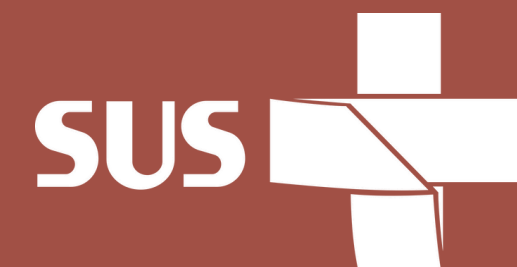


Caminhos para o cuidado em Saúde Mental

Thalita Oliveira Maciel da Silva
Adriana Cristina Dellagiustina
Larissa Feliciano do Nascimento
Brenda Oliveira Gama
Julia de Campos Cardoso Rocha

Grupo Técnico para construção do Protocolo



O que é Saúde Mental?

Para responder a essa pergunta vamos iniciar com uma dinâmica

- Atividade prática: o grupo será dividido em subgrupos. Cada subgrupo vai receber um texto (letra de música, poesia, trecho de um conto) para que seja lido e discutido em conjunto. As intervenções artísticas nos trazem pistas sobre construção de significados diversos sobre a nossa subjetividade! A partir da discussão do texto recebido no seu subgrupo, procurem responder às seguintes questões:

1. O que é uma pessoa?

2. O que é sofrimento?

3. O que significa cuidado?



Identidade
(Correlação entre tais partes)

Sufrimento
(Vivência da ameaça de ruptura da
unidade/identidade da pessoa)

Cuidado
(Abordagem integral - PTS)

O que é Saúde Mental?

Para chegarmos a esta definição, consideramos importante refletirmos sobre a noção de saúde mental.

- A saúde mental não está dissociada da saúde geral.
- Intervenções que sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde.
- Os profissionais de saúde costumam refletir consigo sobre quais situações de sua realidade cotidiana necessitam de intervenção em saúde mental.
- Entende-se que as práticas em saúde mental na atenção básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental deve ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários. Ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na atenção básica. As intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades.

Eric Cassell, importante médico de família americana, aponta para o fato cotidianamente observável de que existem pessoas que sofrem e não estão doentes (ou enfermas), e muitas podem estar gravemente doentes (e enfermas) e mesmo assim não sofrer. A partir daí, a obra de Cassell direciona-se a construir esse novo modelo, e nos ajudar a compreender do que se trata cuidar de pessoas que sofrem.



Ações terapêuticas comuns aos profissionais da atenção básica:

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



Marcos temporais

- Reforma Psiquiátrica Brasileira (1970);
- Encontro de grupos favoráveis as políticas antimanicomiais (18/05/1987);
- Serviços de Residência Terapêuticas (2000);
- Direitos das pessoas com transtornos mentais e o redirecionamento do modelo de assistencial em Saúde Mental (2001);
- Criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 2002;
- Constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011;

Leis de sustento

- Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 – Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental;
- Lei 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;
- Portaria nº 336 de 2002 – **Formaliza a criação do CAPS;**
- Lei nº 10.708 – Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações (**Programa de Volta para Casa**)
- Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 – Institui a **Rede de Atenção Psicossocial** para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

“E o louco, é de quem mesmo?”

(Kulpa e Tallemberg, 2016)



