimento infantil na Atenção Básica?

Os profissionais da Atenção Básica (pediatra, médico generalista, fonoaudiólogo, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, dentre outros) podem e devem realizar a identificação de sinais de alerta no desenvolvimento infantil, que pode ser baseado nos Marcos do Desenvolvimento Infantil, disponível na “*Caderneta da Criança*”¹⁵ nos capítulos: *Percebendo*

⁵ Cartilhas disponíveis em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_2ed.pdf
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdf

alterações no desenvolvimento (páginas 50 a 52) e *Acompanhando o desenvolvimento* (páginas 74 a 82).

e) A partir da identificação de sinais de alerta no desenvolvimento infantil, o que fazer?

A partir da identificação dos sinais de alerta no desenvolvimento infantil, os profissionais da Atenção Básica dispõem de ferramentas para propor atividades de estimulação do desenvolvimento, baseados nos Marcos do Desenvolvimento Infantil, na “*Caderneta da Criança*”, no capítulo: *Estimulando o desenvolvimento com afeto*. (páginas 36 a 49).

Nesta etapa de estimulação, é fundamental o acompanhamento da família pela Atenção Básica. Pode ocorrer através de encontros individualizados ou mesmo grupos de estimulação com os pais. A troca de experiências e construção/disponibilização de ferramentas é fundamental para fortalecer as famílias nesta fase e evitar a medicalização da infância.

O compartilhamento do caso de crianças com sinais de alerta no desenvolvimento com os serviços especializados poderá ocorrer nos casos em que as respostas às estimulações não estejam contemplando as necessidades da criança. O apoio matricial poderá ofertar suporte para discussão dos casos e implementação do PTS e avaliação do melhor momento para compartilhamento do caso com serviços especializados.

A RAPS municipal conta com apoio matricial de profissional do CAPS Infantojuvenil Entrelaços para implementação de atividades de estimulação do desenvolvimento e utilização das ferramentas propostas na *Caderneta da Criança*.

2.2 O trabalho com grupos como estratégia de promoção de saúde na Atenção Básica

A portaria nº 2.446 de 2014 redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e traz em sua base o conceito ampliado de saúde. Traz ainda o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e Intersetorial – incluindo a RAPS na linha de cuidado. Busca-se articular ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Baseia-se no fortalecimento de fatores protetores para evitar ou controlar os riscos, estimular capacidades, o exercício do autocuidado e da ajuda mútua.

Para tanto, necessitamos identificar os fatores de risco e os fatores protetores que existem no entorno da Unidade, realizando desta forma o diagnóstico do território, levantando-se por exemplo:

- Quais as questões pertinentes a sua área adstrita?
- Quais os assuntos mais elencados no momento pela população?
- As demandas referentes ao território condizem com as queixas apresentadas?
- Quais são os recursos disponíveis ou potenciais?

Estas são questões importantes de serem feitas na equipe ao discutir e pensar ações de fomento à autonomia objetivando a promoção de saúde (Caderno de Atenção Básica n. 34 – 2013).

Pensando em promoção de saúde na Atenção Básica, identificamos os grupos de orientação/cuidado, tais como: grupo de gestantes, grupo de hipertensos, grupo de diabéticos, de caminhadas, de alimentação saudável etc. Esses grupos cumprem bem a função de promoção de saúde e são orientados por ações programáticas que tem objetivos de gerar impactos nos indicadores na perspectiva da educação em saúde, comumente baseada num paradigma de transmissão do saber-fazer profissional.

Quando pensamos em promoção de saúde mental por meio de grupos, necessitamos partir de alguns questionamentos que podem direcionar nossas ações, são eles:

a) Aspectos importantes na formação de grupos:

Finalidade:	Qual o propósito deste grupo para a comunidade neste momento? Quem estará neste grupo e com qual finalidade?
Estrutura:	<ul style="list-style-type: none"> • O grupo será aberto (a pessoa entra ou sai do grupo a qualquer momento) ou fechado (o grupo tem começo, meio e fim e não é possível entrar no meio do processo)? • Qual a duração em tempo e o número de encontros previstos? • Qual será o espaço utilizado? • Quem conduzirá o grupo, os profissionais envolvidos desejam e tem habilidades necessárias para condução da atividade? • Que dias da semana e horário acontecerá? • Qual material utilizado? • Grupo misto ou delimitado por alguma característica específica, exemplo: grupo de homens que discutem o papel do masculino nas questões de gênero. • Deve-se evitar a formação de grupos por tipologia de agravos ou sofrimento psíquico, para se evitar estigmas e para que se tenha maior diversidade grupal, por exemplo: grupo de esquizofrênicos. • Sugerimos a participação de 02 profissionais por grupo para coordená-lo, o que seria o cenário ideal, pois na ausência de um dos dois o outro consegue manter o funcionamento do grupo.

Manejo do grupo:

Sobre o manejo do grupo é necessário que os coordenadores incentivem a participação ativa dos integrantes para que eles contribuam com a tarefa grupal que ocorrerá, havendo assim o envolvimento de todos.

Os grupos podem promover impactos na vida social dos usuários, pois no grupo a pessoa percebe suas potencialidades para além do adoecimento. Algumas pessoas descobrem que podem motivar outras, apoiar, dar exemplos e dizer como podem superar os obstáculos, orientar os outros membros a acessar espaços de cidadania, cultura, trabalho, lazer, produzindo assim diversos efeitos positivos nela mesma e nos outros.

b) Sugestões de grupos como estratégia de Promoção de Saúde

<p>Roda de Conversa</p>	<p>Objetivo: Oferecer um espaço seguro e agradável para que a pessoa possa expor o assunto que ela desejar e que faça sentido para o grupo.</p> <p>Metodologia: Sugerimos que a roda de conversa não tenha um número de encontros definido, seja aberta, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 60 minutos.</p> <p>Alguns temas que podem surgir: história de vida; estado de saúde; dúvidas sobre o funcionamento da rede de saúde; dúvidas sobre medicação; o que pessoa tem feito no lazer, trabalho, estudo; questões relacionadas à família e a comunidade.</p> <p>Recursos materiais: Um espaço com cadeiras onde o grupo se sinta confortável. Pode ser realizado em uma sala ou em um espaço aberto, desde que ofereça condições para pessoa falar com privacidade e ela sinta-se à vontade.</p>
<p>Oficina de Memória</p>	<p>Objetivo: Contribuir para a socialização e melhora das funções cognitivas dos participantes, especialmente os idosos que precisam lidar com o declínio cognitivo leve que é normal e esperado que ocorra com o envelhecimento.</p> <p>Metodologia: Sugerimos que a oficina tenha cerca de 10 encontros, seja fechada, uma vez por semana, com a participação de cerca de 10 pessoas, com duração de 60 minutos.</p> <p>Recursos materiais: A oficina pode ser realizada em uma sala fechada para que os participantes consigam se concentrar nas atividades propostas. Faremos algumas sugestões para aplicação da oficina, mas ela pode e deve ser estruturada de acordo com o entendimento dos profissionais e materiais disponíveis na Unidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jogos de atenção, memória, criatividade, sequências lógicas, baralho e dominó. ● Exercícios do livro “Deu branco! Um guia para desenvolver o potencial de sua memória!” de Ana Alvarez, 2005. ● Fornecer aos participantes cartões com pedaços de pequenas frases de determinadas histórias. As frases serão cortadas em três partes e a função dos participantes será organizar as frases com o intuito de formar as histórias. ● Trabalhar com abstração, por exemplo, perguntar aos participantes semelhanças e diferenças entre de categorias, como laranja e banana, avião e carro, elefante e girafa, casa e apartamento, caderno e fichário, entre outros. ● Trabalhar com interpretação de provérbios. ● Relatos dos participantes sobre sucessos no dia a dia para as habilidades de organização, planejamento, orientação temporal-espacial e resolução de problemas. ● Exercícios de raciocínio, como utilização de charadas ou desafios.
<p>Grupo de adolescentes</p>	<p>Objetivo: Oferecer um espaço seguro e agradável para que o adolescente possa expor o assunto que ele desejar e que faça sentido para o grupo.</p> <p>Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30 minutos.</p> <p>Alguns temas que podem surgir: história de vida; estado de saúde; o que o adolescente tem feito no lazer, trabalho, estudo; questões relacionadas à família e a comunidade; redes sociais, relações amorosas e sexualidade.</p> <p>Recursos materiais: Um espaço com cadeiras onde o grupo se sinta confortável. Pode ser realizado em uma sala ou em um espaço aberto, desde que ofereça condições para que os adolescentes possam falar com confiança e sintam-se à vontade. Podem ser utilizados outros recursos: filme, texto, reportagem, poesia, música que sejam disparadores de discussões e atividades no grupo.</p>

Oficina de horta e jardinagem	Objetivo: Oferecer a possibilidade de contato com a natureza; desenvolver habilidades manuais com a possibilidade de replicar as técnicas na comunidade; integração entre os membros do grupo e sentimento de pertencimento ao equipamento de saúde.
	Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30 minutos.
	Recursos materiais: É necessário espaço aberto onde a horta e o jardim possam cultivados. Alguns materiais podem ser disponibilizados pelo Viveiro Municipal Tomoe Uemura localizado na Av. Senador Roberto Simonsen, 340 – Jardim Imperador.
Oficinas de filmes	Objetivo: Oferecer espaço de integração entre os membros do grupo; entretenimento e reflexão a partir da discussão dos filmes apresentados.
	Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, semanal ou mensal, com a participação de 10 pessoas e duração de 2h30 minutos.
	Recursos materiais: É necessário que seja realizado em local fechado onde o filme possa ser projetado; filme que pode ser escolhido pelos próprios usuários com apoio dos profissionais e cadeiras, colchonetes ou almofadas, onde as pessoas se sintam confortáveis. Também há a possibilidade de levar os usuários ou marcar encontro com eles no Cineteatro Wilma Bentivegna localizado na rua Paraná, 70 – Centro de Suzano. As sessões ocorrem semanalmente e são gratuitas.
Oficina de Jogos	Objetivo: Contribuir para a socialização e a melhora das funções cognitivas dos participantes e proporcionar entretenimento.
	Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30 minutos.
	Recursos materiais: A oficina pode ser realizada em uma sala fechada para que os participantes consigam se concentrar nas atividades propostas, podem ser usados Jogos de atenção, memória, criatividade, sequências lógicas, baralho e dominó ou o material disponível na Unidade.
Grupo de Idosos	Objetivo: Oferecer um espaço seguro e agradável para que o idoso possa expor o assunto que ele desejar e que faça sentido para o grupo.
	Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30 minutos. Alguns temas que podem surgir: história de vida; estado de saúde; dúvidas sobre o funcionamento da rede de saúde; dúvidas sobre medicação; o que o idoso tem feito no lazer, trabalho, estudo; luto (por perda de familiar, trabalho/aposentadoria, suporte financeiro etc.); medo do futuro, bem-estar e sexualidade, questões relacionadas à família e a comunidade.
	Recursos materiais: Um espaço onde o grupo se sinta confortável. Pode ser realizado em uma sala ou em um espaço aberto, desde que ofereça condições para pessoa falar com privacidade e sinta-se à vontade.

Grupo de familiares e cuidadores	Objetivo: Oferecer um espaço seguro e agradável para que a pessoa possa expor assuntos que estejam relacionados aos cuidados de crianças e adolescentes que estejam sob seus cuidados.
	Metodologia: Sugerimos que o grupo de familiares e cuidadores não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30 minutos. Alguns temas que podem surgir: queixas escolares; questões comportamentais; dúvidas sobre o funcionamento da rede de saúde; sobre o estado de saúde da criança/adolescente que estão sob seus cuidados; questões relacionadas à família e à comunidade que podem incluir alienação parental (é resultado da manipulação psicológica de uma criança por seus responsáveis que a colocam em oposição aos outros membros da família).
	Recursos materiais: Um espaço onde o grupo se sinta confortável. Pode ser realizado em uma sala ou em um espaço aberto, desde que ofereça condições para pessoa se expressar com privacidade e se sinta à vontade.
Grupo de crianças	Objetivo: Oferecer um espaço seguro e agradável para que a criança de forma lúdica possa expor o assunto que ela desejar e que faça sentido para o grupo. Alguns temas que podem surgir: questões escolares, acontecimentos familiares, relação com amigos, questões relacionadas ao crescimento/desenvolvimento, dentre outros.
	Metodologia: Sugerimos que o grupo de crianças aconteça vez por semana, com a participação de cerca de 05 crianças e duração de 1h30 minutos.
	Recursos materiais: Um espaço onde as crianças se sintam confortáveis. Pode ser realizado em uma sala ou em um espaço aberto, desde que ofereça condições para criança se expressar com confiança e ela sinta-se à vontade. Materiais gráficos, brinquedos, jogos, livros podem ser bons recursos para a expressão do grupo.
Grupo de mulheres	Objetivo: Oferecer um espaço seguro e agradável para que as mulheres possam expor o assunto que elas desejarem e que faça sentido para o grupo.
	Metodologia: Sugerimos que o grupo de mulheres não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30min. Alguns temas que podem surgir: história de vida; estado de saúde; questões relacionadas à feminilidade; o que a mulher tem feito no lazer, estudo e trabalho; questões relacionadas à família e a comunidade; relações amorosas, sexualidade e situações de violência contra mulher.
	Recursos materiais: Um espaço com cadeiras onde o grupo se sinta confortável. Pode ser realizado em uma sala ou em um espaço aberto, desde que ofereça condições para pessoa falar com confiança e ela se sinta à vontade. Podem ser utilizados outros recursos: filme, texto, reportagem, poesia, música que sejam disparadores de discussões e atividade no grupo.
Grupo de homens	Objetivo: Oferecer um espaço seguro e agradável para que os homens possam expor o assunto que eles desejarem e que faça sentido para o grupo.
	Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30 minutos. Alguns temas que podem surgir: história de vida; estado de saúde; questões ao trabalho; questões relacionadas à masculinidade; sobre o funcionamento da rede de saúde; questões relacionadas à família e a comunidade.

	<p>Recursos materiais: Um espaço onde o grupo se sinta confortável. Pode ser realizado em uma sala ou em um espaço aberto, desde que ofereça condições para pessoa falar com privacidade e sinta-se à vontade.</p>
Grupo de qualidade de vida	<p>Objetivo: Trabalhar questões relacionadas ao autocuidado; promoção de saúde da mulher, homem, idoso, criança e adolescentes; proteção contra doenças; qualidade de vida; alimentação.</p>
	<p>Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30 minutos.</p>
	<p>Recursos materiais: Um espaço com cadeiras onde o grupo se sinta confortável. Pode ser realizado em uma sala ou em um espaço aberto, desde que ofereça condições para pessoa falar com confiança e ela se sinta à vontade. Podem ser utilizados outros recursos: filme, texto, reportagem, poesia, música que sejam disparadores de discussões e atividade no grupo.</p>
Coral	<p>Objetivo: Oferecer espaço de interação social, troca de experiências e sensação de bem-estar.</p>
	<p>Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30.</p>
	<p>Recursos materiais: Um espaço com cadeiras em uma sala onde o grupo se sinta confortável. Para esta oficina é importante que os coordenadores tenham habilidades na área de canto, especificamente coral.</p>
Oficina literária	<p>Objetivo: Trabalhar questões relacionadas aos sentimentos, conhecimentos gerais, questões sociais, filosóficas e acontecimentos do dia a dia.</p>
	<p>Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30 minutos.</p>
	<p>Recursos materiais: Um espaço onde o grupo se sinta confortável. Pode ser realizado em uma sala ou em um espaço aberto, desde que ofereça condições para pessoa se expressar por meio da fala e produção de textos. Podem ser utilizados livros, revistas, textos, reportagens, poesias, música que sejam disparadores de discussões e/ou produção de textos.</p>
Oficina de artesanato	<p>Objetivo: Oferecer um espaço seguro e agradável para que a pessoa possa se socializar; desenvolver habilidades manuais e se sentir pertencente ao equipamento de saúde, além da possibilidade de acessar estratégias para iniciativas de geração de renda.</p>
	<p>Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30.</p>
	<p>Recursos materiais: A oficina deve ser realizada em um espaço com cadeiras e mesas onde o grupo se sinta confortável; em uma sala ou em um espaço aberto; é necessário que os profissionais que irão acompanhar o grupo tenham habilidades manuais.</p>
Oficina de expressão corporal	<p>Objetivo: Promover espaço de socialização, integração entre seus membros e sensação de bem-estar e expressão de aspectos subjetivos e artísticos.</p>
	<p>Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30 minutos.</p>

	Recursos materiais: A oficina deve ser realizada em sala ou espaço aberto, desde que os integrantes do grupo se sintam confortáveis para praticar a atividade, utilizando recursos sonoros, gráficos, visuais, lúdicos e tudo que favorecer a expressão dos participantes.
Oficina de artes	Objetivo: Promover espaço de socialização, integração entre seus membros, sensação de bem-estar e produção artística.
	Metodologia: Sugerimos que o grupo não tenha um número de encontros definido, seja aberto, uma vez por semana, com a participação de 10 pessoas e duração de 1h30 minutos.
	Recursos materiais: A oficina deve ser realizada em um espaço com cadeiras e mesas onde o grupo se sinta confortável. Podem ser utilizados recursos como: material gráfico, lúdico, sensorial, sonoro, visual que sejam disparadores de discussões e atividades no grupo.

Trata-se de algumas possibilidades de grupos que já foram testados em alguns equipamentos de saúde com sucesso e que podem ser replicados onde for necessário. Lembramos que são apenas sugestões e que estes grupos precisam refletir a realidade, a necessidade e o interesse da população do território em questão.

A roda de conversa, os grupos de crianças, adolescentes, idosos, pais e educadores, mulheres e homens não são grupos de psicoterapia, pois a psicoterapia é um recurso privativo do psicólogo. Trata-se de grupos que trabalham a integração, onde os participantes podem encontrar orientações, apoio mútuo e um espaço para se expressar livremente, sem qualquer julgamento.

2.3 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) passaram a integrar o SUS a partir da aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) publicada em 03 de maio de 2006.

De acordo com a PNPIC as PICS são tratamentos baseados em conhecimentos tradicionais e atuam na promoção de saúde. Atualmente, o SUS tem 29 procedimentos de PICS aprovados para ofertar à população e os serviços de saúde, de acordo com as habilidades de seus profissionais, poderão escolher o que melhor atenda as demandas de seu território.

Importante ressaltar que as PICS são baseadas em evidências científicas e tem demonstrado os benefícios do tratamento em conjunto com a medicina moderna.

No município de Suzano, as PICS acontecem em diferentes Unidades de Saúde e são realizadas por profissionais de diferentes áreas (psicologia, fonoaudiologia, medicina, dentre outros). Algumas práticas são abertas à população e tem o objetivo de promoção de saúde. Outras são oferecidas como tratamento e tem indicação específica a partir da demanda trazida pelo usuário.

Abaixo, listaremos as PICs que tem ocorrido em algumas Unidades Básicas, nos CAPS e nos espaços públicos:

Liang Gong⁶: ginástica terapêutica de origem Chinesa. A prática é oferecida em mais de 10 Unidades Básicas, nos CAPS, praças da cidade e outros espaços públicos;

Chi Kung: exercícios que trabalham a respiração, o alongamento, a flexibilidade, o fortalecimento de todo o corpo, a coordenação e a consciência corporal. São técnicas de cultivo da energia vital e da calma mental, que equilibram o corpo, as emoções e a mente;

Auriculoterapia: é um ramo na especialidade da acupuntura, da Medicina Tradicional Chinesa, que consiste na estimulação mecânica de pontos específicos do pavilhão auricular para aliviar dores e/ou tratar problemas físicos e psíquicos. Além disso, pode ajudar a diagnosticar doenças através da observação de alterações nestes pontos;

Meditação: é uma técnica que permite conduzir a mente para um estado de calma e relaxamento através de métodos que envolvem postura e focalização da atenção para atingir tranquilidade e paz interior. Traz diversos benefícios, como: redução do estresse, ansiedade, insônia, além de auxílio para a melhorar o foco;

Yoga: é uma prática que tem como objetivo trabalhar o corpo e a mente de forma interligada, com exercícios que auxiliam para o controle do estresse, ansiedade, dores, além de melhorar o equilíbrio e promover a sensação de bem-estar;

Terapia Floral: cada essência floral possui uma função específica, que atua sobre o emocional e a saúde física;

Acupuntura: ramo da medicina tradicional Chinesa que consiste em introduzir agulhas metálicas em pontos precisos do corpo de um paciente para tratar de diversas doenças ou provocar efeito anestésico;

Automassagem/práticas corporais (Shiatsu): é uma técnica de massagem terapêutica que serve para combater o estresse físico e melhorar a postura corporal, produzindo um relaxamento profundo do corpo.

Ressaltamos a importância das PICS para promoção de saúde e engajamento dos usuários nas atividades oferecidas evitando que as doenças e transtornos se instalem, além da economia de recursos públicos direcionados para saúde.

⁶ A prática do Liang Gong é realizada de forma voluntária pela Associação Cultural Chinesa de Suzano e atinge um número expressivo de usuários dos serviços de saúde e o público de maneira geral.

CAPÍTULO 3. Atenção Especializada em Saúde Mental na Atenção Básica

Chamamos de atenção especializada em saúde mental os profissionais de psicologia, psiquiatria que atuam na Atenção Básica. Atualmente, são esses profissionais que formam a equipe especializada, mas poderão compor as equipes: assistente social, fonoaudióloga, enfermeira, terapeuta ocupacional, educador físico, médico de outras especialidades e outros profissionais com atuação especializada em saúde mental.

Com objetivo de nortear os procedimentos realizados pelos profissionais da atenção especializada e atenção psicossocial especializada foram criados parâmetros para o atendimento em saúde mental (Anexo V) que é um instrumento para que os profissionais possam atuar de forma coesa de acordo com as necessidades do município, porém sem afetar a autonomia dos profissionais e equipamentos de saúde.

Como estão distribuídos os profissionais da equipe especializada?

Atualmente cada unidade possui ao menos um psicólogo além de psiquiatras de referência lotados em 10 unidades, sempre o mais próximo possível para os usuários.

3.1. Atividades realizadas pela equipe especializada de saúde mental que atuam na Atenção Básica:

- Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)
- Participação em ações de Educação Permanente com a rede de saúde;
- Apoio para a circulação dos usuários pelos espaços públicos dentro e fora do município;
- Participação em eventos com a rede de saúde mental.
- Diálogo e articulação de cuidado com rede
- Visita domiciliar
- Psicoterapia individual e em grupo (atividade exclusiva do psicólogo)
- Apoio no processo de medicação assistida
- Consulta em saúde mental com profissional de nível superior para usuários e seus familiares
- Consulta psiquiátrica (atividade exclusiva do médico)
- Grupos psicoeducativos
- Grupos terapêuticos
- Oficinas terapêuticas
- Entrevistas para avaliação de demanda
- Ações de promoção de saúde mental na Comunidade e na Unidade
- Acolhimento da demanda de saúde mental

As atividades realizadas nas Unidades Básicas são prioritariamente coletivas e articuladas com outros pontos de atenção da rede.

Cada Unidade tem sua especificidade e autonomia para desenvolver atividades terapêuticas, alinhadas com a política de saúde mental do município. Aqui citaremos algumas que são a base para, junto ao usuário e seus familiares, pactuar o Projeto Terapêutico Singular.

Algumas dessas atividades se assemelham as realizadas pelos CAPS e serão melhor detalhadas mais à frente:

3.2. Público atendido pela equipe especializada na Atenção Básica

a) Transtornos mentais já instalados

Pessoas com quadros depressivos, ansiosos, psicóticos estabilizados, fóbicos, luto com complicadores, transtornos alimentares, comportamento suicida, alterações de comportamento com baixos riscos de auto ou heteroagressividade, violência autoprovocada, como por exemplo, automutilação e sofrimento emocional associado a vulnerabilidade social, dentre outros.

Nos casos acima citados, podem causar prejuízos relevantes nas relações sociais, na execução de atividades de vida diária, no trabalho e ambiente familiar, porém ainda não comprometem totalmente a funcionalidade.

b) Casos estabilizados

Usuários que apresentavam transtornos mentais graves, estabilizados e de alta dos CAPS, porém que apresentam a necessidade de continuidade do acompanhamento especializado.

c) Usuários resistentes ao tratamento no CAPS

Usuários resistentes ao tratamento em CAPS, que embora necessitam de acompanhamento deste serviço, não conseguem aderir e por um tempo necessitarão de acompanhamento compartilhado.

d) Demandas despertadas por situações de violência, emergências, catástrofes e desastres

Considerando os impactos na saúde das pessoas que se sentem afetadas, de modo direto ou indireto, por situações de violência, emergências e catástrofes, a Rede de Atenção Psicossocial redireciona as ações para o cuidado de modo individualizado ou coletivo e de promoção de saúde mental para a população, em especial para a comunidade escolar.

No próximo capítulo falaremos sobre as intervenções possíveis em situações de crise e emergências.

e) Acompanhamento técnico de servidores municipais

Com alguma frequência os servidores municipais são acometidos por sofrimento psíquico e para essa situação há o Núcleo de Acompanhamento aos Servidores (NAS).

O NAS é destinado ao acompanhamento técnico de servidores municipais acometidos por questões de saúde mental, por meio de orientação psicossocial e do desenvolvimento de ações informativas, bem como a promoção de qualidade de vida e bem-estar do trabalhador.

O atendimento é voltado aos servidores municipais, com vínculo CLT ou estatutário. O acesso se dá por demanda espontânea, livre iniciativa e/ou encaminhamento do Departamento Médico, em casos de afastamento por questões de saúde mental.

Após algumas intervenções pelo NAS, o servidor poderá ser direcionado para atendimento psicossocial na rede conveniada ou na rede municipal e preferencialmente que sejam atendidos em Unidades ou serviços que não possuem vínculos.

Núcleo de Apoio ao Servidor – NAS

Núcleo de Apoio ao Servidor - NAS

- ❖ Rua Baruel, 501, sala 202 – Paço Municipal “Prefeito Firmino José da Costa” - Subsolo.
- ❖ Telefone: 4741-2152

f) Atendimento de saúde mental de pessoas em processo de avaliação para cirurgia bariátrica

- As avaliações para cirurgia bariátrica, vinculadas à Rede de Crônicos, são realizadas por psicólogo e psiquiatra da RAPS ao longo de dois anos, através de processos grupais específicos.
- Atualmente a equipe é composta por psicólogo lotado no CSII
- No entanto, no decorrer do processo de avaliação e acompanhamento para cirurgia bariátrica podem ocorrer demandas específicas de saúde mental que poderão ser atendidas por psicólogo de Unidade de Saúde mais próxima de sua residência. Essas demandas necessitam de acompanhamento com maior brevidade possível, tendo em vista o prazo de dois anos de acompanhamento para liberação para a cirurgia. Caso ultrapasse esse prazo, o usuário necessitará reiniciar todo processo de acompanhamento.

g) Atendimento psicossocial ao público TRANS

Independentemente da existência de adoecimentos mentais específicos, pessoas transexuais e travestis estão mais sujeitas a sofrimentos gerados pela exclusão social e pela vulnerabilidade individual que resulta desse processo. Uma abordagem em saúde mental de pessoas transexuais e travestis não pode desconsiderar seus sofrimentos sociais específicos.

Trataremos mais especificamente do atendimento psicossocial ao público trans no capítulo V.

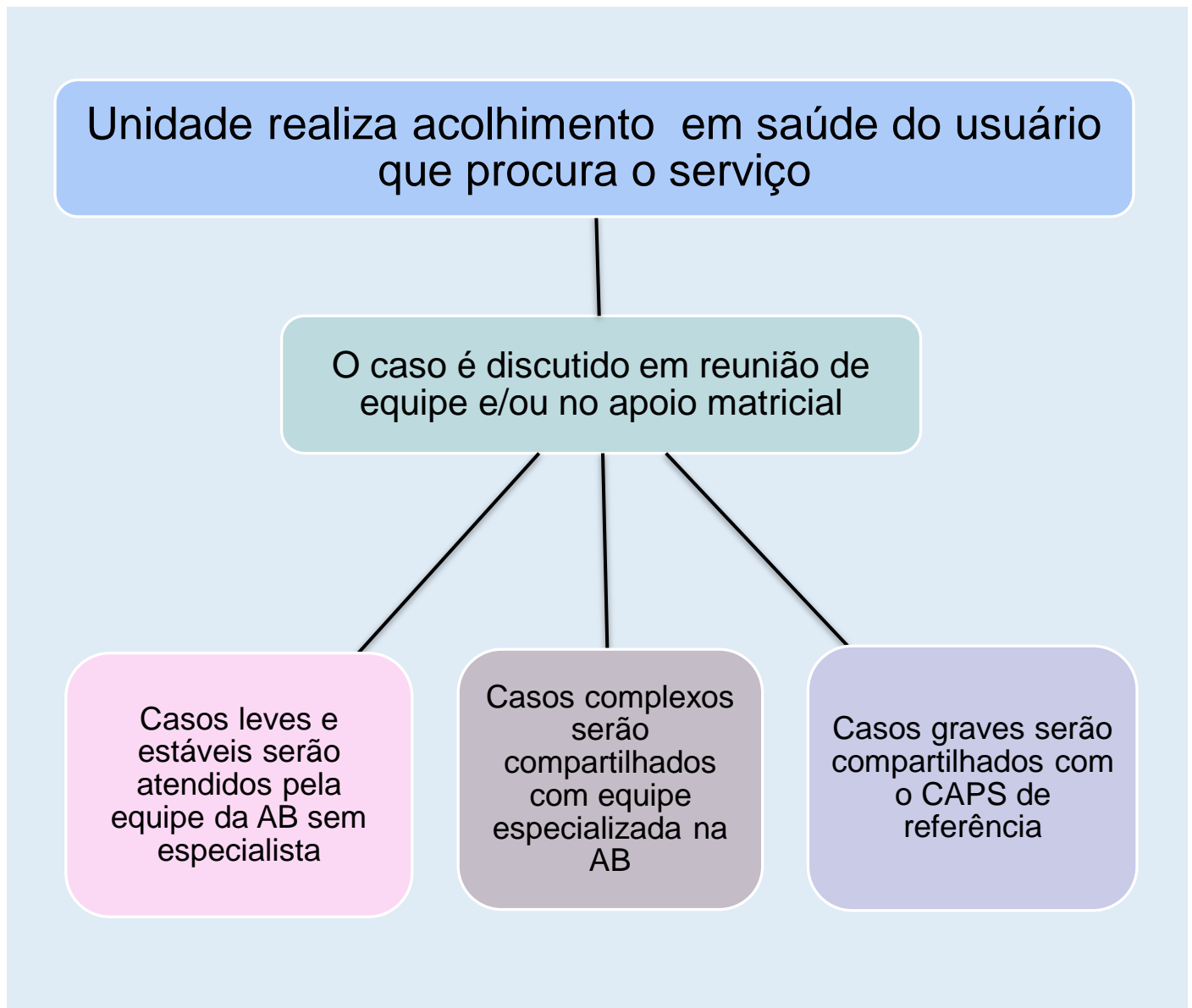
h) Atendimentos não prioritários, mas que podem ser realizados respeitando o princípio da equidade

- A emissão de laudos de avaliação não é prioridade da assistência em saúde mental, porém, podem e devem ser realizados, quando fruto de um processo de acompanhamento médico ou terapêutico;
- Avaliação para isenção de impostos para pessoas portadoras de deficiências na compra de veículos ou aquisição de ou outro bem, podem ser realizados, porém deve ser respeitado o princípio da equidade, ou seja, desde que seja respeitado a complexidade de cada caso e a necessidade de acesso ao serviço.
- Por vezes, pessoas em processo de adoção procuram o Sistema Único de Saúde para passarem por avaliação de Saúde Mental para adoção. Trata-se de determinação do poder judiciário de apresentação das partes interessadas no processo de adoção, para se inscreverem, o envio do requerimento de inscrição acompanhado de vários documentos, sendo um deles o atestado ou declaração médica de sanidade física e mental; esse atestado ou declaração devem ser realizados por médico psiquiatra preferencialmente. O laudo consiste em avaliar e registrar o estado mental de pessoas saudáveis quando procuram por esse serviço, e, portanto, é feita uma avaliação do estado mental do paciente de forma sistemática e após a consulta é emitido um documento. O relatório psiquiátrico não se confunde com uma Perícia Psiquiátrica, esta solicitada por juiz, que define o perito.

3.3 Atendimentos não realizados pela Rede de Atenção Psicossocial

- Exame para porte de arma de fogo;
- Avaliação da Inteligência e questões relacionadas a psicopedagogia (dificuldades no processo de aprendizagem);
- Avaliação psicológica ou psiquiátrica para usuários ingressarem em regime de internação em instituições que trabalham com álcool e outras drogas não conveniadas ao SUS.

3.4 Fluxo de atendimento em Saúde Mental nas diversas complexidades



3.5 Como compartilhar casos com serviços especializados

Ao compartilhar o caso com a equipe especializada ou com os CAPS é fundamental observar:

1. Discutir o caso pessoalmente ou por telefone
2. Agendar uma data para o comparecimento do usuário no serviço de referência
3. Enviar relatório para o serviço de referência, contendo dados de identificação da pessoa, sua história e ações já realizadas na unidade, em envelope identificado e lacrado.
4. Fornecer para o usuário a data e local para avaliação ou seguimento do tratamento para que ele não se sinta desassistido.
5. Informar ao usuário que a unidade de origem continua sendo sua referência para as demandas de saúde.
6. A unidade de origem monitorar a adesão do usuário ao tratamento no serviço especializado.
7. O serviço especializado informar à Unidade de origem sobre o PTS do usuário.

Após o acompanhamento e estabilização do quadro, caso haja necessidade de continuidade do acompanhamento o usuário retorna para a Atenção Básica para ser acompanhado pelos profissionais da Unidade que o encaminhou.

CAPÍTULO 4. Demandas despertadas por situações de violências, emergências, catástrofes e desastres

Considerando os impactos na saúde das pessoas que se sentem afetadas, de modo direto ou indireto, por situações de violência, emergências e catástrofes, a Rede de Atenção Psicossocial redireciona as ações para o cuidado de modo individualizado ou coletivo e de promoção de saúde mental para a população, em especial para a comunidade escolar.

Atualmente existem muitos materiais técnicos para nortear o cuidado em saúde mental em demandas despertadas por situações de violência, emergência, catástrofe e desastres.

A RAPS municipal utiliza o material Primeiros Cuidados Psicológicos, adotado pela OPAS, como norteador ao apoio em saúde mental em situações de crise. Ressalta-se que o apoio não se caracteriza como atendimento psicológico, mas como estratégia imediata em situações de crise.

4.1 Primeiros Socorros Psicológicos⁷

Os Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) são uma resposta de suporte às pessoas em situação de sofrimento e com necessidade de apoio. Os PSP podem ser realizados por qualquer pessoa que se disponibilize e esteja em condições psicológicas e físicas para auxiliar, desde que tenha orientações básicas de PSP. Não é algo que apenas profissionais fazem, também não é um atendimento psicológico profissional, nem a definição de um tratamento. Os PSP abrangem uma infinidade de situações, desde desastres naturais e atentados em comunidades, passando por acidentes, perda de entes queridos, violência, até crises individuais.

Os Primeiros Socorros Psicológicos consistem em:

- ✓ oferecer apoio e cuidado práticos não invasivos;
- ✓ avaliar necessidades e preocupações;
- ✓ ajudar as pessoas a suprir suas necessidades básicas (por exemplo, alimentação, água e informação);
- ✓ escutar as pessoas, sem pressioná-las a falar;
- ✓ confortar as pessoas e ajudá-las a se sentirem calmas;
- ✓ ajudar as pessoas na busca de informações, serviços e suportes sociais;
- ✓ e proteger as pessoas de danos adicionais.

⁷ Autora: Mariana Valls Atz, Psicóloga. REF: Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF:

Apesar de os PSP serem mais difundidos em situações de eventos traumáticos, principalmente desastres, eles também podem ser aplicados em crises cotidianas. Seja qual for a situação – de catástrofes a uma crise individual – os PSP seguem sempre cinco princípios básicos, que devemos ter em mente quando estamos diante de alguém em sofrimento psíquico

Cinco Princípios Básicos dos Primeiros Socorros Psicológicos:

SEGURANÇA: este princípio fala de duas seguranças. A primeira delas é a sua própria. Para ajudar os outros, tenha certeza de que você e sua família estão em segurança. Em segundo lugar, ajude o outro a se sentir seguro e garanta que o ambiente a sua volta seja seguro.

CALMA: Quando estamos diante de alguém em situação de crise, essa pessoa está experimentando medo, ansiedade, desorganização, confusão etc. Então, a primeira coisa a fazer é agir com calma e promover um senso de calma. Considere como ajudar a pessoa a identificar estratégias de enfrentamento efetivas usadas no passado e outras novas que pode ajudá-la a se sentir calma.

CONEXÃO: Pessoas em crise precisam de orientação de onde buscar ajuda, se apoiar em pessoas que confie. Então, ajude a fazer as conexões necessárias, seja buscando familiares e amigos, pessoas de confiança, seja ajudando a encontrar os recursos necessários para auxílio, tais como grupos de apoio, rede de saúde etc. Lembre-se, ninguém é super-herói sozinho, quanto mais conexões com a rede de apoio melhor.

SENSO DE AUTOEFICÁCIA E EFICÁCIA COMUNITÁRIA: Em uma situação de crise, as pessoas se sentem vulneráveis. Mas não devemos tirar a autonomia nem o senso de autoeficácia delas. Novamente, você não é super-herói e não há uma resposta pronta para uma situação de crise. Ajude as pessoas a usar suas próprias forças (todos tem suas qualidades), a aprender novas estratégias para enfrentar sua situação e a reconstruir seu caminho dentro da própria comunidade.

ESPERANÇA: Quando alguém está sentindo que “seu mundo está falhando”, pense em como promover o senso de esperança. Ajude a pessoa a se engajar com proatividade em atividades construtivas e promova expectativas positivas quanto ao que vai acontecer na próxima hora, dia ou semanas.

Pensando nestes cinco princípios, devemos nos perguntar, portanto, o que fazer ou não. Segue abaixo um quadro retirado da Organização Mundial da Saúde. *Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo*. OMS: Genebra (2015).

O QUE FAZER ✓	O QUE NÃO FAZER ✗
<ul style="list-style-type: none">» Seja honesto e confiável.» Respeite o direito das pessoas decidir por si mesmas.» Esteja atento sobre suas preferências e preconceitos e coloque-os de lado.» Deixe claro para as pessoas que mesmo que elas não queiram ajuda agora, elas poderão recebê-la posteriormente.» Respeite a privacidade e mantenha a história da pessoa em sigilo, caso seja apropriado.» Comporte-se apropriadamente, considerando a cultura, a idade e o gênero da pessoa.	<ul style="list-style-type: none">» Não se aproveite da sua relação de cuidador.» Não peça dinheiro ou favores para ajudar as pessoas.» Não faça falsas promessas ou forneça falsas informações.» Não exagere sobre suas habilidades.» Não force as pessoas a receberem ajuda e não seja invasivo ou agressivo.» Não pressione as pessoas para contar-lhe histórias pessoais.» Não conte as histórias das pessoas aos outros.» Não julgue as pessoas por suas ações ou sentimentos.

4.2 Quando aplicar os Primeiros Socorros Psicológicos

Os PSP não devem ser aplicados quando a pessoa está em risco de vida iminente, ferida, ou com dor física. Neste caso, os cuidados médicos são prioridade e os PSP ficarão para um segundo momento. De maneira geral, os PSP podem ser aplicados em qualquer situação de crise, num período de até 72 horas após o evento agudo da crise. Entendemos crise como qualquer momento de desorganização aguda. Podemos encarar a crise também como um momento de perigo e risco, mas que também é uma oportunidade de mudança. Mantenha em mente estes dois aspectos da crise, para ficar atento aos cuidados que se fazem urgentes, mas também às potencialidades do momento para auxiliar a pessoa a construir outros caminhos.

4.3 Como abordar uma pessoa em crise

Mantenha sempre uma postura acolhedora e disponível. Demonstre uma abertura verdadeira para escutar. Mais importante do que saber o diagnóstico da pessoa, é entender o que a faz sofrer, portanto demonstre disponibilidade emocional para escutar sobre esse sofrimento.

Lembre-se que nossos sentimentos e julgamentos não devem determinar nossa maneira de agir. Neste momento, devemos colocar nossas ideologias e crenças um pouco em suspenso, pois estamos diante de alguém que está sofrendo. Isso é mais importante. E se a situação nos produz medo, insegurança e angústia, como enfrentar? Não se envergonhe de pedir ajuda, chame alguém de sua confiança para te auxiliar.

Lembre-se! Mantenha a calma e busque manter a pessoa em segurança. Faça as conexões necessárias. Promova o senso de autoeficácia e de esperança.

CAPÍTULO 5. Atendimento psicossocial ao público TRANS

Em 2019, a OMS excluiu a transexualidade do capítulo de “saúde mental” da CID, sob recomendações de populações e de profissionais de saúde de todo o mundo, pois boas evidências científicas indicam que a transexualidade/transgeneridade/travestilidade não é um transtorno mental e nem é decorrente de adoecimentos mentais.

O termo “Incongruência de Gênero”, presente no capítulo de “condições relacionadas à saúde sexual” na nova versão do documento (CID-11), embora possa não ser o termo ideal e é passível de críticas, foi cunhado com a intenção de nomear situações em que o gênero com que uma pessoa se reconhece não é o mesmo que aquele atribuído a ela ao nascimento sem, no entanto, trazer a percepção de patologia – haja vista que a identidade de gênero é uma das expressões da sexualidade humana.

O termo “transexualismo”, descrito no Capítulo de Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10, carregava o estigma de patologização das “identidades trans” e não deve mais ser utilizado.

Independentemente da existência de adoecimentos mentais específicos, pessoas transexuais e travestis estão mais sujeitas a sofrimentos gerados pela exclusão social e pela vulnerabilidade individual que resulta desse processo. Uma abordagem em saúde mental de pessoas transexuais e travestis não pode desconsiderar seus sofrimentos sociais específicos. Histórias de abandono familiar são comuns, assim como dificuldades para concluir o ensino formal em ambientes que não são inclusivos e para inserção no mercado de trabalho. Essas pessoas lidam constantemente com uma realidade de exclusão e violência que ameaça sua existência diretamente.

Apesar do DSM-5 ter utilizado o termo “disforia de gênero” em substituição a “transtorno de identidade de gênero”, que constava na versão anterior (DSM-IV-TR) e representava patologização da identidade de gênero, é importante ressaltar que disforia de gênero não é sinônimo de transgeneridade, transexualidade ou travestilidade e nem todas as “pessoas trans” apresentam esse sofrimento. A Disforia de Gênero tem raízes na cisnormatividade (concepção de que todas as pessoas são “naturalmente” cisgênero, que desconsidera e violenta pessoas transexuais e travestis) e, muitas vezes, as características corporais reconhecidas como marcadores de gênero (mamas, barba, “gogó”, traços faciais, voz etc.) são apontadas como agravadoras do sofrimento.