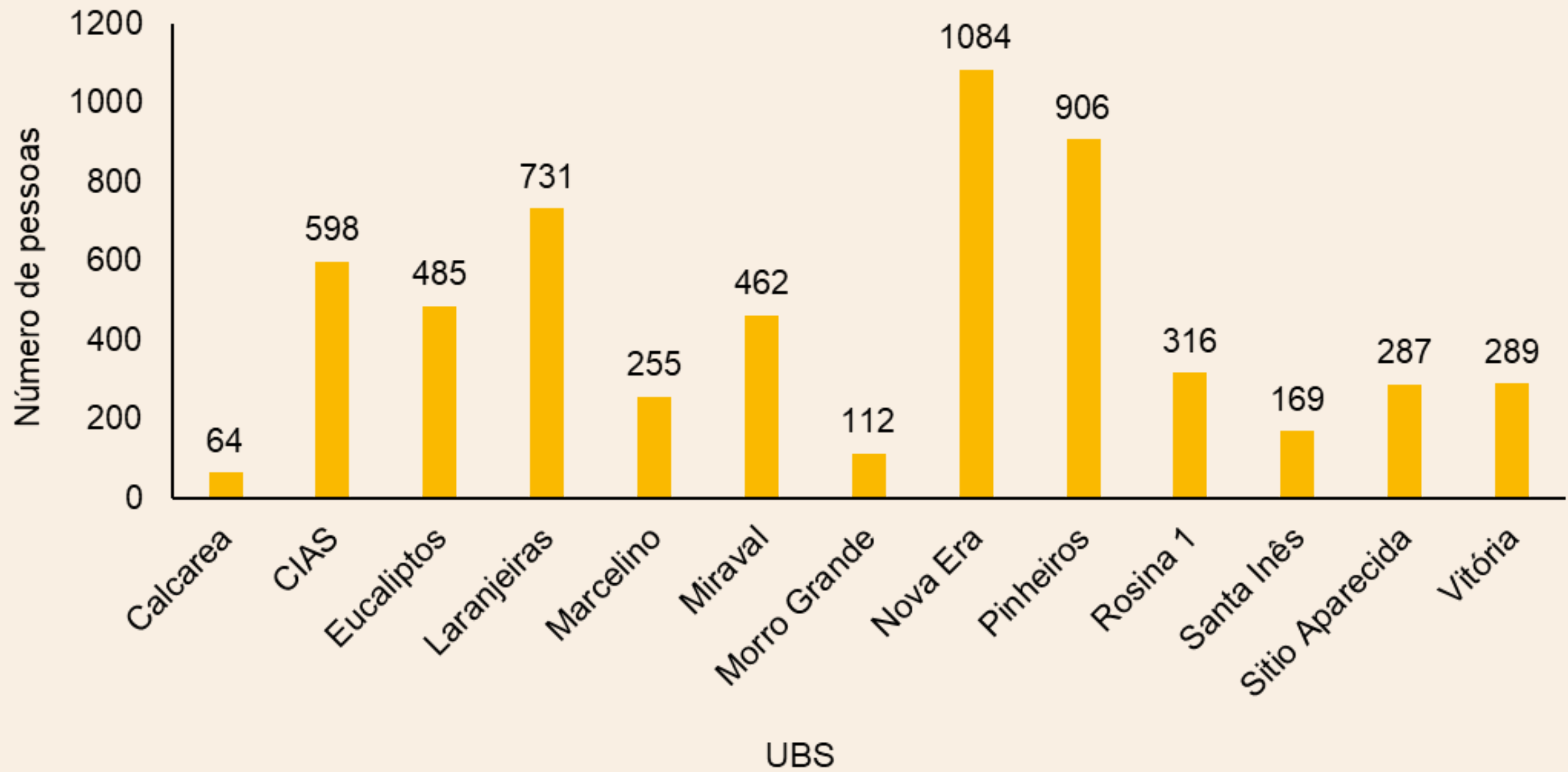
Figura 1 – Pontos de atenção institucionais da RAPS.