Para cuidar de pessoas com sentimentos disfóricos é importante não os confundir com sintomas psicóticos ou com dismorfias corporais que não sejam relacionadas à identidade de gênero. A avaliação de disforia de gênero deve pautar-se em coletar a história do indivíduo e verificar o desenvolvimento de possíveis sentimentos de disforia. Nas pessoas em que esse

sofrimento se faz presente, cabe entender a idade em que o desconforto com o gênero atribuído ao nascer começou, se houve intensificação desse desconforto com o passar do tempo e se ele passou a ser percebido pelas pessoas no entorno, assim como o impacto do estigma relacionado à não conformidade com o gênero atribuído ao nascer e às crenças individuais e familiares (religiosa, cultural e funcional).⁸

O acolhimento e atendimento psicossocial, preferencialmente devem ocorrer no próprio município, porém existem serviços especializados que oferecem o cuidado integral de saúde para travestis e transexuais.

5.1 Tratamento Ambulatorial

O ambulatório – AME PRÓ TRANS –, situado em Guarulhos é referência para o Alto Tietê, oferece acompanhamento médico com endocrinologista, psiquiatra e ginecologista, além de apoio psicossocial nas fases pré e pós-cirurgia de transgenitalização (os procedimentos cirúrgicos acontecem pelo Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais, São Paulo), bem como nos procedimentos de hormonioterapia e ainda nos casos em que houver complicações decorrentes do uso inadequado e prolongado de hormônios e silicone industrial.

A partir do acompanhamento do AME PRÓ TRANS, são possíveis outros procedimentos no Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e transsexuais. Inaugurado em junho de 2009 no Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS – SP, (CRT DST/AIDS-SP), o ambulatório oferece assistência integral a travestis e transexuais e realiza também avaliação e encaminhamento para cirurgia para redesignação sexual. Ademais, o ambulatório é responsável por desenvolver e avaliar tecnologias e modelos assistenciais; promover atividades que integrem movimentos sociais e oferecer treinamento para profissionais de saúde nessa área de atuação. Em São Paulo, esse serviço regula a fila de espera para as cirurgias realizadas em hospitais parceiros, localizados na Grande São Paulo.

Dentro do “Processo Transsexualizador no SUS” contempla a possibilidade de realização dos seguintes procedimentos:

- Redesignação genital em mulheres transexuais e travestis: Orquiectomia com amputação do pênis, neocolpoplastia e cirurgias complementares (reconstrução da neovagina, meatotomia, meatoplastia, correção dos lábios vulvares, correção de clitóris, tratamento de deiscências e fistulectomia);

⁸ © Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP|Julho/2020|Versão eletrônica

- Redesignação genital em homens trans – em caráter experimental: vaginectomia, neofaloplastia, implante de próteses penianas e testiculares e clitoroplastia. Apesar de essas cirurgias ainda serem realizadas somente sob protocolos de pesquisa no Brasil, alguns serviços podem oferecer procedimentos específicos que não contemplem transformações completas da genitália, como metoidioplastia;
- Mamoplastia masculinizadora: ressecção de mamas, reposicionamento do complexo aréolo mamilar para homens trans;
- Histerectomia com anexectomia e colpectomia: ressecção de útero e ovários para homens trans;
- Plástica mamária bilateral: próteses mamárias de silicone para mulheres transexuais e travestis;
- Tireoplastia: redução da cartilagem tireóide (saliência conhecida como “Pomo de Adão”, ou “gogó”) e/ou alongamento das cordas vocais com vistas à feminização da voz, para mulheres transexuais e travestis.

A Ficha de Admissão no CRT DST/AIDS encontra-se no **Anexo VI**.

5.2 Serviços especializados para atendimento de Travestis e Transexuais

Ambulatório AME PRÓ TRANS

Acompanhamento médico com endocrinologista, psiquiatra e ginecologista, além de apoio psicossocial nas fases pré e pós-cirurgia de transgenitalização e hormonioterapia.

- ❖ Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos
- ❖ Moradores da região do Alto Tietê
- ❖ Agendar consulta: 2421-0649, 2431-3052 ou enviar e-mail para: ameprotrans@gmail.com.
- ❖ Endereço: Rua Piracicaba, 114 – Bairro Gopouva, Guarulhos- SP, 07040-310

Procedimentos cirúrgicos de transgenitalização:

Ambulatório de Saúde Integral para travestis e transsexuais – Centro de Referência e Treinamento IST/AIDS

- ❖ Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana – São Paulo – SP
- ❖ Informações: 0800-16-25-50 ou 5087-9833
- ❖ Orientar a pessoas a preencher a Ficha de Admissão do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ASITT/CRT/SES)
- ❖ A Ficha de Admissão do ASITT pode ser obtida através dos seguintes e-mails: claudete@crt.saude.sp.gov.br; gentil@crt.saude.sp.gov.br; ricardomartins@crt.saude.sp.gov.br
- ❖ Ao receber a ficha, a pessoa deverá preenchê-la com seus dados e enviá-la de volta, com cópia, para os três endereços de e-mail.
- ❖ Caso a pessoa não tenha acesso a e-mail, a profissional de saúde do serviço em que a pessoa é atendida deve intermediar a solicitação da ficha, o preenchimento e o envio ao ASITT/CRT/SES

CAPÍTULO 6. Saúde mental de crianças e adolescentes na Atenção Básica

O cuidado de Saúde Mental da Infância e Adolescência segue os princípios do acolhimento universal, do encaminhamento implicado, da construção permanente de rede, do território como o lugar psicossocial do sujeito e da intersectorialidade na ação do cuidado.

A porta de entrada para as situações que envolvem a saúde mental da infância e adolescência geralmente é a Atenção Básica através das Unidades Básicas de Saúde ou Estratégias de Saúde da Família.

6.1 Como lidar com a queixa inicial

Considerar que este é um pedido legítimo a ser levado em conta e que crianças e adolescentes são sujeitos e devem ser ouvidos.

Muitas vezes, a queixa pode não ser da criança ou da família, por exemplo, vir da escola. Nos casos em que não se observa sofrimento mental da criança ou adolescente e a queixa se restringe a questão de base escolar, sugerimos explicar à família que, neste caso, a escola precisa oferecer um plano de apoio educacional para auxiliar a criança em suas dificuldades, ou busca por profissionais de apoio do âmbito da educação (como pedagogos ou psicopedagogos), pois não é caso de um tratamento em saúde mental. Se necessário, realizar contato com a escola para melhor compreender a queixa escolar e ofertar apoio ou orientações.

O objetivo da avaliação inicial (acolhimento e primeira escuta) é formular hipóteses sobre o que está acontecendo com a criança ou o adolescente e sua família, e delinear as primeiras intervenções depois da discussão do caso.

6.2 Compartilhamento do caso de crianças e adolescentes com serviços especializados

No atendimento inicial de crianças/adolescentes sugerimos que para se ter um panorama das necessidades de acompanhamento é interessante ter como ação inicial a escuta dos familiares/cuidadores, leitura de relatórios de escola (quando for o caso), levantamento do histórico de saúde a partir de prontuário e/ou documentos que a família traga, além da observação e escuta da criança/adolescente.

Este é um momento que pode ser informal e simples, pois não se trata de uma avaliação especializada, mas que contemple a avaliação da queixa inicial, ou seja, como se manifesta na

relação com o profissional de saúde o que foi trazido pelos cuidadores e como a criança/adolescente se relaciona com o que é dito sobre ela.

O conhecimento, as crenças e as atitudes dos pais ou dos profissionais/setores demandantes, são fundamentais no processo de identificação de problemas.

Sugerimos que no caso específico da escuta em saúde mental da infância e adolescência haja dois momentos:

- O primeiro com familiares/responsáveis, ou seja, os cuidadores da criança e
- Um segundo momento uma observação ou conversa com a criança ou adolescente.

A consulta ao prontuário clínico com dados sobre o acompanhamento médico também pode complementar as informações para se pensar em saúde integral, por exemplo algum problema clínico como constipação intestinal pode temporariamente interferir em um comportamento de agitação ou irritabilidade.

Por exemplo, os pais trazem como queixa muita agitação e trazem como suspeita a hiperatividade. Esse é um sintoma que, quando se trata de um transtorno, ocorre em todos os contextos, não só na escola ou em casa. Dispor uma atividade simples como pedir para a criança fazer um desenho, jogar um jogo da memória ou mesmo conversar com ela sobre o que gosta ou não, se tem algo que a tem deixado chateada, como é sua rotina e outras questões simples, já dá indícios para o profissional de saúde entender se a queixa se trata de algo a ser aprofundado pela equipe especializada.

Caso seja necessário o compartilhamento do caso com outro serviço, deve-se fazer de maneira implicada, ou seja, não basta enviar relatório, neste caso é importante fazer contato com o serviço de referência. Em alguns casos é recomendado discutir antes a próxima estratégia de cuidado no matriciamento e com o equipamento que irá receber o caso. Isto porque a ação pode envolver encaminhamento compartilhado para a equipe de atendimento especializado para uma avaliação mais aprofundada.

Ao compartilhar um caso, busque informações como: se houve adesão ao PTS sugerido e acompanhe esse processo.

Salienta-se que a intervenção do CAPS Infantojuvenil é necessária nos casos de consideráveis prejuízos de funcionalidade, que inclui dificuldade em frequentar espaços sociais, prejuízos nas habilidades comunicativas entre outros. É crescente o número de procura deste serviço por jovens em risco de suicídio.

6.3. Identificando fatores protetores para a infância e adolescência

Para ajudar a avaliar a queixa inicial e a demanda de cuidados é importante identificar se existem fatores protetores nos vários campos de vida da criança/adolescente. Esse processo é fundamental para se pensar em possíveis ações para a promoção de saúde mental na Atenção Básica:

		Fatores Protetores da infância e adolescência	Possíveis ações para promoção de saúde mental na infância e adolescência*
Campo Social	Família	- Vínculos familiares fortes; -Oportunidades para envolvimento positivo na família.	- Sala de espera com brinquedoteca; -Grupos de orientação de cuidadores; - Grupos de jogos e brincadeiras com cuidadores e crianças;
	Escola	-Oportunidades de envolvimento na vida da escola, valorização de suas conquistas acadêmicas; - Identificação com a cultura da escola; - Proposta pedagógica condizente com as necessidades da criança/adolescente.	- "Contação" ou leitura de histórias; - Filmes educativos com debates; - Roda de conversa temáticas; -Show de talentos para crianças/adolescentes/ famílias; -Oficina de música, teatro, artesanato, fotografia etc.;
	Comunidade	- Ligação forte com a comunidade; - Oportunidade para uso construtivo do lazer; - Experiências culturais positivas; -Satisfação por envolvimento na comunidade.	-Oficina de construção de brinquedos; - Oficina de movimento/ dança (levando em conta a influência cultural do território e da faixa etária); -Festa do Dia das Crianças e outras festas de integração unidade-comunidade.
Campo Psíquico		-Habilidade de aprender com a experiência; - Boa autoestima; - Habilidades sociais; -Capacidade para resolver problemas.	*Gestor, verifique na sua equipe quais habilidades seus funcionários podem oferecer e a disponibilidade para envolver o máximo de pessoas com atividades de promoção de saúde.
Campo Biológico		Desenvolvimento apropriado à idade	

A linha de cuidados discutida pela equipe/em matriciamento pode envolver assistência social, escola, projetos socioeducativos, centros de convivência, cultura, esporte, outros profissionais de saúde e todos os dispositivos que possam auxiliar em relação à queixa e observação da situação vivenciada.

6.4 Avaliando a demanda da criança e do adolescente a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma ferramenta da Organização Mundial de Saúde (OMS) criada no ano de 2001. Sua utilização deve ser complementar à Classificação Internacional de Doenças (CID). Cabe considerar a construção do raciocínio clínico pela perspectiva integral de saúde da CIF.

Funcionalidade é um termo abrangente que envolve os componentes:

- Participação (envolvimento em uma situação de vida real)
- Atividades (execução de uma tarefa ou ação individual)
- Funções do corpo (funções fisiológicas dos sistemas)
- Estruturas do corpo (partes anatômicas)
- Condições de saúde (termo designado para a doença, codificados pela CID)
- Fatores ambientais
- Fatores pessoais

Considerando os fatores acima, o CAPS Infantojuvenil elaborou a seguinte tabela de Aspectos da Vida das Crianças e adolescentes a serem observados na avaliação.

A partir destas observações, as equipes possuem elementos para discussão de casos e elaboração de Projetos Terapêuticos na Rede de Serviços.

É importante ressaltar que os aspectos devem ser utilizados para direcionamento do cuidado psicossocial de crianças e suas famílias, não desconsiderando a integralidade e diversidade das demandas desse público, tendo em vista que uma visão fragmentada dos sujeitos e a segmentação das ações e serviços tem como consequência a segregação e exclusão da população em questão. Desta forma, é necessário que se promova continuamente a aproximação e o compartilhamento de saberes entre os diversos serviços de saúde e da rede intersetorial, visando a corresponsabilização entre serviços e profissionais que desenvolvem o cuidado.

De acordo com a tabela abaixo, quanto mais indicação de **raramente** e **não**, percebe-se a necessidade de maior intensidade de ações neste campo da vida, considerando a idade da criança e o desenvolvimento esperado para sua faixa etária. Em alguns casos, de acordo com o prejuízo da criança ou adolescente, compartilhar o caso com demais serviços:

Aspectos da Vida de Crianças	sim	às vezes	rara-mente	não
Permite a concentração por um período necessário.				
Realiza contato visual.				
Compreende e realiza uma tarefa/solicitação simples.				
Produz mensagens verbais constituídas por palavras ou frases.				
Utiliza gestos ou símbolos para transmitir mensagens.				

Compreende e aceita regras e limites				
Estabelece contato afetivo de maneira contextual, socialmente adequado.				
Separa-se dos cuidadores sem demonstrar intenso sofrimento.				
Regula o comportamento nas interações, controlando as emoções, impulsos, agressões verbais e físicas (incluindo autoagressividade).				
Utiliza objetos de forma funcional.				
Quando ensinado, consegue aprender tarefas básicas.				
Frequenta a escola mesmo com dificuldade nas rotinas.				
Frequenta espaços sociais. Ex. Festas, igrejas, passeios.				
Realiza atividades de recreação e lazer.				
Aproxima-se com interesse nos brinquedos e inicia brincadeira.				
Brinca de forma funcional.				
Compartilha a atenção em uma brincadeira ou atividade.				
Aceita adequadamente mudanças necessárias em sua rotina, sem demonstrar intenso sofrimento.				
Encontra-se em convivência familiar (não está institucionalizada)				
Tem suporte familiar adequado.				
Tem acesso a serviços essenciais: saneamento básico, luz, água etc.				
Família tem renda própria ou acesso a benefícios sociais.				
Tem acesso aos meios de comunicação. Ex.TV, internet.				

Aspectos da Vida de Adolescentes	sim	às vezes	raramente	não
Permite a concentração por um período necessário para a atividade.				
Realiza contato visual.				
Compreende uma tarefa/solicitação simples.				
Comunica-se por meio da fala em todos os ambientes sociais				
Possui rede de apoio (amigos, namorado(a), etc.)				
Interage nos ambientes sociais que frequenta				
Regula o comportamento nas situações de frustração e estresse				
Apresenta controle adequado de impulsos (sexuais, consumo, internet, jogos etc.)				
Possui empatia, culpa e remorso em situações em situações de conflito/confronto				
Apresenta controle adequado da heteroagressividade (verbal e física)				
Apresenta controle adequado da autoagressividade (incluindo autolesão e automutilação)				

Estabelece contato afetivo de maneira contextual, socialmente adequado.				
Autocuidado preservado				
Sono adequado				
Frequenta a escola				
Frequenta espaços sociais. Ex. Festas, igrejas, passeios.				
Realiza atividades esportivas, culturais, de recreação e lazer.				
Aceita adequadamente mudanças necessárias em sua rotina, sem demonstrar intenso sofrimento.				
Possui entendimento de seu estado de saúde mental				
Nega pensamentos obsessivos (pensamentos perturbadores, repetitivos, contra a vontade do indivíduo)				
Autoestima preservada				
Autoimagem positiva				
Encontra-se em convivência familiar (não está institucionalizado)				
Tem suporte familiar adequado.				
Tem acesso a serviços essenciais: saneamento básico, luz, água etc.				
Família tem renda própria ou acesso a benefícios sociais.				
Tem acesso aos meios de comunicação. Ex.TV, internet.				

6.5 Elaboração de Projeto Terapêutico Singular para crianças e adolescentes

O Projeto Terapêutico Singular deve ser construído com base nas necessidades e singularidades de cada criança e família, tendo em vista seus contextos reais de vida e as características e ofertas do território, englobando as diferentes dimensões. Deve ainda ser reavaliado sistematicamente, levando em conta o processo de reabilitação psicossocial, com vistas à produção de autonomia e a garantia de direitos.

No caso de crianças é fundamental levar em consideração que elas são pessoas em desenvolvimento constante e significativo e, ao propor o PTS, é necessário que se tenha em vista as características da criança atendida e de seu ambiente familiar. Com relação aos adolescentes a participação na elaboração do PTS é imprescindível para estimular a adesão às propostas terapêuticas.

Tanto para crianças quanto para adolescentes é imprescindível o trabalho com os responsáveis, sugerindo a inserção em grupos de cuidadores ou alguma atividade de promoção de saúde mental, pensando que nesta fase do desenvolvimento, o cuidado precisa ser ampliado para o núcleo de convivência.

O profissional, em conjunto com a equipe, traça um panorama dos campos protetivos citados acima e sugere o projeto terapêutico singular tendo por base esses apontamentos. O

Apoio matricial é fundamental nesse processo. Assim poderá ajudar a Unidade a identificar e acionar a rede de cuidados, conforme a necessidade de cada caso.

Pode-se sugerir a inserção da criança ou adolescente em atividades na rede Intersetorial, nos equipamentos de esporte, cultura e lazer do município, compreendendo a inserção social como uma das estratégias de cuidado em saúde mental, pois nem todas as ações de promoção de saúde mental são oferecidas pelos equipamentos de saúde.

6.6 Como indicar avaliação médica especializada para crianças e adolescentes

Cada vez mais crianças e adolescentes são diagnosticados e medicados por comportamentos que anteriormente eram considerados comuns. A esse fenômeno chamamos de Medicalização da Vida. Com o objetivo de evitar a medicalização da infância e adolescência, consideramos fundamental um olhar multifatorial ao sofrimento e prejuízo da criança e adolescente.

A avaliação médica especializada é necessária em casos de risco ou intenso sofrimento para a criança e adolescente e deve ser pensada mediante discussão do caso em equipe ou apoio matricial, compreendendo que questões complexas também teriam que demandar em articulações entre diferentes áreas do conhecimento e no fortalecimento das relações familiares, escolares e sociais. Deste modo, entende-se que a medicação é apenas uma parte do cuidado.

Assim, crianças e adolescentes com necessidade de avaliação psiquiátrica podem contar com atendimento psiquiátrico na Atenção Básica.

As crianças com síndromes neurológicas e/ou genéticas, deficiência intelectual como patologia de base, com graves prejuízos na psicomotricidade ou que necessitem de reabilitação motora podem ser encaminhadas para APAE, para estimulação pedagógica e atendimento clínico. Ainda nesses casos, caso haja necessidade de avaliação médica sugerimos encaminhamento ao neuropediatra.

APAE Suzano

- ❖ Rua Vereador Romeu Graciano, 301 Vila Mazza
- ❖ 4747-1424 / 4742-9768

Neuropediatria

- ❖ Ambulatório de Especialidades Dr. Joracy Cruz
- ❖ Agendamento via regulação de vagas

CAPÍTULO 7. O uso de álcool e outras drogas no contexto da Atenção Básica

O uso de substâncias psicoativas, que são aquelas substâncias que alteram o funcionamento cerebral e provocam modificações na maneira de sentir, pensar, agir e no estado de consciência, é um comportamento milenar. Além disso, está presente em diversos contextos sociais e com diversas finalidades na história: como recurso terapêutico, espiritual, recreativo, como veneno, em contexto familiar e social, entre outros. No entanto, apesar de seu valor sociocultural, o uso de forma intensa ou crônica pode gerar diversos problemas, principalmente nos âmbitos social, funcional e de saúde. Aliás, os prejuízos na funcionalidade são os principais indicativos de que o uso alcançou um caráter problemático.

7.1 Identificando os níveis de gravidade

- ✓ O uso nocivo (abusivo) se configura quando, ao consumir, mesmo sendo eventual, acontecem problemas relacionados estritamente àquele episódio de consumo.
- ✓ Já a dependência diz respeito a um consumo compulsivo e problemático, e sua intensidade é capaz provocar problemas sociais, físicos e psicológicos.

Mesmo entre as pessoas dependentes, há diferentes níveis de gravidade. Quando o organismo se acostuma com o uso contínuo, é possível que a pessoa usuária passe a vivenciar situações específicas como:

- ✓ **Tolerância:** o organismo passa a exigir doses maiores para conseguir os mesmos efeitos.
- ✓ **Abstinência:** é o ato de se abster; renúncia; privação.
- ✓ **Fissura ou craving:** é um forte impulso subjetivo para usar a substância. Manifesta-se como sensações físicas, de forma similar à fome ou à sede. Diversas vezes os pacientes relatam estar “sedentos” por um drinque ou “morrendo de vontade” por uma tragada. A intensidade da fissura varia de indivíduo para indivíduo, diferentes crenças a respeito de si mesmo e das drogas conduzirão a diferentes pensamentos automáticos e a graus variáveis de intensidade de fissura.

A Síndrome de abstinência é o conjunto de sinais e sintomas que surgem na suspensão do consumo de drogas causadoras de dependência física e psíquica. Geralmente é usada em referência ao álcool (podendo ocorrer na ausência de outras substâncias

psicoativas também) é caracterizada por apresentar sintomas como disforia, insônia, ansiedade, irritabilidade, náuseas, agitação, taquicardia, hipertensão e até mesmo alucinações, convulsão e morte.

Para que um indivíduo apresente sintomas de abstinência se faz necessária uma adaptação cerebral, onde muitos receptores excitatórios ficam presentes e na ausência ou redução da substância esperada por tais receptores acontece a síndrome de abstinência. Geralmente os sintomas têm início em 4-12h após diminuição do uso ou se o consumo for cessado, a síndrome de abstinência pode estar presente nas diversas dependências (álcool, cocaína, cannabis...) porém a mais grave é a síndrome de abstinência alcoólica.

Uma situação de dependência acontece por várias razões, muitas vezes difíceis de identificar, motivo pelo qual o tratamento não deve se basear em julgamentos de valor.

O uso de critérios diagnósticos padronizados ajuda a classificar os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

O DSM-5, atualmente, engloba abuso e dependência, definidos como *Transtornos do Uso de Substâncias*, escalonando-os de acordo com os graus:

- leve (2 ou 3 fatores),
- moderado (4 ou 5 fatores) ou
- grave (6 ou mais fatores).

7.2 Critérios do DSM-5 para transtornos do uso de substâncias

Um padrão problemático de uso de substâncias, levando ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, é manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrido durante um período de 12 meses:

Tolerância	Definida por qualquer um dos seguintes aspectos: <ul style="list-style-type: none">• Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;• Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
Síndrome de abstinência	Manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: <ul style="list-style-type: none">• Síndrome de abstinência característica para a substância;• A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

Desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou recuperação de seus efeitos.
Problemas legais recorrentes relacionados ao uso de substâncias.
Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais e interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
O uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por esse uso.

a) Identificando a remissão de uso segundo o DSM-5

Em remissão inicial	apesar de todos os critérios para transtorno por uso de substância terem sido preenchidos há menos de 12 meses, nenhum foi observado durante um período mínimo de três meses (com exceção do critério "fissura", ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância que pode ocorrer).
Em remissão sustentada	apesar de todos os critérios para transtorno por uso de substância terem sido satisfeitos anteriormente, nenhum deles foi preenchido em qualquer momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção do critério "fissura", desejo ou necessidade de usar a substância, que pode ocorrer nessa classificação).
Em ambiente protegido	este especificador é usado se o indivíduo se encontra em um ambiente no qual o acesso à substância é restrito (por exemplo, internação hospitalar para dependência) e está sendo mantido com alguma substância que tem efeito semelhante à droga que provocou a dependência, porém com uso controlado e sob prescrição médica. Exemplo: dependente de heroína mantido abstinente para esta droga, mas usando metadona (agonista).

Em ambiente controlado	quando a pessoa não preenche os critérios e está em um ambiente que não tem acesso à droga que provocou a dependência. Um exemplo seria a internação com portas trancadas.
-------------------------------	--

Um outro instrumento utilizado para realizar a triagem de pacientes que possam necessitar de tratamento ou abordagens em relação a problemas associados ao abuso de substâncias é o DUSI (*Drug Use Screening Inventory*), composto por tabelas que aferem o padrão de uso. Entre elas, está a tabela a seguir que avalia a intensidade dos problemas associados ao uso.

b) Ferramenta de avaliação: Área uso de substâncias do DUSI - Drug Use Screening Inventory

15 Questões	SIM	NÃO
1. Alguma vez você sentiu "fissura" ou um forte desejo por álcool ou outras drogas?		
2. Alguma vez você precisou usar mais e mais álcool ou outras drogas para conseguir o efeito desejado?		
3. Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou outras drogas?		
4. Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou outras drogas?		
5. Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gastado muito dinheiro com outras drogas ou álcool?		
6. Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu a leis por estar "alto" sob o efeito de álcool ou outras drogas?		
7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?		
8. Você já sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou outras drogas?		
9. Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou outras drogas?		
10. Alguma vez você teve uma discussão séria ou uma briga com um amigo ou membro da família por causa de seus usos de álcool ou outras drogas?		
11. Alguma vez você teve problemas de relacionamento com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou outras drogas?		
12. Alguma vez você teve sintomas de abstinência após uso de álcool (Ex.: tremores, náuseas, vômitos ou dor de cabeça)?		
13. Alguma vez você teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob o efeito de outras drogas ou álcool?		
14. Você gosta de "brincadeiras" que envolvem bebidas quando vai a festas? (Ex.: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade etc.)		
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou outras drogas?		

Versão brasileira desenvolvida por DE MICHELI e FORMIGONI (2000)

A partir da aplicação, o ponto de corte adotado para a detecção de uso de risco de substâncias é de três ou mais respostas afirmativas.

7.2 Tratamento

As estratégias de tratamento consideram que tanto o (a) paciente quanto sua família precisam de apoio e cuidado.

A Redução de Danos (RD) busca minimizar as consequências adversas do consumo de drogas, sem necessariamente se abster de seu uso. Tal estratégia implica em intervenções singulares, que podem envolver o uso protegido, a diminuição do uso da droga, a substituição por substâncias que causem menos agravos ou até mesmo a abstinência (Conselho Regional de Psicologia, 2019). Assim, trabalha-se na perspectiva de corresponsabilização e autonomia da população, uma vez que não se pauta em julgamentos moralizantes, priorizando a qualidade de vida.

A partir desta perspectiva, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) realiza acompanhamento de longa duração de pessoas com problemas graves relacionados ao abuso ou dependência de substâncias, e de suas famílias.

São priorizados atendimentos em espaços coletivos, sendo estes definidos também a partir dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que são construídos de acordo com a realidade de cada sujeito. O serviço também realiza apoio matricial a equipes da Atenção Básica, garantindo a manutenção e seguimento tanto de acompanhamentos prolongados quanto de ações em situações emergenciais. Além disso, ações intersetoriais e descentralizadas, ocupando outros espaços além do CAPS, são ferramentas importantes para a aproximação e divulgação do serviço nas comunidades.

a) Manejo de casos de álcool e outras drogas na Atenção Básica

Os serviços de Atenção Básica, dada a proximidade à comunidade e ao território, tornam-se importantes elementos na produção de saúde com qualidade de vida. As equipes devem estar preparadas para acolher a pessoa usuária de drogas primeiramente desenvolvendo um trabalho pautado no vínculo e na confiança, elementos fundamentais para a adesão ao tratamento. Além disso, é possível atuar na prevenção de agravos. Entre as ações possíveis, podemos citar:

- Palestras e oficinas informativas à população em geral, que podem acontecer por meio de parcerias com outros serviços;
- Escuta qualificada, a fim de identificar a existência ou não de demanda em relação ao uso de substâncias;
- Grupos terapêuticos com pacientes em uso abusivo ou dependentes que não possuam outros agravantes;
- Atendimento clínico (médico) a pacientes em uso abusivo, que não tenham prejuízo funcional.

É importante salientar que, em muitos casos, o uso da substância é apenas um sintoma relativo a uma questão de maior urgência que uma vez identificada, deve ser tratada anterior ou concomitantemente ao abuso de substâncias. Em caso de dúvidas, o apoio matricial serve para auxiliar na tomada de decisões e construção do PTS conjuntamente.

A tabela a seguir procura nortear os encaminhamentos a partir da intersecção entre o padrão de uso (de acordo com o DSM-5) e possíveis prejuízos/ situações de risco. Vale lembrar que situações específicas podem ser discutidas durante o apoio matricial, uma vez que mais de um contexto, ou contextos diferentes podem estar presentes.

b) Padrão de uso de substâncias (DSM-5) x Prejuízos/ Situações de risco

	Transtorno do uso de substâncias (Critérios DSM-5)		
	Leve	Moderado	Grave
Situação de Violência	Atenção Básica/ rede socioassistencial	CAPS AD/ rede socioassistencial	CAPS AD/ rede socioassistencial
Casos refratários da Atenção Básica	CAPS AD	CAPS AD	CAPS AD
Sem prejuízo funcional/cognitivo	Atenção Básica	Matriciamento	CAPS AD
Prejuízo funcional/cognitivo leve	Atenção Básica	CAPS AD	CAPS AD
Prejuízo funcional/cognitivo moderado	CAPS AD	CAPS AD	CAPS AD
Prejuízo funcional/cognitivo grave	CAPS AD	CAPS AD	CAPS AD
Transtorno mental leve/moderado	Atenção Básica/ matriciamento	CAPS AD	CAPS AD
Transtorno mental grave	CAPS AD	CAPS AD	CAPS AD
Tentativa de suicídio/ ideação suicida	CAPS AD	Pronto atendimento	Pronto atendimento
Intoxicação aguda	Pronto atendimento	Pronto atendimento	Pronto atendimento

7.3 Caso Ilustrativo

A seguir, será apresentada uma situação hipotética em que um jovem se envolve com o uso de substâncias e desenvolve uma relação de dependência com elas, e na sequência, as ações possíveis para cada etapa dentro da RAPS. Ressaltamos que a narração ficará mais restrita à história do uso, porém há a compreensão de que outros fatores subjetivos e sociais, sejam eles protetivos ou de risco, têm fundamental importância na constituição desta relação, além de que a sequência de eventos relacionados ao agravamento do uso pode variar muito, ocorrendo de modo singular para cada sujeito. Assim, a construção da história foi utilizada apenas como método para exemplificar possíveis pontos de alerta para os serviços.

(1) Aos 16 anos, J. começa a frequentar festas com amigos, e lá tem contato com o uso de álcool e outras substâncias. Para se sentir parte do grupo, também faz uso nestas ocasiões. A princípio, o uso é esporádico e busca o prazer proporcionado pelas substâncias.

(2) Pouco tempo depois, o consumo passa a ocorrer em quase todas as festas, ainda em busca do prazer. Com o tempo, ele passa a frequentar eventos com o intuito de usar as substâncias, e o prazer começa a dar lugar à necessidade. Em seguida, o uso já se inicia antes da festa, no “esquenta”.

(3) Em uma fase posterior, J. usa sem necessariamente estar com amigos, desvinculado de um evento social: consome nas horas vagas em casa e, rotineiramente, passa a usar antes de realizar atividades cotidianas, sejam de estudo ou de trabalho.

(4) Os sinais mais evidentes de uma dependência ocorrem quando ele começa a acordar pensando no uso e deixa de comparecer às festas e eventos por estar intoxicado bem antes do início deles, passando a maior parte ou todo o final de semana sob efeito das substâncias.

(5) Assim, os conflitos com a família se agravam e o círculo de amizades fica cada vez mais restrito a pessoas que também fazem uso. Com o uso intensificado, os problemas no trabalho começam a ficar incontornáveis e J. passa a ter prejuízos financeiros, situação em que chega a vender pertences para manter o uso. Pessoas próximas se afastam. Em uma situação derradeira, todos os minutos de seu dia são dedicados às substâncias, seja pensando ou efetivamente fazendo uso.

(6) J. começa a se tornar agressivo com familiares, apresentando agitação psicomotora, ameaça agredir os pais ou chega a fazê-lo.

Possibilidades de ações da RAPS

Com base no caso apresentado, serão expostas possibilidades de ações para as situações descritas em cada parágrafo, sendo que as ações não são excludentes entre si:

(1) Nesta fase, toda a comunidade, independentemente de sua relação com o uso de substâncias, poderia ser beneficiada pela realização de campanhas e eventos públicos para a orientação e disseminação de informações sobre seus riscos e prejuízos, considerando os padrões de uso.

(2) Além do item (1), a disponibilidade do acolhimento na unidade básica de saúde é uma porta de entrada para um olhar mais atento, sendo que familiares e usuários podem ser encaminhados a grupos e oficinas na própria unidade.

(3) O usuário ou familiar, pode e DEVE ser acolhido na unidade básica de saúde, importante avaliar possíveis prejuízos relacionados ao uso (atrasos ou faltas na escola ou no trabalho por conta do uso de substâncias psicoativas), alteração de comportamento que acabam gerando conflitos familiares esporádicos ou não. Após coleta de tais dados a equipe poderá realizar discussão do caso com ou sem apoio matricial, onde será definido (de acordo com os prejuízos identificados ou não) se o usuário e/ou familiar será encaminhado a grupos e oficinas na própria unidade, ou se será encaminhado para avaliação no CAPS AD.

(4) e (5) Com o uso mais frequente, o CAPS AD deve ser acionado, seja durante o apoio matricial, seja por encaminhamento direto ao plantão. Será realizada nova escuta e elaboração

do PTS (Projeto Terapêutico Singular) no serviço, além de possíveis encaminhamentos e articulações de acordo com a complexidade de cada caso.

(6) A família deve ser orientada que durante tais episódios deverá acionar SAMU (e se necessário) apoio da segurança pública (GCM ou PM), para que o usuário seja levado ao serviço de pronto atendimento de referência.

É importante frisar que, independentemente do padrão habitual de uso, a pessoa deve ser levada ao pronto atendimento em caso de intoxicação aguda.

Outro ponto importante é que, em todas as etapas, a rede de apoio do usuário, isto é, familiares e amigos, têm papel fundamental no curso do tratamento.

CAPÍTULO 8. A psiquiatria no contexto da Atenção Básica

8.1 Hipótese diagnóstica (HD) em psiquiatria

Para elucidação da hipótese diagnóstica em psiquiatria o médico se vale de diferentes instrumentos de avaliação como por exemplo: a entrevista de anamnese, o exame psíquico, os dados do prontuário do usuário, a leitura de relatórios ou, no caso do Suzano, do roteiro para acolhimento em saúde mental, exames, entre outros. Aqui citaremos apenas dois: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e o exame psíquico, pois são assuntos frequentes nas Unidades de Saúde e precisam ser compreendidos.

Ressaltamos que se trata de uma hipótese diagnóstica que pode ser refeita conforme o profissional segue com o acompanhamento do usuário. A hipótese diagnóstica também pode estar associada a outros transtornos, ou seja, mais de uma HD pode ser levantada e tratada ao mesmo tempo, por exemplo: o usuário pode ter deficiência intelectual e apresentar sintomas depressivos.

8.2 Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Você já deve ter visto alguns usuários falarem: “Eu sou F20 (esquizofrenia)”, “Eu recebi o CID F30 (transtorno do humor) o que é isso?” ou “Essa pessoa é F60 (transtorno de personalidade) por isso age assim”.

Após cuidadosa avaliação dos casos, os médicos utilizam os códigos para informar a Hipótese Diagnóstica, elas são necessárias para facilitar o diálogo com profissionais de diferentes áreas, para aquisição de benefícios previdenciários (auxílio-doença, por exemplo) e assistenciais (isenção tarifária, Benefício de Prestação Continuada (BPC), isenção de impostos para pessoas portadoras de deficiências na compra de veículos etc.). Entretanto, é necessário cuidado ao usarmos os códigos, pois ao receber um número por meio de um relatório médico o usuário pode não entender que aquilo faz parte de uma avaliação que é completa e que ele, pessoa, não se reduz a um número, a um CID.

Ressaltamos a responsabilidade dos profissionais de saúde em evitar estigmas e, mais do que isso, promover saúde mental por meio de orientações claras e livres de qualquer julgamento.

A CID-10 é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos

anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças.

A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código, no caso dos transtornos mentais e comportamentais o código se inicia com a letra F. Abaixo iremos descrever os códigos frequentemente usados pela psiquiatria, conforme a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (1996).

CID 10		Exemplos
F00 a F09	Transtornos mentais de orgânica	Demências
F10 a F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	Uso de álcool, canabinóides, cocaína, alucinógeno, fumo, múltiplas drogas
F20 a F29	Esquizofrenia	Esquizofrenia, transtorno delirante persistente, esquizoafetivos, psicótico agudos e transitórios
F30 a F39	Transtornos do humor afetivos	Transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo, transtorno depressivo recorrente
F40 a F48	Transtornos neuróticos	Transtorno obsessivo compulsivo, fóbicos- ansiosos, transtornos ansiosos, reações ao stress grave e transtornos de adaptação
F50 a F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	Transtornos de alimentação, transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério
F60 a F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	Transtornos específicos da personalidade, transtornos dos hábitos e dos impulsos, transtornos de identidade sexual
F70 a F79	Retardo mental	Leve, moderado, grave, profundo
F80 a F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares, transtornos globais do desenvolvimento
F90 a F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	Distúrbios de conduta, tiques, transtornos emocionais com início especificamente na infância
F99	Transtorno mental não especificado em outra parte	

Descrevemos de forma extremamente resumida a estrutura dos códigos da classe F contidos no manual CID-10, porém há uma quantidade de informações expressivas dentro do

manual que podem ser consultados no dia a dia pela equipe multiprofissional. Em seguida iremos detalhar um pouco mais os transtornos mais comuns de acordo com o CID-10.

8.3 Compreendendo o exame psíquico

É comum ao realizarmos atendimento em saúde mental ouvirmos expressões do tipo: “eu vejo vultos”, “escuto pessoas me chamando”, “escuto vozes”, “vi bichos no meu quarto” etc. Para compreendermos melhor do que se trata essas expressões iremos apresentar neste capítulo o exame psíquico ou do estado mental que é um instrumento de avaliação da psiquiatria, mas que é importante que tenhamos conhecimento dos termos abaixo descritos para compreendermos melhor as demandas trazidas pelos usuários do serviço de saúde.

Por meio do exame psíquico é possível identificar quais funções psíquicas podem estar alteradas, entretanto não existem funções psíquicas isoladas e alterações psicopatológicas fragmentadas, é fundamental considerar a pessoa em sua totalidade (BOTEGA et al., 2012).

O conteúdo a seguir foi produzido com base nos conceitos apresentados por Botega et al. (2012, p. 176 – 177) e os exemplos para ilustrar os conceitos partem do cotidiano dos profissionais:

Exame psíquico

Aspecto geral	Refere-se ao autocuidado, estado de higiene, postura, mímica e atitude global durante o atendimento. Há casos em que ocorre a autonegligência de forma tão acentuada que é fácil identificar prejuízo nessa área.
Nível de consciência	Estado normal que é o desperto; pode haver alterações quantitativas da consciência: obnubilação, torpor, sopor e coma; e alterações qualitativas: estado crepuscular, estado dissociativo e hipnótico.
Orientação	Pode ser alopsíquica (quanto ao tempo e quanto ao espaço) e auto psíquica (quanto a si mesmo). A desorientação temporal ou temporoespacial pode ocorrer em casos em que há acometimento clínico e em casos de apatia profunda.
Atenção	O funcionamento normal da atenção chama-se normoprosexia e a diminuição hipoprosexia. Quando há aumento na capacidade de concentração e manutenção da atenção chama-se tenacidade e o contrário distrabilidade (hipotenacidade e hipervigilância). A distrabilidade pode ocorrer nos casos em que a pessoa está em mania (Transtorno Bipolar) o que pode inviabilizar a coleta de informações.
Memória	A avaliação da memória pode auxiliar no diagnóstico de quadros clínicos, por exemplo da Demência. As categorias a serem analisadas são: memória imediata (dura poucos segundos e é descartada em seguida), recente e remota; memória de fixação e evocação (capacidade de adquirir, armazenar e recuperar o que foi memorizado); e as amnésias orgânicas e psicogênicas (conteúdos autobiográficos).