Análise descritiva

Demanda reprimida

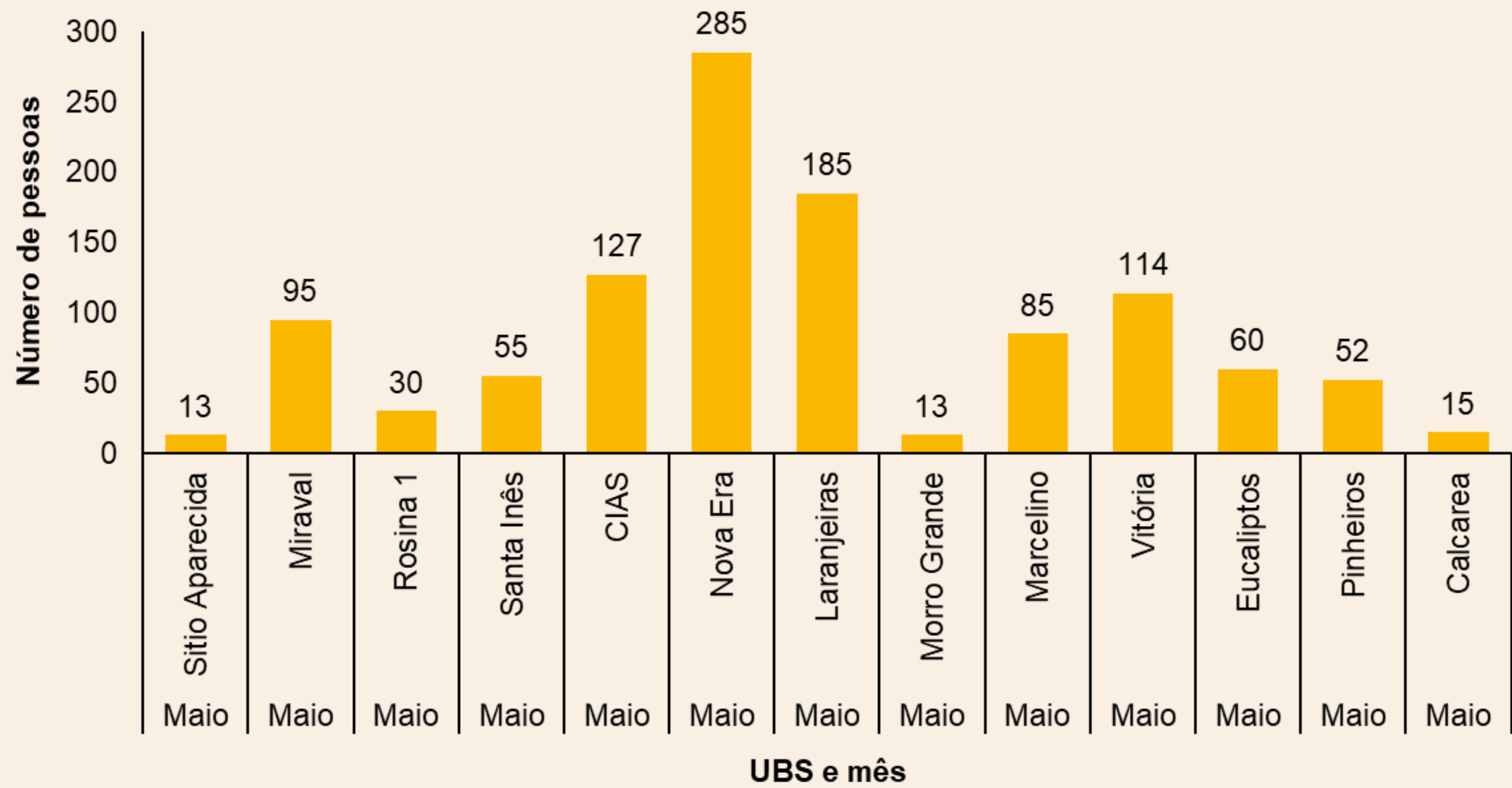


Gráfico 1 - Número total de pessoas na fila de espera entre janeiro a maio segundo UBS.
Caieiras, 2024.