Sensopercepção	<p>A Ilusão é a percepção deformada de um objeto real, por exemplo a pessoa apaga a luz e quando se deita vê objetos atrás do armário e pensa que é uma pessoa, um vulto. Costumeiramente essa percepção deformada da realidade ocorre com muitas pessoas, entretanto disfunções na sensopercepção que caracterizam quadros de alucinações precisam ser observadas com cuidado e verificada a necessidade de tratamento.</p> <p>Alucinação é a percepção sem a presença do objeto estimulante, as alucinações psicóticas geralmente são auditivas, em terceira pessoa, comentam atos da pessoa, também podem ser incompreensíveis, podem ter mais de uma voz ao mesmo tempo, por exemplo: alguns pacientes relatam ouvir “você é um inútil mesmo, não sei porque está vivo”. São geralmente muito assustadoras, mas há casos em que a pessoa relata ouvir vozes de apoio e que a ajudam se organizar. Mas também podem ser visuais e geralmente estão relacionadas a etiologia orgânica, por exemplo no <i>Delirium Tremens</i> que é um quadro confusional e está relacionado a abstinência do uso de álcool. Alucinações olfativas e gustativas, táteis, cenestésicas (a pessoa tem a sensação de que coisas anormais se passam com seus órgãos) e cinésicas (sensações ligadas ao movimento do próprio corpo).</p> <p>Importante se atentar para as pseudoalucinações quando estas fazem algum sentido, por exemplo: a pessoa que passa por processo de luto e ouvi o ente querido que faleceu chamando. Também não são alucinações psicóticas visões produzidas em estados febris e criações fantasiosas, bem como conteúdo religioso produzido dentro do contexto religioso culturalmente aceito pela pessoa.</p>
Pensamento	<p>A velocidade e modo de fluir do pensamento caracterizam seu curso, está lento? acelerado? a forma que é a estrutura e o conteúdo que são os temas principais, está desorganizado? de difícil compreensão (fuga de ideias, afrouxamento de associações, descarrilhamento, desagregação, pensamento confusional)</p>
Linguagem	<p>Algumas disfunções na linguagem podem ocorrer por alterações orgânicas ou psiquiátricas. As alterações psiquiátricas são bradifasia, loquacidade (aumento do fluxo sem incoerência), logorreia (aumento do fluxo com incoerência), mutismo, perseverações verbais (repetição automática de palavras), ecolalia (repetição patológica), mussitação (voz murmurada), pararresposta (oposição verbal) e neologismos (criação de novas palavras).</p>
Juízo de realidade	<p>O delírio caracteriza o juízo de realidade alterado e pode trazer importante prejuízo no funcionamento da pessoa. São ideias errôneas por superestimação afetiva e ideias obsessivas que podem ser egossintônicas (as ideias são aceitáveis pela pessoa) ou egodistônicas (as ideias são percebidas como absurdas pela pessoa). No delírio observa-se a resposta afetiva, como a pessoa age e qual sua convicção sobre essas ideias.</p>

Humor e afeto	Aqui verifica-se o humor da pessoa está eufímico(normal), hipotímico (baixa do humor), hipertímico (humor exaltado), irritado, exaltado, pueril, ansioso, apático, hipomodulado (prejuízo na capacidade de sentir prazer) ou embotado.
Volição	O processo volitivo (vontade) indica o quanto a pessoa consegue tomar decisões e executá-las. Aqui pode-se observar comportamentos impulsivos.
Psicomotricidade	A psicomotricidade é a integração das funções motoras e psíquicas em consequência da maturidade do sistema nervoso, avalia-se estereotípias motoras, maneirismos (movimentos repetitivos), agitação, lentidão ou aceleração.
Inteligência	A inteligência é um conjunto de habilidades cognitivas formada por processos intelectuais como raciocínio, planejamento, resolução de problemas, pensamento abstrato, aprendizagem e compreensão de ideias complexas. Aqui busca-se identificar se existem déficits nessas áreas.
Crítica	<p>A crítica é a capacidade da pessoa entender, ter conhecimento sobre seu estado. Saber sobre a crítica do usuário é fundamental, pois ela pode estar ausente, parcial ou preservada e isso irá influenciar diretamente no resultado do tratamento e manejo do caso.</p> <p>Exemplo: caso grave de esquizofrenia com a crítica ausente pode dificultar a adesão do usuário ao tratamento, pois a pessoa não tem escuta, pode não aceitar o PTS (ir à consulta médica, fazer uso da medicação, participação em oficinas etc.) e provavelmente a equipe terá dificuldade para vincular com o usuário. Apesar da maior dificuldade que a equipe irá encontrar na crítica ausente sempre é possível realizar algum tipo de intervenção que beneficie o usuário e seus familiares, para tanto será necessário estudar o caso com cuidado e engajamento no manejo.</p>

Abaixo disponibilizamos importante ferramenta contendo instrumentos para triagem de alguns transtornos mentais prevalentes na Atenção Básica:

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Registrar escolaridade e data do exame

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (0-5 pontos)

1- Dia Mês Ano Dia da semana Horas

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (0-5 pontos)

2- Local (específico) Local (geral) Bairro
Cidade Estado

REGISTRO (0-3 pontos)

3- Repetir 3 palavras:
carro vaso tijolo

ATENÇÃO E CÁLCULO (0-5 pontos)

4- Série decrescente de 100-7:
93 86 79 72 65
ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente:
O D N U M

EVOCAÇÃO (0-3 pontos)

5- Repetir as 3 palavras do registro:
carro vaso tijolo

LINGUAGEM (0-8 pontos)

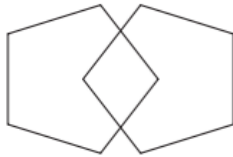
6- Denominar um relógio de pulso e uma caneta
7- Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá"
8- Atender ao comando: "peque um papel com a mão direita , dobre-o ao meio e coloque-o no chão"
9- Ler e obedecer a seguinte ordem por escrito:

FECHE OS OLHOS

10- Escrever uma frase completa

PRAXIA (0-1 ponto)

11- Copiar o desenho



Pontos de corte para risco de déficit cognitivo:

analfabeto: 13 pontos

1 a 7 anos de estudo: 18 pontos

8 ou mais anos de estudo: 23 pontos

BERTOLUCCI, P. et al, *Arq Neuropsiquiatr*; 52:1-7. 1994.

5

ROTEIROS PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL

PRINCÍPIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

- I- Os profissionais da Saúde da Família são especializados e qualificados;
- II- Os cuidados são influenciados pela comunidade;
- III- A equipe de Saúde da Família é um recurso de uma população definida;
- IV- A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do profissional da Saúde da Família.

Adaptado de LOPES, J. M. C.

Disponível em www.agmfc.org.br/site/principios.asp; acesso em 15/3/2009

ETAPAS DO ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA

- 1- Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente (illness x disease);
- 2- Entendendo a pessoa como um todo;
- 3- Elaborando projeto comum de manejo dos problemas;
- 4- Incorporando prevenção e promoção à saúde;
- 5- Intensificando a relação profissional - pessoa;
- 6- Sendo realista.

Adaptado de STEWART, M et al. *Patient centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Medical, 2003.

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

Aproximação da Clínica Ampliada

- Motivo do matriciamento;
- Informações sobre a pessoa, família e ambiente;
- Problemática apresentada no atendimento (nas palavras da pessoa, familiar, outros);
- História do problema atual (início, fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, compartilhamento do caso (referência/contra-referência);
- Configuração familiar (genograma);
- Vida social (participação em grupos, instituições, rede de apoio social, situação econômica);
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar;
- Formulação diagnóstica multi-axial.

Formulação Diagnóstica Multiaxial

- 1- Transtornos mentais;
- 2- Transtornos/estilo de personalidade e t. do desenvolvimento;
- 3- Problemas de saúde em geral;
- 4- Avaliação de incapacidade;
- 5- Problemas sociais.

Formulação de Projeto Terapêutico Singular

- 1- Abordagens biológicas e farmacológica;
- 2- Abordagens psicossocial e familiar;
- 3- Apoio do sistema de saúde;
- 4- Apoio da rede comunitária;
- 5- Trabalho em equipe: quem faz o quê.

6

Cartão Babel

de Saúde Mental na Atenção Básica

Este cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.

Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O cartão Babel foi adaptado, com autorização de seus autores, do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morris, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Routledge, 2008)



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Este cartão pode ser reproduzido parcial ou integralmente, desde que citada a fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. *Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.

⁹ Disponível em moodle.unasus.gov.br

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

1) Apresentação e comportamento

- Descrever atitude do paciente, vestes, reação ao contato, atividade psicomotora, movimentos involuntários, postura;

2) Cognição

- Consciência: obnubilação, sonolência, estupor, coma, letargia, estado de fuga (esquece sua identidade, com tendência a sair vagueando).
- Orientação auto e alopsíquica (local, hora, dia e data)
- Atenção e concentração dirigida e espontânea (do meio ambiente)
- Memória imediata : experiências nos últimos dias
- Memória remota: eventos pessoais passados como escola, casamento
- Inteligência: cálculos, leitura

3) Afetividade, humor e vitalidade

- Registrar a reação e sintonia afetiva entre discurso e conteúdo;
- Observar tendência ao choro, tristeza, euforia, desinibição. Variação do humor durante o dia, ânimo, libido;
- Avaliar distúrbios do sono, alteração de apetite e peso e ideação suicida;

4) Discurso

- Avaliar a velocidade do discurso, sua qualidade (se é coerente e continuidade (se há associação lógica entre temas, idéias e assuntos);

5) Conteúdo do pensamento

- Investigar preocupações, pensamentos recorrentes, dúvidas, motivos de ansiedade e medo; fobias e pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou rituais ou estratégias para evitar ou aliviar ansiedade.
- Notar se há delírios (idéias patologicamente falseadas, que não encontram sustentação lógica).

6) Sensopercepção

- Ilusão é a percepção sensorial alterada de um estímulo real;
- Alucinação é a percepção irreal que ocorre na ausência de estímulo externo. As alucinações podem ser auditivas, como as verbais na terceira pessoa (mais comuns em psicoses), visuais (mais frequentes em distúrbios orgânicos), olfativas, gustatórias ou táteis;
- Despersonalização é a sensação de irrealidade em relação ao próprio corpo (relativamente frequente em transtornos ansiosos e depressivos);

7) Juízo e autocrítica

- Juízo: alterado na ocorrência de delírios (com gradações)
- Para exame da autocrítica, usar perguntas como: "Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa?", "Você acha que pode estar precisando de tratamento?"

TRIAGEM PARA DEPRESSÃO

- 1- Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?
- 2- Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente
Se houver menos uma resposta 'sim', faça as perguntas a seguir:
 - A- Seu apetite mudou de forma significativa?
 - B- Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?
 - C- Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?
 - D- Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?
 - E- Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?
 - F- Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?
 - G- Teve por varias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo?

Se 'sim' em 1 ou 2 + 'sim' em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão:

- 3 e 4 respostas positivas—depressão leve
- 5 a 7 respostas positivas—depressão moderada
- risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas—depressão grave

Em caso de depressão:

- Avaliar risco de suicídio (ver a seguir)
- Considerar transtorno afetivo bipolar e investigar quadro progressivo de mania
- Questionar sobre uso de drogas e álcool

Adaptado de AMORIM, P.; Rev Bras Psiquiatr ; 22:106-15, 2000

AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

- 1- Você pensou que seria melhor estar morto? (1)
- 2- Você quer fazer mal a si mesmo? (2)
- 3- Você tem pensado em se suicidar? (6)
- 4- Você tem planejado uma maneira de se suicidar? (10)
- 5- Você tentou o suicídio (recentemente)? (10)
- 6- Você já fez alguma tentativa de suicídio (em sua vida)? (4)

Risco de suicídio (somar os pontos)

1-5: leve; 6-9: moderado; 10-33: elevado

Lembre-se: O melhor preditor de suicídio nos antecedentes pessoais é uma história prévia de tentativa de suicídio

Adaptado de AMORIM, P.; Rev Bras Psiquiatr ; 22:106-15, 2000; e

TRIAGEM PARA ANSIEDADE

- 1- Você tem se preocupado demais?
- 2- Você tem se sentido esgotado, tenso?
- 3- Você tem se sentido muito irritado(a) ou com "problema nos nervos"?
- 4- Você tem tido dificuldade em relaxar?
Se houver pelo menos dois 'sim', faça as perguntas a seguir:
- 5- Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir?
- 6- Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal estar na cabeça?
- 7- Você tem sentido tontura, suor frio, diarreia, formigamentos, desconforto no estômago, batadeira etc. (sintomas autonômicos)?
- 8- Você está preocupado com sua saúde?
- 9- Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida e relações com outras pessoas?

Respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam forte risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade.

Adaptado de GOLDBERG, D. et al, *Psychiatry in Medical Practice*, Routledge, 2008. p. 8

USO NOCIVO DE ÁLCOOL (CAGE)

- C (cut) – Você já considerou beber menos ou parar de beber?
A (annoyed) – Pessoas o tem perturbado por criticá-lo por beber?
G (guilty) – Você tem se sentido culpado ou mal por beber?
E (eye opener) – Você bebeu logo pela manhã, ao acordar, para aliviar os nervos ou a ressaca?

Se pelo menos duas positivas fazer consulta específica para alcoolismo e drogas (pode-se usar o instrumento ASSIST da OMS)

MASUR, J. et al, *J Bras Psiquiatr*; 34:31-4, 1985

DEPENDÊNCIA AO TABACO

(TESTE DE FAGERSTRÖM)

- 1- Quanto tempo você demora para fumar depois que acordar?
<5 min (3) 5-30 min (2) 31-60 min (1) >60 min (0)
- 2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
Sim (1) Não (0)
- 3- Qual cigarro do dia que te dá mais satisfação?
O primeiro da manhã (1) Outros (0)
- 4- Quantos cigarros você fuma por dia?
<10 (0) 11 a 20 (1) 21 a 30 (2) >30 (3)
- 5- Você fuma frequentemente pela manhã?
Sim (1) Não (0)
- 6- Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
Sim (1) Não (0)

Grau da dependência (somar os pontos):

0-2: muito baixo; 3-4: baixo; 5: médio; 6-7: elevado.

8.4 Propostas de tratamento medicamentoso dentro do Projeto Terapêutico Singular

Realizada a escuta, após discussão do caso entre as equipes, é provável que se obtenha a hipótese diagnóstica e proposta de tratamento. Dentro disto, pode-se propor a avaliação médica.

Ao propor tratamento ao usuário que busca o serviço de saúde, o médico e os outros profissionais devem fazer com o olhar da clínica ampliada, que é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (2004) que propõe o incentivo à autonomia do usuário do serviço, respeitando a especificidade de cada caso e o estabelecimento de vínculo.

O PTS, conforme já discutido no item 1.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS) do capítulo 1 deste material, é pactuado com o usuário e, em alguns casos, com seu familiar. Pode ser proposto como tratamento o uso de medicação psicotrópica, a participação de grupos ou oficinas terapêuticas, psicoterapia individual ou em grupo, encaminhamento para outros serviços (educação, lazer, trabalho, assistência social etc. O médico pode optar pela introdução de tratamento medicamentoso no PTS, a partir da discussão do caso e atendimento do usuário.

8.5 Principais psicotrópicos fornecidos pelo SUS

Incluimos o tópico sobre os principais psicotrópicos fornecidos pelo SUS para que você conheça seus nomes, apresentação e local de acesso, pois frequentemente esses medicamentos são prescritos pelos médicos que atuam no município.

Os psicotrópicos são drogas que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC), são classificadas como depressoras de atividade do SNC, estimulantes de atividades do SNC e perturbadores de atividade do SNC.

Para facilitar a leitura iremos expor as informações em forma de tabela que foi elaborada com base na relação Municipal de Medicamentos (REMUME), que é utilizada nos equipamentos de saúde de acordo com suas áreas de atenção e pontos de acesso, sendo disponibilizados em toda a Rede de Saúde, conforme preconizado nas legislações vigentes. A REMUME é elaborada tendo como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (PCDT) e a colaboração multidisciplinar de servidores das áreas técnicas junto à Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) e seus critérios.

a) Cuidados e manejo clínico com pacientes em uso de substâncias psicoativas

O uso dos psicotrópicos deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde com muita seriedade, pois pode ocorrer o uso inadequado caso a pessoa não compreenda a importância de seguir a prescrição médica. O uso correto e consciente evita riscos ao usuário e promove a economia de recursos públicos.

Sobre a adesão ao tratamento medicamentoso, sempre que possível, é necessário que o usuário compreenda os benefícios, os riscos, o período para que se obtenha os efeitos esperados com o uso da medicação e quais são os possíveis efeitos colaterais. Também é necessário que ao realizar a prescrição o profissional leve em consideração crenças religiosas, culturais, convicções pessoais e familiares sobre o uso dos medicamentos, pois esses aspectos estão diretamente ligados ao sucesso do tratamento medicamentoso.

Importante observar o risco de dependência psíquica e física dos benzodiazepínicos, principalmente se usados incorretamente e de forma abusiva, por isso é fundamental que o usuário saiba do risco desde o início do tratamento e sobre a retirada de forma gradual ao término do tratamento.

Outro risco com relação aos medicamentos psicotrópicos é a pessoa fazer uso com intuito de autoextermínio, especialmente nos casos de transtornos depressivos e de personalidade.

Portanto, ressaltamos que nos casos de maior gravidade ou risco, é importante que o usuário esteja acompanhado por um familiar ou pessoa próxima nas consultas com o médico, para que estes se responsabilizem pela guarda e administração da medicação e compreendam a importância do tratamento farmacológico.

Também há a possibilidade de a equipe de enfermagem prestar o serviço de medicação assistida nos equipamentos de saúde. Neste caso a equipe avaliará sua necessidade, especialmente se o usuário não tiver rede de apoio.

b) Psicotrópicos dispensados pelo município de Suzano – REMUME

NEUROLÉPTICOS (PSICOTRÓPICOS)					
Clorpromazina	25 mg e 100 mg comprimido revestido	Halopetidol, Decanoato	70,52 mg ampola 1 ml	Haloperidol	5 mg comprimido
Levomepromazina 4% solução oral frasco 20 ml			Risperidona 1 mg comprimido revestido		
Haloperidol 2mg/ml solução oral frasco 20 ml			Risperidona 1 mg solução oral		
BENZODIAZEPÍNICOS (ANSIOLÍTICOS/HIPNÓTICOS)					
Clonazepam	2,5 mg/ml solução oral frasco 20 ml	Diazepam	5 mg e 10 mg comprimido	Clonazepam	2 mg comprimido
ANTIDEPRESSIVOS					
Amitriptilina	25 mg comprimido revestido	Imipramina	25 mg comprimido	Fluoxetina	20 mg cápsulas
Clomipramina	25 mg comprimido	Nortriptilina	25 mg comprimido	Sertralina	50 mg comprimido
ESTABILIZADORES DE HUMOR					
Ácido Valpróico	250 mg cápsulas	Carbamazepina	20 mg/ml frasco 100 ml	Carbamazepina	200 mg comprimido
Ácido Valpróico	50 mg/ml xarope frasco 100 ml		Carbonato de Lítio	300 mg comprimido	
ANTICOLINÉRGICOS					
Biperideno	2 mg comprimido				
ANTICONVULSIVANTES					
Fenitoína	100 mg comprimido	Fenobarbital	4% solução oral 20 ml	Fenobarbital	100 mg comprimido
ANTAGONISTA OPIOIDE					
Naltrexona	50 mg comprimido				

Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Suzano

c) Locais de dispensação de medicação psicotrópica em Suzano

Locais de dispensação de medicação psicotrópica em Suzano:

UBS Prefeito Alberto Nunes Martins- CSII
 UBS Dr. André Cano Garcia -Boa Vista
 UBS Prof. João Olímpio Neto - Casa Branca
 UBS Palmeiras
 USF Maria Inês Pinto dos Santos -Jardim Revista
 USF Vereador Marçal Lopes Rosa -Vila Amorim
 CAPS Devir (para usuários dos CAPS)

8.6 Medicação de Alto Custo

Para retirada de medicação no alto custo é necessário que a Unidade junto ao médico que prescreveu a medicação providencie a documentação necessária: laudo para solicitação de medicamentos (LME), exames, se for a primeira vez o Termo de Consentimento específico para cada patologia e documentos originais do usuário (as informações completas e atualizadas podem ser encontradas nas páginas do governo do Estado a respeito das farmácias de alto custo).

Na lista dos psicotrópicos dispensados pela farmácia de alto custo do Estado constam alguns medicamentos que o município já fornece e estes deverão ser retirados nas UBSs listadas.

a) Farmácia de Alto Custo em Mogi das Cruzes

Farmácia de Alto Custo Regional:

Avenida Narciso Yague Guimarães, 776 – Centro Cívico – Mogi das Cruzes

Telefone: 4637-4540

Os formulários de Alto Custo estão disponíveis no link abaixo:

<https://www.suzano.sp.gov.br/web/saude/rede-de-assistencia-farmaceutica/componentes-especializados-alto-custo/>

b) Psicotrópicos dispensados pela farmácia de alto custo do Estado

NEUROLÉPTICOS (ANTIPSIÓTICOS)					
Cloridrato de clorpromazina	5 mg/ml solução injetável	Haloperidol	2 mg/ml solução oral	Risperidona	1 mg, 2 mg, 3 mg comprimido
Cloridrato de clorpromazina	40 mg/ml solução	Haloperidol	1mg e 5 mg comprimido	Risperidona	1mg/ml solução oral frasco com 30 ml
Cloridrato de clorpromazina	25 mg e 100 mg comprimido	Haloperidol Decanoato	5 mg/ml solução injetável	Hemifuramato de Quetiapina	25 mg, 100 mg, 200 mg e 300 mg comprimido
Clozapina	25 mg e 100 mg comprimido	Haloperidol Decanoato	25 mg/ml solução injetável	Olanzapina	5 mg e 10 mg comprimido
BENZODIAZEPÍNICOS (ANSIOLÍTICOS/ HIPNÓTICOS)					
Clonazepam	2,5 mg/ml solução oral frasco 20 ml	Diazepam	5 mg/ml solução injetável	Diazepam	5 mg e 10 mg comprimido
ANTIDEPRESSIVOS					

Cloridrato de amitriptilina	25 mg e 75 mg comprimido	Cloridrato de Fluoxetina	20 mg cápsulas	Cloridrato de Fluoxetina	20 mg comprimido
Cloridrato de Clomipramina 10 mg e 25 mg comprimido			Cloridrato de Nortriptilina 10 mg, 25 mg, 50 mg e 75 mg cápsulas		
ESTABILIZADORES DE HUMOR					
Carbamazepina 200 mg e 400 mg comprimido			Carbamazepina 20 mg/ml frasco 100 ml		
ANTICOLINÉRGICOS					
Cloridrato de Biperideno 4 mg comprimido de liberação prolongada					
ANTICONVULSIVANTES					
Fenitoína	100 mg comprimido	Fenobarbital	100 mg/ml solução injetável	Lamotrigina	25 mg, 50 mg e 100 mg comprimido
Fenitoína	20 mg/ml suspensão oral	Fenobarbital	40 mg/ml solução oral	Fenobarbital	100 mg comprimido
Fenitoína 50 mg/ml solução oral					
ANTI-HISTAMÍNICOS					
Cloridrato de Prometazina 25 mg comprimido			Cloridrato de Prometazina 25 mg/ml solução injetável		

Fonte: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2020

CAPÍTULO 9. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

As coisas não são ultrapassadas tão facilmente, são transformadas (Nise da Silveira)

A atenção psicossocial especializada é formada por equipes multiprofissionais, que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essas equipes trabalham na lógica interdisciplinar e realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes sem indicação de internação e às pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo ou prejudicial de álcool e outras drogas, em sua área territorial.