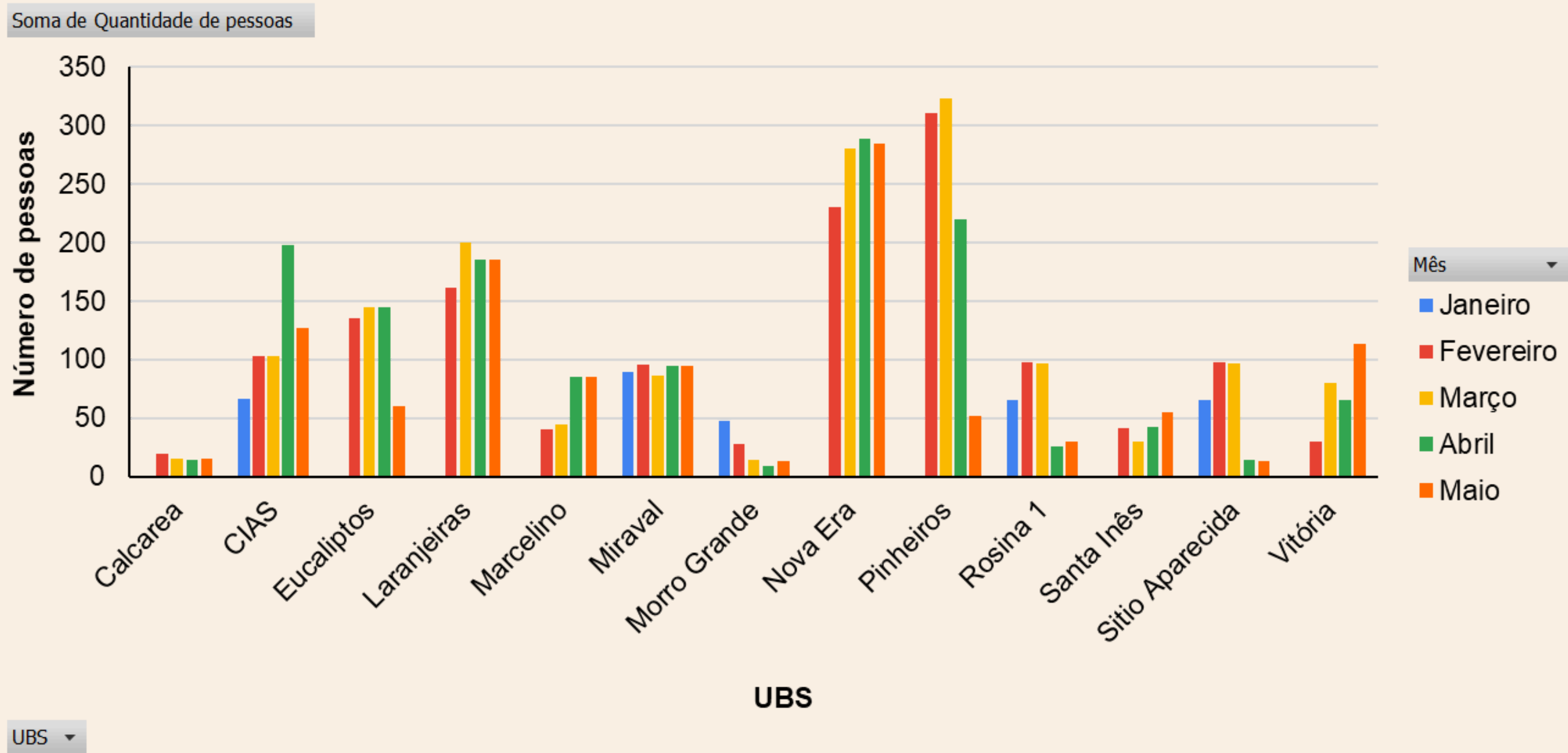
Fonte: arquivo da Diretoria da Atenção Básica. Caieiras, 2024.

Gráfico 2 - Número de pessoas na fila de espera no mês de maio segundo UBS. Caieiras, 2024.



Fonte: arquivo da Diretoria da Atenção Básica. Caieiras, 2024.

Gráfico 3 - Número de pessoas na fila de espera segundo mês e UBS. Caieiras, 2024.



Fonte: arquivo da Diretoria da Atenção Básica. Caieiras, 2024.

Construção do Protocolo de cuidado e acesso para Saúde Mental



Quadro 1 – Legenda da estratificação do sofrimento

Legenda	
VERMELHO	Caso gravíssimo com necessidade de atendimento imediato . Situações que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros. Situações passíveis de serem estabilizados <u>apenas</u> com aparato hospitalar
LARANJA	Risco significativo, casos graves . Condições que potencialmente ameaçam à vida, que requerem rápida intervenção e seguimento posterior, com eventual necessidade presente de suporte pré-hospitalar
AMARELO	Casos de gravidade moderada . Condições que podem evoluir e elevar o risco se não forem avaliadas e acompanhadas pela Atenção Especializada em conjunto com Atenção Básica
VERDE	Condições psíquicas estabilizadas, mas que apresentam um potencial para complicações caso não haja acompanhamento longitudinal
AZUL	Condições não agudas, não urgentes ou quadros crônicos estáveis, sem alterações significativas. Ações voltadas à promoção e prevenção em saúde mental

Fonte: adaptado de Estratificação e Classificação de Risco em Saúde Mental. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2023.

Quadro 2 – Caminhos do usuário na rede de cuidado psicossocial.