Os CAPS recebem diretamente usuários egressos de internação após alta de Enfermaria Psiquiátrica, Hospitais ou Clínicas Psiquiátricas, Instituições de Álcool e Drogas, Pronto Socorro Municipal ou Pronto Atendimento. Os CAPS também recebem demanda espontânea, embora a porta de entrada se dê preferencialmente pela Atenção Básica, após o caso ter sido devidamente acolhido.

Nos casos abaixo citados, na sua apresentação grave, podem causar prejuízos relevantes nas relações sociais, na execução de atividades de vida diária, no trabalho e ambiente familiar, o que justifica o acompanhamento em CAPS.

9.1 Público prioritariamente atendidos nos CAPS

a) Público prioritariamente atendido no CAPS Infantojuvenil Entrelaços

- Crianças e adolescentes de 0 a 17 anos e 11 meses.
- Uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas (dependendo da idade do adolescente o caso pode ser compartilhado com o CAPS AD)
- Usuários com desestabilização importante do quadro psiquiátrico com agitação psicomotora, sem necessidade de contenção, com exaltação do humor, delírios, alucinações, desorganização do pensamento e do comportamento;
- Usuários com transtorno psiquiátrico agudizado com baixo risco para si ou para os outros, com prejuízos funcionais nos laços sociais, familiares, escolares ou acadêmicos e laboratoriais que necessitem de regime mais intensivo de tratamento;
- Usuários com humor gravemente deprimido (tristeza, pessimismo, desesperança, desânimo, inapetência, impulsividade e isolamento social) e com prejuízo na funcionalidade;
- Usuários egressos de internação em enfermaria psiquiátrica, Pronto Socorro ou Pronto Atendimento após alta por tentativa de suicídio.
- Transtornos globais do desenvolvimento com prejuízo da funcionalidade

- Violência autoprovocada (tentativas de suicídio, automutilação e outros comportamentos de risco) com prejuízos funcionais.

b) Público prioritariamente atendido nos CAPS Adulto (Alumiar e Devir)

- Usuários egressos de internação em enfermaria psiquiátrica, Pronto Socorro ou Pronto Atendimento após alta por tentativa de suicídio.
- Usuários refratários ao tratamento com sintomatologia exuberante, mesmo com uso regular de medicação ou fazendo uso descontínuo;
- Usuários com transtorno psiquiátrico agudizado com baixo risco para si ou para os outros, com prejuízos funcionais nos laços sociais, familiares, escolares ou acadêmicos e laboratoriais que necessitem de regime mais intensivo de tratamento;
- Usuários com desestabilização importante do quadro psiquiátrico com agitação psicomotora, sem necessidade de contenção, com exaltação do humor, delírios, alucinações, desorganização do pensamento e do comportamento;
- Usuários egressos de internação psiquiátrica.
- Usuários com humor gravemente deprimido (tristeza, pessimismo, desesperança, desânimo, inapetência, impulsividade e isolamento social) e com prejuízo na funcionalidade;
- Usuários com autonegligência importante;

c) Público prioritariamente atendido nos CAPS AD (Álcool e Drogas)

Serviço voltado para atendimentos de adultos;

- Usuário de álcool e /ou outras drogas que mantém um padrão de uso moderado/grave com múltiplas recaídas e internações;
- Usuários que apresentam quadros de dependência ou uso abusivo e prejuízo funcional nos laços sociais, familiares, escolares ou acadêmicos e laborais que necessite, de regime mais intensivo de tratamento;
- Usuários com maior vulnerabilidade: adolescente acima de 16 anos (compartilhado com CAPS Infantojuvenil), puérpera e gestante, idoso, pessoa em situação de rua e risco de morte;

Os casos de agitação psicomotora, risco clínico (overdose, síndrome de abstinência grave por álcool ou outras drogas) são remetidos diretamente para o serviço de emergência hospitalar (Pronto Socorro Municipal) via SAMU e se necessário apoio da polícia militar ou guarda civil municipal.

d) População privada de liberdade:

Alguns usuários de saúde mental que cometem delitos podem cumprir a medida de segurança em tratamento ambulatorial no CAPS, assim como os egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e Fundação Casa.

Nesses casos, durante um período determinado pelo poder judiciário existe a obrigatoriedade da apresentação, mensal ou no prazo determinado, de relatório circunstanciado sobre o tratamento do usuário no Serviço de Saúde Mental.

9.2 Atividades realizadas nos CAPS

Assim como na atenção especializada as atividades realizadas nos CAPS são prioritariamente coletivas e articuladas com outros pontos de atenção da rede, podendo ser:

- Acolhimento e escuta;
- Entrevistas diagnósticas;
- Oficinas terapêuticas;
- Grupos terapêuticos;
- Consulta psiquiátrica individual ou grupo, com usuários e seus familiares;
- Terapia fonoaudiológica com crianças, adolescentes e orientação de cuidadores;
- Consulta de enfermagem;
- Orientações da equipe de enfermagem com relação a diferentes áreas da saúde dos usuários (saúde da mulher, saúde do homem e doenças crônicas);
- Medicação assistida;
- Consulta farmacêutica/ acompanhamento psicofarmacêutico;
- Consulta com terapeuta ocupacional;
- Grupos de família e orientações individuais aos familiares;
- Psicoterapia individual e grupo;
- Intervenções em situação de crise com foco em evitar a internação psiquiátrica e fortalecer os familiares para superação da crise. A internação deve ser considerada como último recurso terapêutico e visando o restabelecimento do usuário para que ele prossiga com o acompanhamento no território;
- Visita domiciliar -VD: os objetivos da VD são diversos, entre eles está a busca ativa de casos novos ou dos casos com baixa adesão; para entender a dinâmica familiar; administrar medicação; consulta médica psiquiátrica na residência; conhecer as condições de moradia (estrutura e capacidade de cuidado do ambiente); investimento no vínculo com o usuário e seus familiares; checar endereço residencial; conhecer o entorno do local de moradia do usuário (comunidade, espaços de lazer, educação, saúde, assistência social); dentre outros;

- Diálogo com rede: Assistência Social (CRAS, CREAS, Abrigos e Albergue); Saúde (Pronto Socorro, UBS, SAE/CTA, CAPS e Hospital Regional); Conselho Tutelar, Instituições religiosas, Habitação; Educação; Esporte e Lazer; Segurança e Cidadania e Judiciário e Organizações não governamentais;
- Participação em eventos com a rede de saúde mental do Alto Tietê: Carnaval da saúde mental, Jornada Esportiva, Sarau da Saúde Mental, comemoração do dia da Luta Antimanicomial, Copa da Inclusão; dentre outros;
- Circulação pelos espaços públicos dentro e fora do município visando a inclusão social e integração entre os usuários dos diferentes serviços;
- Apoio matricial para Atenção Básica;
- Apoio ao acesso dos usuários no mercado do trabalho, geração de renda, em espaços de lazer, educação e cultura;
- Participação dos profissionais em Educação Permanente e nas reuniões com a rede de saúde;
- Práticas Integrativas e Complementares.
- Apoio psicossocial para a Residência Terapêutica.

Contatos dos CAPS e região de referência

CAPS	ENDEREÇO	TELEFONE	REFERÊNCIA
Alumiar (adulto)	Rua Otávio Miguel da Silva, 187	4741-2004/ 4748-8100	Região Central
Devir (Adulto)	Rua Eliziel Alves Costa, 223	4741-2718	Região Norte e Sul
Álcool e Drogas	Rua XV de Novembro, 26	4745-0563	Todo município
Entrelaços (Infantojuvenil)	Rua Anita Falcone, 170	4744-6120	Todo município

CAPÍTULO 10. Urgência e Emergência em Saúde Mental

10.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Atenção Hospitalar

Desde 2014, após pactuação entre as Redes de Urgência e Emergência e a RAPS o SAMU utiliza a Tabela de Avaliação e Classificação de Risco em Saúde Mental (**Anexo IX**) para atender e direcionar os pacientes com demanda de avaliação/internação psiquiátrica para o hospital regional de referência, no caso de Suzano, o Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos (HRFV) como referência para internação ou Pronto Socorro Municipal quando a demanda inicial é prioritariamente clínica.

Urgência e emergência psiquiátrica em hospital geral

A Região de Atenção à Saúde do Alto Tietê (que abrange 11 municípios, com cerca de 3.000.000 de habitantes), dispõe de 40 leitos de enfermaria psiquiátrica de curta duração em Hospital Geral, para 10 municípios, exceto Guarulhos, distribuídos nos três hospitais regionais de administração estadual direta e indireta: Hospital das Clínicas Luzia de Pinho de Melo (HCLPM), Hospital Regional Dr. Osiris Florindo Coelho (Ferraz de Vasconcelos) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba.

No município de Suzano, os casos classificados como urgência psiquiátrica são direcionados através do SAMU para o Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos. Os demais casos, com urgências inicialmente clínicas, são direcionados ao Pronto Socorro Municipal. Neste caso, após a estabilização do quadro clínico, se mantido o risco psiquiátrico, o médico do Pronto Socorro insere o pedido de vaga na Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. A CROSS regulará o leito para internação nas enfermarias referenciadas regionais, atendendo critérios de gravidade da crise.

Em consonância com a lei n 10.216, de 06 de abril de abril de 2001 **o município não fomenta a internação compulsória** como alternativa de tratamento, pois a internação compulsória nada mais é que uma ordem judicial para que o município cumpra uma internação psiquiátrica. Pelo contrário, entende-se que quando a internação é construída em conjunto com a família, serviço e quando possível o usuário, há respeito aos direitos de todos e melhor adesão ao tratamento.

Ainda de acordo com a Lei 10.216, para os casos de risco à vida do paciente ou de terceiros, os profissionais de saúde podem e devem indicar a internação de saúde mental de uma pessoa em crise, que pode se tornar **internação involuntária** quando não houver o consentimento dela ou de um familiar. Tal fato, necessita apenas ser comunicado ao Ministério Público para ciência no prazo de até 72 horas pelo responsável técnico do hospital. Nesse caso, a equipe de saúde

necessitará acionar o SAMU e apoio da Guarda Civil Municipal, se necessário, e articular a internação da pessoa. Lembrando que a internação é um ato médico, e sua admissão hospitalar dependerá da avaliação médica no local.

Nos casos de maior complexidade e dificuldade de adesão, podemos lançar mão das visitas domiciliares, atuação em rede, cuidado compartilhado entre os vários serviços e pontos de atenção. No esgotamento de tentativas dos recursos extra-hospitalares e avaliando o risco para o usuário e para terceiros, os serviços de saúde podem direcionar o usuário para uma internação involuntária com consentimento e apoio de um familiar.

10.2 Avaliação e Classificação de Risco em Saúde Mental

a) Avaliação de risco vermelha

Com indicação de encaminhamento para Emergência Psiquiátrica (acionar SAMU, se necessário apoio da GCM ou PM)

- Desestabilização importante do quadro psiquiátrico sem sinais clínicos que o justifiquem;
- Quadro psicótico: delírios, alucinações, desorganização do pensamento e do comportamento, não se expressa de maneira compreensível, dificuldade de estabelecer contato, pode estar socialmente inadequado, erotizado com humor exaltado e irritado; agitação psicomotora, auto e/ou heteroagressividade, reação desproporcional e mal adaptada a frustração ou contrariedade, estupor catatônico;
- Autonegligência importante;
- Tentativa de suicídio e Ideação suicida (pode ter planejamento de como fazer ou já tomou algumas medidas nesse sentido);
- Humor gravemente deprimido (tristeza, pessimismo, desesperança, desânimo, inapetência, impulsividade e isolamento social).

b) Avaliação de risco laranja

Com indicação de Pronto Socorro Municipal:

- Desestabilização importante do quadro psiquiátrico com sinais clínicos que o justifiquem (*Delirium*, Acidente Vascular Cerebral, Demência etc.);
- Overdose;
- Síndrome de abstinência grave por álcool ou outras drogas;
- Recusa alimentar com déficit calórico importante e desidratação;
- Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e outras drogas);
- Transtornos de ansiedade e crises de pânico.

c) Internação devido uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas

Aqui também vale o que citamos anteriormente sobre os casos de internação involuntária e, em determinados casos, voluntária. Nos casos de maior complexidade e dificuldade de adesão, esgotadas as intervenções possíveis, tais como visitas domiciliares, atuação em rede, cuidado compartilhado entre os vários serviços e pontos de atenção e avaliando o risco para o usuário e para terceiros, os serviços de saúde podem direcionar o usuário para uma internação com consentimento do usuário ou de um familiar. Desta forma, dependendo do caso a internação mostra-se a melhor alternativa para que ele consiga sair, não apenas da crise, como também consiga manter-se protegido da situação de risco e vulnerabilidade.

Descreveremos na íntegra o que a legislação versa sobre o tema: A Lei Federal nº 10.216, de 6 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, a qual prevê:

Em seu artigo 2º, Incisos VIII e IX, que garante às pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas,

“o direito de serem tratadas em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” e “serem tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”.

Já o Art. 4º da referida Lei, prevê que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes”.

“§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológica, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

“Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.”

Sendo assim, quando se observa situação de alto risco e vulnerabilidade para o usuário, transtorno psicótico agudo induzido por uso de drogas, a internação preconizada é de curta duração, em hospital geral, apenas para estabilização da situação de crise ou afastamento da situação de risco e articulação de rede de proteção.

Um dos pontos de maior fragilidade atual na Rede de Serviços da RAPS Estadual é a inexistência de um fluxo estabelecido para as internações em decorrência do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Apenas os casos com transtorno psiquiátrico associado acessam vagas de internação psiquiátrica.

O Estado de São Paulo gerencia o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), um dos únicos serviços do SUS para internação, porém os usuários só acessam o serviço por demanda espontânea ou por outros serviços referenciados pelo Estado. Os municípios do Alto Tietê vêm sofrendo a desassistência nesta área, sendo fundamental o fortalecimento de ações de prevenção, promoção e cuidado na própria rede municipal.

CAPÍTULO 11. Reabilitação Psicossocial

O manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (Carta de Bauru, 1987)

A reabilitação psicossocial, segundo Saraceno¹⁰, destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo suas consequências e os danos da experiência do transtorno mental. Para que ocorra uma efetiva reabilitação, é importante a reinserção da pessoa na sociedade. Nesse sentido, o processo de reabilitação consiste em reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.

11.1 Iniciativa de Geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

A economia solidária é uma proposta de trabalho horizontal, onde todos têm igualdade de escolhas e decisões, através da autogestão, da solidariedade, respeito e comprometimento com a sociedade, a natureza e a reutilização de recursos. Compreende uma diversidade de práticas econômicas e sociais organizadas sob a forma de cooperativas, associações, clubes de troca, empresas autogestionárias, redes de cooperação, entre outras, que realizam atividades de produção de bens, prestação de serviços, finanças solidárias, trocas, comércio justo e consumo solidário.

Em janeiro de 2016, iniciou-se a Redinha do Alto Tietê, vinculada à Rede de Saúde Mental e Economia Solidária, abrigando os empreendimentos de Suzano, Arujá, Mogi das Cruzes e Ferraz de Vasconcelos.

Em Suzano contamos com a iniciativa de geração de renda "Projeto Inspiração" composto por usuários, familiares e trabalhadores de Saúde Mental, que produzem em pequena escala produtos artesanais para comercialização nas feiras de Economia solidária, o trabalho é desenvolvido e acompanhado pelo CAPS Devir. No equipamento também é mantido um bazar permanente que é administrado por usuários dos serviços que estão engajados na iniciativa de

¹⁰ Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AM, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Pau; (SP): Hucitec; 1996

geração de renda. As iniciativas de geração de renda para usuários de saúde mental são voltadas para todos os serviços de saúde mental. Para maiores informações:

11.2 Desinstitucionalização

O Serviço Residencial Terapêutico, de acordo com definição do Ministério da Saúde (fls. 48 e 49) por meio da Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 e Portaria nº 3.090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011: As Residências Terapêuticas são moradias inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a acolher pessoas com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de internações psiquiátricas de longa duração. A inserção em um SRT compõe o longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Assim, as residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na família e na comunidade.

A Portaria nº3.090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, garante o recurso mensal de financiamento. Divide as residências em tipos I e II, a partir da avaliação das condições de saúde dos moradores, no que diz respeito ao grau de dependência e às necessidades de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral.

Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

O Ministério da Saúde (2004) define a Residência Terapêutica - RT como moradia localizada no espaço urbano que abriga pessoas com transtorno psiquiátrico; é um meio de promover a reabilitação psicossocial, os inserindo na rede de atendimento de saúde e favorecendo a criação de vínculos e inclusão social.

Com esse novo modelo de assistência e de desinstitucionalização de moradores de instituições manicomial, o Estado brasileiro institui um novo espaço de cuidado e atua no sentido de romper com o modelo manicomial e de desrespeito aos direitos humanos vigente até a década de 80.

Em 2018, em Suzano, foi inaugurado uma RT e a equipe do CAPS Devir passou a acompanhar as atividades da casa e de seus moradores que, anteriormente à institucionalização, tiveram vínculo de moradia na cidade de Suzano ou cidades do Alto Tietê (Itaquaquecetuba, Poá, Santa Isabel e Ferraz de Vasconcelos). Como nenhum destes municípios possuía o número suficiente de moradores para constituir uma casa, instalaram de forma colegiada, através do Consórcio de Desenvolvimento do Alto Tietê (CONDEMAT), uma casa em Suzano para acolher os moradores destes municípios.

Esses moradores são egressos de internações psiquiátrica de longa data (alguns com 30, 40 anos de internação) e tiveram seus vínculos familiares e comunitários rompidos, impossibilitando o retorno deles para suas famílias e comunidade. Porém, a reinserção desses usuários no espaço urbano se torna possível com o SRT.

Residência Terapêutica em Suzano

Rua Tiradentes, nº 583 Centro

Telefone: 2630-0426

Atualmente na casa moram 10 pessoas. A convivência entre os membros da casa é amigável e seus moradores podem usufruir do sentimento de liberdade, ter os aspectos da subjetividade potencializados e viver a possibilidade da convivência familiar, apesar de não terem vínculos consanguíneos.

A equipe que desenvolve o trabalho na casa é composta por 01 coordenador, 11 cuidadores, uma técnica de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais. O CAPS Devir e a UBS Monte Cristo são os equipamentos de referência para o cuidado integral dos usuários.

CAPÍTULO 12. Prevenção e Posvenção ao suicídio

Considerando a Política Nacional de Saúde Mental que prevê o cuidado de saúde mental para o sofrimento e transtornos mentais em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

Considerando a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, através da Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019.

A Secretaria de Saúde de Suzano, através da Rede de Atenção Psicossocial estabelece o seguinte Fluxo de atendimento de pessoas com história de violência autoprovocada (tentativa de suicídio, autolesão e automutilação) e ideação suicida.

SITUAÇÃO 1	CONDUTA
<p>Se a pessoa está com planejamento e/ou ideação com risco de morrer (alta impulsividade):</p> <ul style="list-style-type: none">• Refere planejamento (sabe como vai morrer, com quais meios, está se despedindo das pessoas)• demonstra intenso sofrimento (refere desejo de morrer, de desaparecer)• impulsividade (age sem pensar)• apresenta rigidez de ideias e/ou de comportamento• apresenta intoxicação ou ferimentos.• SEM SUPORTE FAMILIAR	<p>Deve ser direcionado ao serviço de emergência psiquiátrica, podendo ser acionado o SAMU.</p> <p>Comunicar a família, caso esta não esteja acompanhando a pessoa no momento.</p>
SITUAÇÃO 2	CONDUTA
<p>Se a pessoa está com planejamento e/ou ideação com risco de morrer (alta impulsividade):</p> <ul style="list-style-type: none">• Refere planejamento (sabe como vai morrer, com quais meios, está se despedindo)• demonstra intenso sofrimento (refere desejo de morrer, de desaparecer)• impulsividade (age sem pensar)• apresenta rigidez de ideias e/ou do comportamento• possui SUPORTE FAMILIAR	<p>A família deve ser orientada com a máxima nitidez possível quanto aos riscos e sobre a necessidade de internação.</p> <p>As pessoas em risco de suicídio podem estar em estado de abulia ou hipobulia (diminuição ou total incapacidade de tomar decisões voluntárias em consequência de trauma emocional intenso). Nesse sentido faz-se necessário a tomada de decisão em conjunto com a família.</p>

<ul style="list-style-type: none"> recusa de buscar serviço hospitalar 	<p>Caso a família assuma o desejo da pessoa em não ser hospitalizada, solicitar que a família assine o termo de ciência das orientações do profissional de saúde e sobre sua responsabilidade em garantir que a pessoa fique protegida: não fique sozinha e não tenha acesso a objetos de risco.</p> <p>Orientar sobre as possibilidades de atendimento nos equipamentos de saúde, inclusive sobre acionar o SAMU caso não esteja dando conta de proteger a pessoa.</p>
---	---

SITUAÇÃO 3	CONDUTA
-------------------	----------------

<ul style="list-style-type: none"> Quando a pessoa passou por tentativa recente (no último mês) ou várias tentativas prévias. Quando não há emergência clínica (ausência de: planejamento de morte, intoxicação ou ferimento) Após alta hospitalar recente por tentativa de suicídio. 	<p>Direcionar ao CAPS de referência, preferencialmente acompanhado:</p> <ul style="list-style-type: none"> -CAPS Devir - Região Norte e Sul (adultos) -CAPS Alumiar - Região Central (adultos) -CAPS Entrelaços - Todo o Município (crianças e adolescentes até 17 anos e 11 meses)
--	--

SITUAÇÃO 4	CONDUTA
-------------------	----------------

<ul style="list-style-type: none"> A pessoa apresenta comportamentos de risco – automutilação e/ou autolesão sem finalidade suicida. A pessoa apresenta ideação suicida sem planejamento e/ou refere medo de tentar 	<p>Deve ser direcionado à Unidade Básica de Saúde de referência, preferencialmente tendo sido realizado contato prévio com o gerente ou o psicólogo da Unidade de Saúde</p>
---	---

ATENÇÃO ÀS FAMÍLIAS	
----------------------------	--

<p>Famílias enlutadas (familiares de pessoas que cometeram suicídio recentemente), estão mais suscetíveis ao suicídio</p>	<p>Encaminhar para atendimento de saúde mental na Unidade de Saúde de referência.</p> <p>Monitorar as famílias para certificar-se que estão acompanhadas.</p> <p>Criação de grupos educativos para familiares enlutados.</p>
---	--

Familiares de pessoas com risco de suicídio, autolesão e automutilação	Reforçar a importância na participação ativa no tratamento, por exemplo: grupo de família, grupos educativos e atendimento individual se necessário.
Pessoas em risco sem suporte familiar	Criação de estratégias intersetoriais para fortalecer os vínculos familiares e/ou suporte social (vizinhos, amigos, comércio local)

ENCAMINHAMENTOS

Todos os encaminhamentos destes casos preferencialmente devem ser precedidos de contato telefônico com o serviço que vai acolher, para não termos o risco de perder essa pessoa no meio do caminho.

Relatório de encaminhamento:

Os casos direcionados para atendimento nos serviços de saúde podem ser encaminhados em impresso próprio utilizado pelo serviço municipal que identificou o caso, porém a fim de evitar que a pessoa precise expor sua condição para várias pessoas, que conste no relatório:

- Informações básicas de identificação: Nome, endereço, telefone, data de nascimento, familiar ou responsável com telefone.
- Relato da queixa da pessoa
- Se tem suporte familiar
- Histórico de tratamentos prévios

Notificação Compulsória Imediata (em até 24 horas): De acordo com a Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019, os casos de violência autoprovocada (tentativas de suicídio e automutilação) são de notificação compulsória por parte dos profissionais da saúde.

Os casos que envolverem crianças e adolescentes, o Conselho tutelar deverá receber a comunicação.

CAPÍTULO 13. Rede Intersectorial

Antes de falarmos sobre a Rede Intersectorial, vale a pena contextualizar a organização da Sistema Único de Saúde em Redes de Saúde e como a lógica do trabalho em rede opera para o cuidado integral das pessoas.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279/10, estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹¹ organizam-se por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária. Nas RAS o centro de comunicação é a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esta ordenadora do cuidado.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não concluída de casos de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco (tabagismos, obesidade, estresse, alimentação inadequada) e o forte crescimento da violência e das causas externas (FRENK, 2006).

Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde, fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Assim, as **Redes** de Atenção à **Saúde** (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de **saúde**, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A intersectorialidade como prática de gestão na saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a população. Pode ser entendida como um *“processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores*

¹¹ [Redes de atenção à saúde - A atenção à saúde organizada em redes.pdf \(unasus.gov.br\)](#)

na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns" ¹²

Abaixo citaremos políticas públicas que durante o processo de ativação de redes compõem as estratégias de atenção à saúde dos sujeitos:

CRAS

O CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) é o principal ponto de acesso a todos os cidadãos brasileiros que buscam por apoio no que diz respeito ao alcance da Assistência Social.

Com o objetivo de empreender soluções práticas para minorar a condição de vulnerabilidade social dos brasileiros, o CRAS oferece serviços de proteção social, além de programas e benefícios para fortalecer vínculos entre famílias e comunidade.¹³

CREAS

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública da Assistência Social que atende pessoas que vivenciam situações de violações de direitos ou de violências. Uma pessoa será atendida no CREAS, entre outras situações, por sofrer algum tipo de assédio, de discriminação, de abuso, de violência ou por demandar cuidados em razão da idade ou deficiência.¹⁴

Conselhos Tutelares

Os conselhos tutelares foram criados em 1990, com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), para desempenhar uma função estratégica: zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Nesse sentido, começam a agir sempre que os direitos de crianças e adolescentes forem ameaçados ou violados pela própria sociedade, pelo Estado, pelos pais/responsáveis ou em razão de sua própria conduta¹⁵.

¹² Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS). Diário Oficial da União 2014; 13 nov

¹³ <<http://blog.mds.gov.br/redesuas/>>

¹⁴ [CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/creas)

¹⁵ <http://conselhotutelar.sejus.df.gov.br/o-que-e/>

Rede intersetorial:

	TELEFONE	ENDEREÇO
CRAS Centro	4744-5500	Rua Monsenhor Nuno, 593 Centro
CRAS Boa Vista	4749-4325	Avenida Katsutoshi Naito, 955 – Sesc
CRAS Gardênia	4751-4377	Rua Teruo Nishikawa, 570 – Jardim Varan
CRAS Casa Branca	4747-7219	Rua Maria Clara Tavares, 125 – Parque Residencial Casa Branca
CRAS Palmeiras	4751-3756	Rua Sebastião Moreira, 198 – Parque Palmeiras
CREAS	4743-2588	Rua General Francisco Glicério, 1410 – Centro
Cadastro Único	Atendimento descentralizado nos cinco CRAS	
Conselho Tutelar 1 (Centro e Sul)	4743-3313	Rua Barão do Rio Branco, 249 Vila Costa
Conselho Tutelar 2 (Região Norte)	4748-8188	Rua Coronel Hildeberto Vieira de Melo, 60 Boa Vista
Acolhimento Institucional de mulheres em situação de violência, adultos e idosos.	Articulação via CREAS	
Conselhos de Direitos (sala dos Conselhos)	4748-8157	Rua Monsenhor Nuno, 593 Centro
Delegacia da mulher	4748-8040	Rua Presidente Nereu Ramos, 302 Jd Santa Helena
CRAVI (Centro de Referência e Apoio à Vítima / Secretaria da Justiça e Cidadania - SP Rua Baruel, 501 – Centro)	4745-2180	Rua Baruel, 501 – Centro Subsolo da prefeitura – Sala 15
OAB	4748-7473	Rua Baruel, 715 Vila Costa
Diretoria de Ensino (Escolas Estaduais)	4746-7210	Av. Mogi das Cruzes, 175 Pq. Suzano
Secretaria municipal de Cultura	4747-4180	
Secretaria municipal de Educação	4748-8041	
Secretaria municipal de Planejamento Urbano e Habitação	4745-2123	
Secretaria municipal de Esporte e Lazer	4746-1886	

Secretaria Municipal do Meio Ambiente	4745-2055	
Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social	4745-2154	
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Geração de Emprego	4742-9579	
Serviço de Ação Social e Projetos Especiais (SASPE)	4743-1600	Rua General Francisco Glicério, 1334 Centro

Referências bibliográficas

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Botega, Neury José (Organizador... (et al.). Prática Psiquiátrica em hospital geral: interconsulta e emergência – 3. Ed. – Porto Alegre: Artemed, 2012. P 176 - 177.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088/11, de 21 de maio de 2013. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 24 mai. 2013, nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Página 236 da Seção 1 do Diário Oficial da União (DOU) de 22 de dezembro de 2017. Disponível em <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/173164120/dou-secao-1-22-12-2017-pg-236>>

BRASIL. Lei 10.216/01, 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. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental>. Acesso em: 14 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 488/11, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 24 out. 2011, Sessão 1, pág. 48-55. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 31 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações programáticas estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências e Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020 {recurso eletrônico} / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde 2020. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf>. Acesso em: 03 set. 2020.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora... (et al.). (Brasília, DF): Ministério da Saúde: Centro de estudo e pesquisa coletiva, Guia prático de matriciamento em saúde mental, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 31 Ago. 2020.

Conselho Regional de Psicologia da 6ª região. "Ouvi falar...": Dialogando sobre o que você ouviu (ou não) falar sobre drogas. 2015.

Conselho Regional de Psicologia da 6ª região. Álcool e outras drogas: subsídios para a sustentação da política antimanicomial e de redução de danos. São Paulo, 2019.

_____. Decreto n. 7053, de 23 de dezembro de 2009. Institue a Política Nacional para População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20para,que%20lhe%20confere%20o%20art.l> Acesso em: 01 set. 2020.

_____. Lei 10.216/01, 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. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental>. Acesso em: 14 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso 15 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2015.

SÃO PAULO (Estado). Parecer COREN-SP 040/2014- CT PRCI Nº 4729/2014 – Revisão em julho de 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer%20040.2014.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 971/06, de 03 de maio de 2006. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em 16 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.446 de 11 de novembro de 2014. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html#:~:text=Redefine%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20\(PNPS\).&text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20redefine%20a,Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20\(PNPS\)>](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html#:~:text=Redefine%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20(PNPS).&text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20redefine%20a,Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20(PNPS)>)>. Acesso em 28 set. 2020.

Organização Mundial de Saúde. CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID – 10 Décima revisão. Trad. Do Centro de Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

Anexos



- () MÉDICO ESPECIALISTA
- () PSICÓLOGO
- () NUTRICIONISTA
- () FONOAUDIÓLOGA
- () FISIOTERAPEUTA
- () OUTRO _____

FICHA DE ACOLHIMENTO		
UNIDADE DE REFERÊNCIA:	DATA: / /	PRONTUÁRIO:
1. IDENTIFICAÇÃO		
NOME:		
NOME SOCIAL:	GÊNERO:	
CPF:	DATA DE NASCIMENTO: / /	
END. COMPLETO:		
TELEFONES:	OCUPAÇÃO:	
POSSUI BENEFÍCIO SOCIAL: () SIM () NÃO		
INFORMANTE (SE NÃO FOR O PRÓPRIO USUÁRIO) NOME:		
GRAU DE PARENTESCO:	TELEFONES:	
02. QUEIXA PRINCIPAL (QUAL O MOTIVO QUE LEVOU VOCÊ A PROCURAR ATENDIMENTO DE SAÚDE?)		
03. REALIZA ALGUM TIPO DE ACOMPANHAMENTO OU TRATAMENTO DE SAÚDE? FAZ USO DE MEDICAÇÃO? QUAL?		
04. POSSUI ALGUM TIPO DE INCÔMODO DIÁRIO (dores, insônia, enjoo, ansiedade, etc.)? EXPLIQUE.		

05. APRESENTA PERDA OU GANHO DE PESO NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES? () SIM () NÃO

APRESENTA ALTERAÇÃO DE APETITE? () NÃO SIM () AUMENTO () DIMINUIÇÃO

06. DESENVOLVIMENTO GERAL (histórico da gestação / ocorreu alguma alteração na fala, audição, locomoção?):

07. VOCÊ PENSA OU JÁ PENSOU EM FAZER MAL A SI MESMO OU A ALGUÉM?

() NÃO () SIM. EXPLIQUE:

08. FAZ USO DE ALGUMA SUBSTÂNCIA PSICOATIVA (álcool, tabaco, outras drogas)?

() NÃO () SIM. QUAL?

PADRÃO DE USO (frequência, quantidade, tipos de prejuízos):

09. PACIENTE COM AUTOCUIDADO PRESERVADO? () SIM () NÃO

APRESENTA SONOLÊNCIA? () SIM () NÃO

ESTÁ ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO? () SIM () NÃO

PENSAMENTO COM VELOCIDADE NORMAL E COM BOA ASSOCIAÇÃO ENTRE IDEIAS? () SIM () NÃO

SE NÃO, EXPLIQUE:

COMPORTAMENTO ALTERADO? () SIM () NÃO

SE NÃO, EXPLIQUE:

10. OBSERVAÇÕES PESSOAIS DO PROFISSIONAL:

PROFISSIONAL QUE FEZ O ACOLHIMENTO:

NOME:

ASSINATURA:

FUNÇÃO:

DATA: / /

11. DISCUSSÃO DA EQUIPE OU MATRICIAMENTO

DATA DA DISCUSSÃO: / /

CONDUTA:

NOME E ASSINATURA:

TÉCNICO DE REFERÊNCIA:

Anexo II – Roteiro para visita domiciliar de pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais



PREFEITURA MUNICIPAL DE SUZANO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACÚMULO DE OBJETOS E/OU ANIMAIS

Nome: _____
Endereço: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Número de moradores:
0 a 11 anos _____ 12 à 17 anos _____ Adulto _____ Acima de 60 anos _____

PASSO 1: Conduzir Inspeção

1) Quão desordenado está o local? - circule um.

POUCO	Itens normalmente usados em uma semana não são guardados. Por exemplo, algumas roupas no chão e/ou pia tem alguns pratos.
LEVEMENTE	Itens cobrindo todas as mesas, camas, balcões, mas ainda capaz de andar com facilidade pelos cômodos. Pilhas de até 30cm de profundidade.
MODERADAMENTE	Itens empilhados até a altura da cintura apenas com passagens através dos cômodos.
SEVERAMENTE	Itens empilhados em lugares altos, saídas bloqueadas, acesso mínimo às instalações.

2) Pergunte aos moradores o que eles pensam sobre as coisas em casa. Que itens eles estão mantendo, e para que propósito? _____

3) Quais tipos de itens são acumulados?

Animais Roupas Comida Outro: _____

4) São observadas qualquer uma das seguintes questões de saneamento?

Comida estragada Fezes Ratos/insetos Outro: _____

5) Os moradores estão incapacitados de realizar qualquer uma das seguintes atividades devido à desordem?

Preparar comida Dormir na cama Usar o banheiro Outro: _____

6) Os moradores têm acesso a:

Fogão Sim Não
Geladeira Sim Não
Chuveiro Sim Não
Vaso Sanitária Sim Não
Porta da frente Sim Não
Corredores Sim Não

7) Há objetos inflamáveis guardados em cima ou dentro do fogão?

Sim Não

PASSO 2: Saiba quando e quem acionar.

SITUAÇÃO	O QUE FAZER?	QUEM ACIONAR?
Fogo, vazamento de gás, emergência médica	Ligar para Bombeiros (193) ou SAMU (192)	Bombeiros ou SAMU
<ul style="list-style-type: none"> Atividades dos moradores severamente prejudicadas devido à desordem; Vazamento de esgoto; Inflamáveis próximo ao fogão; Rota de saída bloqueada; Proliferação de pragas. 	<ul style="list-style-type: none"> Aja imediatamente – informe morador da natureza crítica da situação e possíveis consequências. Referencie o caso conforme apropriado. 	<ul style="list-style-type: none"> Conselho do Idoso Serviços de Saúde CREAS Defesa Civil CRAS Zoonoses Vigilância Sanitária
<ul style="list-style-type: none"> Local pouco ou levemente desordenado não afetando segurança ou saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Informar moradores da necessidade de organização. Caso situação se agrave, referenciar conforme apropriado. 	

PASSO 3:

Faz ou fez acompanhamento de saúde mental? Não Sim – Onde: _____

Encaminhamento e Acompanhamento: _____

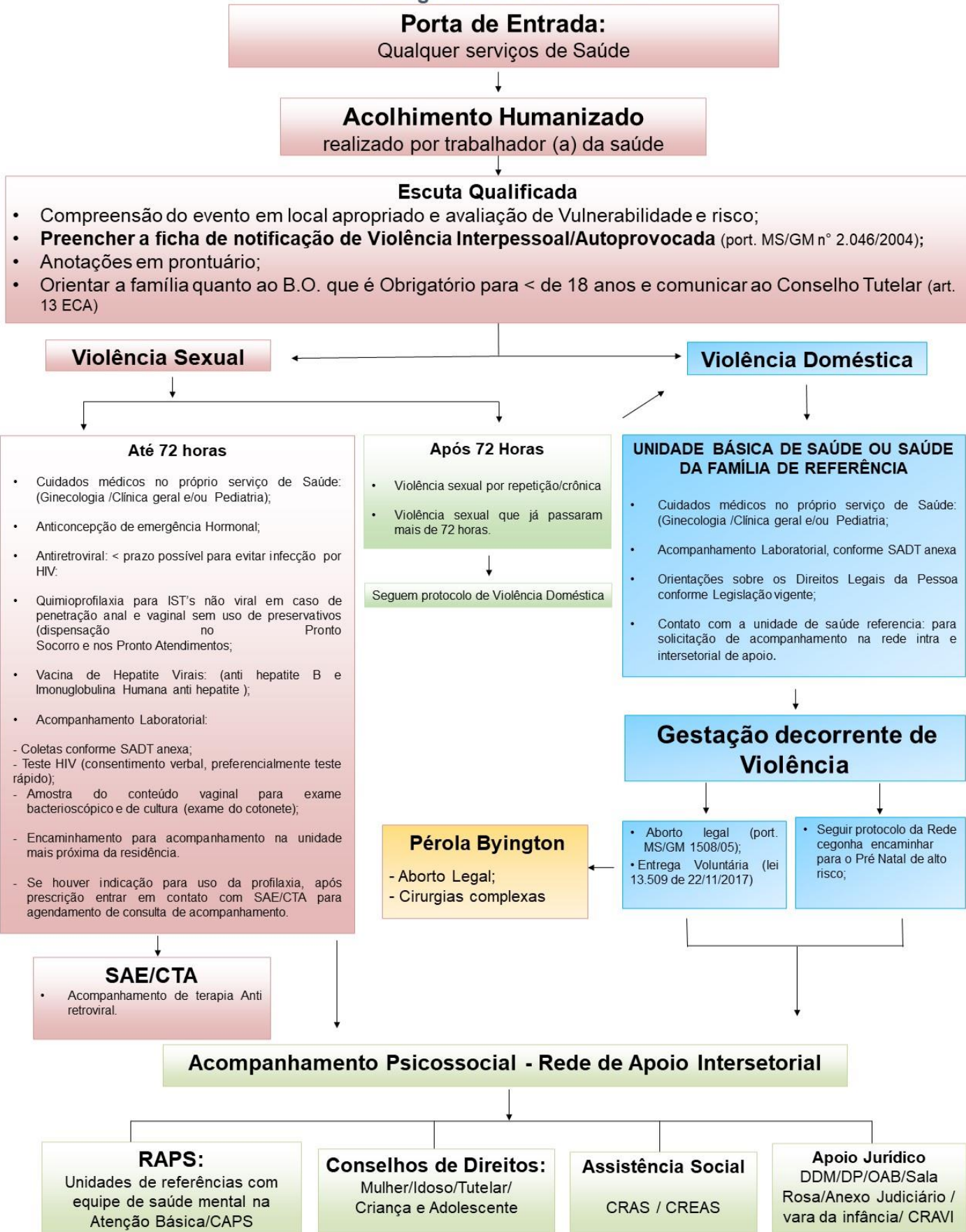
Profissional que realizou visita: _____

Cargo/Função: _____ Secretaria: _____

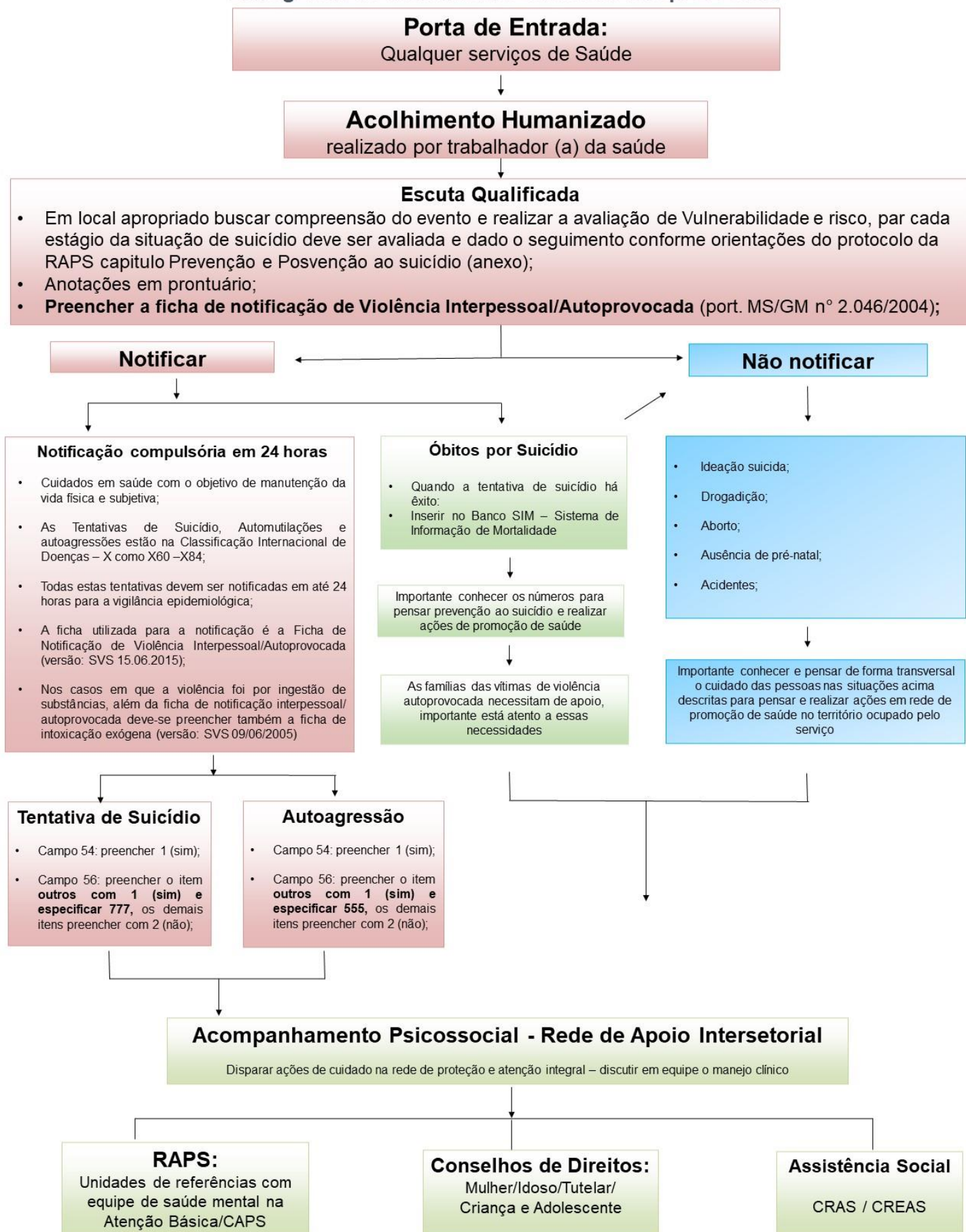
Material adaptado do Clutter Check list for Property managers -developed by the Brookline Hoarding Task Force.

Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual - Secretaria Municipal de Saúde de Suzano

Fluxograma de atendimento



Fluxograma de atendimento Violência autoprovocada



Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/infamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravo/ocorrência	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		3	Data da notificação	
	4	UF	5	Município de notificação	6	Código (IBGE)	
	6	Unidade Notificadora: <input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2 - Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3 - Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4 - Conselho Tutar <input type="checkbox"/> 5 - Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7 - Outros					
	7	Nome da Unidade Notificadora	8	Código Unidade	9	Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	10	Unidade de Saúde			11	Código (CNES)	
	10	Nome do paciente			11	Data de nascimento	
	12	(ou) Idade: <input type="checkbox"/> 1 - Não <input type="checkbox"/> 2 - Sim	13	Sexo: <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14	Gestante: <input type="checkbox"/> 1 - Não <input type="checkbox"/> 2 - Sim	
	15	Encolheridade: <input type="checkbox"/> 0 - Ausente <input type="checkbox"/> 1 - 1ª a 2ª etapa incompleta de EP (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2 - 3ª a 4ª etapa incompleta de EP (antigo primário ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 3 - 5ª etapa incompleta de EP (antigo primário ou 3º grau) <input type="checkbox"/> 4 - Estadio fundamental completa (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Estadio estádio incompleta (antigo integral ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6 - Estadio estádio completa (antigo integral ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7 - Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8 - Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica			16	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	
	17	Número do Cartão SUS	18	Nome da mãe			
Endereço de Referência	19	UF	20	Município de Residência	21	Distrito	
	22	Bairro	23	Logradouro (rua, avenida, ...)	24	Código	
	25	Número	26	Complemento (apto, casa, ...)	27	Geo campo 1	
	28	Geo campo 2	29	Ponto de Referência	30	CEP	
	31	DDD) Telefone	32	Zona: <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	33	País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares							
Dados de Pessoa Afetada	34	Nome Social			35	Ocupação	
	36	Situação conjugal / Estado civil: <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 5 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado					
	37	Orientação Sexual: <input type="checkbox"/> 1 - Heterossexual <input type="checkbox"/> 2 - Homossexual (gay/bissexual) <input type="checkbox"/> 3 - Bissexual <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		38	Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1 - Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 2 - Mulher Transsexual <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Dados da Ocorrência	39	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			40	Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	41	Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva			42	Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras	
	43	UF	44	Município de ocorrência	45	Distrito	
	46	Bairro	47	Logradouro (rua, avenida, ...)	48	Código	
	49	Número	50	Complemento (apto, casa, ...)	51	Geo campo 3	
52	Ponto de Referência	53	Zona: <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	54	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
55	Local de ocorrência: <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 08 - Indústria/construção <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado			56	Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
57	A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado						

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INTOXICAÇÃO EXÓGENA**

Nº

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravo/doença INTOXICAÇÃO EXÓGENA	3 Código (CID10) T 65.9
	4 UF	5 Município de Notificação
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
Dados de Residência	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
	17 UF	18 Município de Residência
	19 Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)
24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	
Dados Complementares do Caso	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	30 País (se residente fora do Brasil)	
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	
	32 Ocupação	
	33 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros 99 - Ignorado	
Dados da Exposição	34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro 9. Ignorado	
	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência	
	36 Atividade Econômica (CNAE)	
	37 UF	38 Município do estabelecimento
	39 Código (IBGE)	39 Distrito
	40 Bairro	41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)
44 Ponto de Referência do estabelecimento	45 CEP	
46 (DDD) Telefone	47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
48 País (se estabelecimento fora do Brasil)		

Intoxicação Exógena

Sinan NET

SVS 09/06/2005

49	Grupo do agente tóxico/Classificação geral			
	01. Medicamento 05. Raticida 09. Produto químico de uso industrial 13. Alimento e bebida	02. Agrotóxico/uso agrícola 06. Produto veterinário 10. metal 14. Outro	03. Agrotóxico/uso doméstico 07. Produto de uso Domiciliar 11. Drogas de abuso 99. Ignorado	04. Agrotóxico/uso saúde pública 08. Cosmético/higiene pessoal 12. Planta tóxica

50	Agente tóxico (informar até três agentes)	
	Nome Comercial/popular	Princípio Ativo
1 -	_____	1 - _____
2 -	_____	2 - _____
3 -	_____	3 - _____

51	Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização				
	1. Inseticida 6. Preservante para madeira	2. Herbicida 7. Outro	3. Carrapaticida 8. Não se aplica	4. Raticida 9. Ignorado	5. Fungicida

52	Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual			1ª Opção:	<input type="checkbox"/>
	01- Diluição 02- Pulverização 03- Tratamento de sementes 04- Armazenagem	05- Colheita 06- Transporte 07- Desinsetização 08- Produção/formulação	09- Outros 10- Não se aplica 99- Ignorado	2ª Opção:	<input type="checkbox"/>
				3ª Opção:	<input type="checkbox"/>

53	Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura	_____
----	---	-------

54	Via de exposição/contaminação			1ª Opção:	<input type="checkbox"/>
	1- Digestiva 2- Cutânea 3- Respiratória	4- Ocular 5- Parenteral 6- Vaginal	7- Transplacentária 8- Outra 9- Ignorada	2ª Opção:	<input type="checkbox"/>
				3ª Opção:	<input type="checkbox"/>

55	Circunstância da exposição/contaminação				
	01- Uso Habitual 06- Erro de administração 11- Tentativa de aborto	02- Acidental 07- Automedicação 12- Violência/homicídio	03- Ambiental 08- Abuso 13- Outra:	04- Uso terapêutico 09- Ingestão de alimento ou bebida	05- Prescrição médica inadequada 10- Tentativa de suicídio 99- Ignorado

56	A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?		57	Tipo de Exposição		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>		1 - Aguda - única 4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado	2 - Aguda - repetida 3 - Crônica 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>

58	Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento				
	_____	<input type="checkbox"/>	1 - Hora	2 - Dia	3 - Mês
			4 - Ano	9 - Ignorado	

59	Tipo de atendimento			60	Houve hospitalização?			61	Data da internação			62	UF
	1 - Hospitalar 4 - Nenhum	2 - Ambulatorial 9 - Ignorado	3 - Domiciliar		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	_____	_____		_____	_____	_____		

63	Município de hospitalização		Código (IBGE)		64	Unidade de saúde		Código	
	_____	_____	_____	_____		_____	_____	_____	_____

65	Classificação final			
	1 - Intoxicação confirmada 4 - Outro Diagnóstico	2 - Só Exposição 5 - Síndrome de abstinência	3 - Reação Adversa 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>

66	Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico			CID - 10	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

67	Critério de confirmação			68	Evolução do Caso		
	1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico	3 - Clínico	<input type="checkbox"/>		1 - Cura sem sequelas 4 - Óbito por outra causa	2 - Cura com sequelas 5 - Perda de seguimento	3 - Óbito por intoxicação exógena 9 - Ignorado

69	Data do óbito		70	Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT.				71	Data do Encerramento		
	_____	_____		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	_____	_____		_____		

Informações complementares e observações

Observações:

dir	Município/Unidade de Saúde	_____	Cód. da Unid. de Saúde	_____
-----	----------------------------	-------	------------------------	-------

Profissional Psicólogo 40 horas				
Procedimento	Número de horas na semana	Metas (potencial semanal de oferta do procedimento)		Observação
		Nº de Ações	Pessoas atendidas	
Psicoterapia Individual (03.01.01.003-0) Apoio psicológico/ Consulta (pré-natal e puerpério) (03.01.01.003-0) Consulta/Atendimento domiciliar (03.01.01.013-7) Entrevista inicial/ Orientação (03.01.04.007-9)	19 h	19	19	Atendimentos de 40 a 45 minutos, higienização da sala e materiais e evolução de prontuários.
Psicoterapia em grupo (03.01.08.016-0) Oficina Terapêutica (03.01.08.014-3) Terapia em Grupo (03.01.04.003-6)	18 h	9	45 a 90	*Atendimento a grupos com duração de 1 h a 1h30. Grupos de 5 a 10 integrantes Oficinas e ações comunitárias não possuem limite máximo. *Oficina pode ser realizada com profissionais da AB ou da Comunidade. *Evolução de prontuários
Ação Comunitária (terapia comunitária 01.01.01.005-2)	2h	1	10 acima	Não existe número máximo de participantes nas ações comunitárias do território (Escolas, Creches, Associações etc.)
Reunião de Equipe Ação de Matriciamento (03.01.08.039-9) Articulação de Rede (03.01.08.025-9)	1h	1		Reunião semanal com a Equipe da AB e periodicamente com a equipe da RAPS. Articulação presencial ou via telefone com a Rede estendida.
Total	40 h	32	Mínimo de 74	

- Na organização da agenda profissional indica-se o mínimo de 1 ação coletiva por período e o restante do horário preenchido com demais ações (visitas, entrevistas, consultas, psicoterapias, terapias, orientações, etc.).

Profissional Psicólogo 30 horas				
Procedimento	Número de horas na semana	Metas (potencial semanal de oferta do procedimento)		Observação
		Nº de Ações	Pessoas atendidas	
Psicoterapia Individual (03.01.01.003-0) Apoio psicológico/ Consulta (pré-natal e puerpério) (03.01.01.003-0) Consulta/Atendimento domiciliar (03.01.01.013-7) Entrevista inicial/ Orientação (03.01.04.007-9)	17 h	17	17	Atendimentos de 40 a 45 minutos, higienização da sala e materiais e evolução de prontuários.
Psicoterapia em grupo (03.01.08.016-0) Oficina Terapêutica (03.01.08.014-3) Terapia em Grupo (03.01.04.003-6)	10 h	5	25 a 50	*Atendimento a grupos com duração de 1 h a 1h30. Grupos de 5 a 10 integrantes Oficinas e ações comunitárias não possuem limite máximo. *Oficina pode ser realizada com profissionais da AB ou da Comunidade. *Evolução de prontuários
Ação Comunitária (terapia comunitária 01.01.01.005-2)	2h	1	10 acima	Não existe número máximo de participantes nas ações comunitárias do território (Escolas, Creches, Associações etc.)
Reunião de Equipe Ação de Matriciamento (03.01.08.039-9) Articulação de Rede (03.01.08.025-9)	1h	1		Reunião semanal com a Equipe da AB e periodicamente com a equipe da RAPS. Articulação presencial ou via telefone com a Rede estendida.
Total	30 h	14	Mínimo de 52	

- Na organização da agenda profissional indica-se o mínimo de 1 ação coletiva por período e o restante do horário preenchido com demais ações (visitas, entrevistas, consultas, psicoterapias, terapias, orientações, etc.).

Profissional Psiquiatra 20 horas			
Procedimento	Número de horas na semana	Metas (potencial semanal de pessoas atendidas)	Observação
Consulta (caso novo) (03.01.01.007-2)	4	8	Atendimentos de até 30 minutos.
Consulta (retorno) (03.01.01.007-2)	12	36	Atendimentos de até 20 minutos.
Grupo de Orientação (01.01.01.002-8)	2	5 a 10	Atendimento a ser realizado junto com outro profissional da AB. Mínimo de 5 pessoas. Duração de 1h a 1h30.
Reunião de Equipe	1		Reunião semanal com a Equipe da AB e periodicamente com a equipe da RAPS.
Ação de Matriciamento (03.01.08.039-9) e ou Articulação de Rede (03.01.08.025-9)	1		Ação de matriciamento na Unidade ou no território. Articulação presencial ou via telefone com a Rede estendida.
Total	20	Mínimo 49 pessoas	

- São previstos atendimentos de grupos com público superior a cinco pessoas de acordo com a capacidade da Unidade. Na impossibilidade de constituir grupo, converter o horário em atendimento.

Profissional Assistente Social 30 horas				
Procedimento	Número de horas na semana	Metas (potencial semanal de oferta do procedimento)		Observação
		Ações	Pessoas atendidas	
Atendimento Individual	15	15	15	Atendimentos de 40 a 45 minutos, higienização da sala e materiais e evolução de prontuários.
Grupo de orientação (01.01.01.002-8)	8	4	20 a 40	Atendimento que pode ser realizado com outro profissional da AB. Entre 5 e 10 pessoas. Duração de 1h a 1h30.
Ação Comunitária (terapia comunitária 01.01.01.005-2)	2	1	10 a mais	Atendimento em locais comunitários do território (Escolas, Creches, Associações etc.). Não existe número máximo de participantes nas ações comunitárias do território (Escolas, Creches, Associações etc.)
Reunião de Equipe	1	1		Reunião semanal com a Equipe da AB e periodicamente com a equipe da RAPS.
Ação de Matriciamento (03.01.08.039-9) e ou Articulação de Rede (03.01.08.025-9)	4	2		Ação de matriciamento na Unidade ou no território. Articulação presencial ou via telefone com a Rede estendida.
Total	30	23	Mínimo 45	

- Na organização da agenda profissional indica-se o mínimo de 1 ação coletiva por período e o restante do horário preenchido com demais ações (visitas, entrevistas, atendimento individual, orientações etc.).

Profissional Terapeuta Ocupacional 30 horas				
Procedimento	Número de horas na semana	Metas (potencial semanal de oferta do procedimento)		Observação
		Ações	Pessoas	
Atendimento Individual	15	15	15	Atendimentos de 40 a 45 minutos, higienização da sala e materiais e evolução de prontuários.
Terapia em Grupo (03.01.04.003-6)	6	3	15 a 30	Atendimento a ser realizado junto com outro profissional da AB. De 5 a 10 pessoas Duração de 1h a 1h30.
Oficina Terapêutica (03.01.08.014-3)	4	2	10 ou mais	Oficina a ser realizada junto com profissionais da AB ou da Comunidade. Mínimo de 5 pessoas, sem limite máximo. Duração de 1h a 1h30.
Ação Comunitária (terapia comunitária 01.01.01.005-2)	2	1	10 ou mais	Atendimento em locais comunitários do território (Escolas, Creches, Associações, etc.). Não existe limite máximo de participantes
Reunião de Equipe	1	1		Reunião semanal com a Equipe da AB e periodicamente com a equipe da RAPS.
Ação de Matriciamento (03.01.08.039-9) e ou Articulação de Rede (03.01.08.025-9)	2	1		Ação de matriciamento na Unidade ou no território. Articulação presencial ou via telefone com a Rede estendida.
Total	30	23	50 ou mais	

- Na organização da agenda profissional indica-se o mínimo de 1 ação coletiva por período e o restante do horário preenchido com demais ações (visitas, entrevistas, atendimento individual, terapias, orientações etc.).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS

Ficha de Admissão no CRT DST/AIDS

Nome Social: como quer ser chamado(a)
(apenas se você for uma pessoa travesti ou transexual)

Nome de Registro:

Nome da Mãe.:

Profissão:..... Religião:

Sexo biológico (sexo de nascimento?): () M () F

Identidade de Gênero (exclusivo para travesti/transexual = como a pessoa se reconhece):

() Homem Transexual (se nasceu biologicamente menina) () Mulher Transexual (se nasceu biologicamente menino)
() Intersexo () Não Binário () Travesti () Não sei
() outros _____

Estado Civil / Situação conjugal:

() Casado/amigado ou relação estável Há quanto tempo ? _____
() Viúvo () Solteiro () Desquitado/separado há quanto tempo ?
() Não quer responder

Data de Nascimento: ___/___/___ Cidade onde nasceu:

Estado onde nasceu: País onde nasceu:.....

CPF: RG:

Cadastro Nacional de Saúde (CNS):.....

Cor/Raça: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Escolaridade (em anos de estudos concluídos):

() Nenhuma () 1º. Grau Incompleto () 1º. Grau Completo () 2º. Grau Incompleto
() 2º Grau Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Pós-graduação

Endereço:

Rua / Avenida:

.....No. Complemento:

Bairro: CEP:

Cidade: Estado:

Permite contato? () Sim () Não Como devemos te chamar ao telefone?

Telefone (res): Tel. comercial:

Tel. celular: Telefone recados / com quem?

Como devemos chamá-lo quando fizermos contato por telefone?

(Os campos abaixo deverão ser preenchidos apenas pelo profissional solicitante do cadastro do usuário.
Assinale todos os que se aplicam à atual condição do usuário)

Ao REGISTRO: Cada campo assinalado abaixo, deverá corresponder a um "tipo de documento" da tela de cadastro, devendo ser registrados TODOS os assinalados no encaminhamento.

Grupo(s) ao(s) qual(is) se refere(m) o acompanhamento do usuário (assinale TODOS os que se aplicam):

() CTA () DST () Amb. Travestis/Transexuais () HIV-CRT () HIV-Externo
() Hepatites () Pediatria () Med. Trabalho () Exposição sexual () Exposição ocupacional

Nome do solicitante:

Data da solicitação: ___ / ___ / _____

ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Acionar SAMU que direcionará para Emergência Psiquiátrica - Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos	Desestabilização <u>importante</u> do quadro psiquiátrico sem sinais clínicos que o justifiquem;
		Quadro psicóticos agudos: auto
		Delírios, alucinações, desorganização do pensamento e do comportamento, não se expressa de maneira compreensível;
		Dificuldade de estabelecer contato, pode estar socialmente inadequado, erotizado com humor exaltado e irritado;
		Agitação psicomotora, auto e/ou heteroagressividade, reação desproporcional e mal adaptada a frustração ou contrariedade;
		Autonegligência importante; Estupor catatônico.
		Tentativa de Suicídio e Ideação suicida (pode ter planejamento de como fazer ou já tomou algumas mediadas nesse sentido) Humor deprimido (tristeza, pessimismo, desesperança, desânimo, inapetência, impulsividade e isolamento social)
EMERGÊNCIA CLÍNICA	Pronto Socorro de clínica médica geral	Desestabilização <u>importante</u> do quadro psiquiátrico <u>com</u> sinais clínicos que o justifiquem (<i>Delirium</i> , AVC, Demência etc.)
		Overdose
		Síndrome de abstinência grave por álcool ou outras drogas
		Recusa alimentar com déficit calórico importante e desidratação;
		Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e outras drogas); Transtornos de ansiedade e crises de pânico
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	CAPS	Desestabilização do quadro psiquiátrico
		Quadro psicótico desestabilizados
		Refratários ao tratamento com sintomatologia exuberante, mesmo com uso regular de medicação ou fazendo uso descontínuo;
		Agitação psicomotora sem necessidade de contenção, exaltação do humor, delírios, alucinações, desorganização do pensamento e do comportamento;
		Autonegligência;
		Dificuldade em estabelecer laços familiares e comunitários;
		Tentativa de Suicídio após atendimento no Pronto Socorro, com apoio sociofamiliar;
		Humor deprimido (tristeza, pessimismo, desesperança, desânimo, inapetência, impulsividade e isolamento social) com prejuízo na funcionalidade.
		Dependência ou uso abusivo de álcool ou outras drogas com risco para si ou para outros;
		Moderado/grave com múltiplas recaídas e internações; Prejuízo funcional;
Usuários com maior vulnerabilidade: adolescente acima de 16 anos, puérpera e gestante, idoso, pessoa em situação de rua e risco de morte.		
ATENÇÃO BÁSICA	Casos que deverão ser atendidos pela	Tristeza, desânimo, irritabilidade, dificuldade de concentração;
		Transtornos mentais com baixo risco para si ou para os outros;

	Equipe especializada de saúde Mental na Atenção Básica	Ansiedade com prejuízos para vida;
		Insônia com prejuízos para a vida;
		Automutilação/ <i>Cutting</i> ;
		Transtornos mentais associados a vulnerabilidade social;
		Sintomas ansiosos ou depressivos associados a sintomas físicos: Dor crônica, palpitações, tonturas e alterações gástricas e intestinais;
		Casos de saúde mental refratários ao tratamento com médico generalista, pediatra, ginecologista/obstetra etc.
	Casos que deverão ser atendidos pela própria equipe da Atenção Básica (sem especialista)	Questões relacionadas a prevenção e promoção da saúde mental
		Tristeza, desânimo, irritabilidade, dificuldade de concentração;
		Ansiedade;
		Insônia;
		Queixas decorrentes do envelhecimento;
		Vulnerabilidade social;
Podem incluir sintomas físicos: Dor crônica, palpitações, tonturas e alterações gástricas e intestinais;		
Casos crônicos, porém, estáveis há pelo menos seis meses necessitando apenas de manutenção do tratamento pela Atenção Básica, contando com retaguarda da Atenção especializada.		

Suzano, outubro /2021