Nível de atenção	Ponto da rede
Atenção Básica	UBS
	UBS
	UBS
Atenção Ambulatorial Especializada	CEME
	CAPS II
	CAPS IJ
Atenção de Urgência e Emergência	Unidade Mista; Pronto Socorro Laranjeiras e Hospitais Gerais Estaduais

Quadro 3 – Caminhos do usuário na rede de cuidado psicossocial.

Atenção Básica	Nível de atenção e atribuição	Ponto da rede	Nível de sofrimento e funcionalidade	Reações comportamentais acolhidas	Equipamentos para compartilhar o cuidado	Quem pode encaminhar
	Atenção Básica: <u>diagnosticar precocemente</u> sofrimentos, transtornos e agravos relacionados à saúde mental para oportuno compartilhamento do cuidado, com destaque às necessidades e <u>demandas em saúde mais prevalentes do território.</u>	UBS	Vivências afetivas e eventos de vida adversos	1. 2. 3. 4. 5. Necessidades em saúde mapeadas de forma individual e coletiva a partir do perfil territorial: Necessidades de interação social, convivência, socialização, Discussões sobre os determinantes sociais em saúde, como: raça, cor, identidade de gênero, deficiência, situação socioeconômica; Dificuldade de geração de renda Identificação de vulnerabilidade programática e social para garantia de direitos; Fortalecimento de vínculo familiar.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. CRAS: CCI; ONGS; Educação; Esporte, Cultura; Coletivos; Associações	Enfermeiros, médicos e equipe multiprofissional. Outros encaminhamentos serão compartilhados previamente com a equipe de saúde da família/equipe de atenção básica ou em matriciamento DENTRO da UBS, inclusive encaminhamentos intersetoriais. (Cultura, Educação, Desenvolvimento Social)

Quadro 4 – Caminhos do usuário na rede de cuidado psicossocial.

Atenção Básica

Nível de atenção e atribuição	Ponto da rede	Nível de sofrimento e funcionalidade	Reações comportamentais acolhidas	Equipamentos para compartilhar o cuidado	Quem pode encaminhar
Atenção Básica: <u>diagnosticar precocemente</u> sofrimentos, transtornos e agravos relacionados à saúde mental para oportuno compartilhamento do cuidado, com destaque às necessidades e <u>demandas em saúde mais prevalentes do território</u> .	UBS	Sofrimentos, transtornos e agravos <u>sem comprometimento significativo</u> do funcionamento biopsicossocial	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Ansiedade generalizada; Luto; Somatização (sintomas relacionados a fatores psicológicos. ex: dermatite); Sofrimento emocional e tristeza; Questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas; Risco de suicídio: pensamentos suicidas sem plano; Transtornos de ansiedade agudos.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. CRAS: CCI; ONGS; Educação; Esporte ,Cultura; Coletivos; Associações	Enfermeiros, médicos e equipe multiprofissional. Outros encaminhamentos serão compartilhados previamente com a equipe de saúde da família/equipe de atenção básica ou em matriciamento DENTRO da UBS, inclusive encaminhamentos intersetoriais. (Cultura, Educação, Desenvolvimento Social)

Quadro 5 – Caminhos do usuário na rede de cuidado psicossocial.

Atenção Básica	Nível de atenção e atribuição	Ponto da rede	Nível de sofrimento e funcionalidade	Reações comportamentais acolhidas	Equipamentos para compartilhar o cuidado	Quem pode encaminhar
	Atenção Básica: <u>diagnosticar precocemente</u> sofrimentos, transtornos e agravos relacionados à saúde mental para oportuno compartilhamento do cuidado, com destaque às necessidades e <u>demandas em saúde mais prevalentes do território.</u>	UBS	Sofrimentos, transtornos e agravos com comprometimento significativo leve a moderado do funcionamento biopsicossocial	1. Crises de ansiedade frequentes com prejuízo do funcionamento biopsicossocial; 2. Episódios depressivos com comprometimento leve das atividades diárias; 3. Tentativa de autoextermínio com período maior do que 30 dias; 4. Quadro puerperal que apresenta sofrimento mental; 5. Queixas escolares que estão relacionadas a questões psicológicas; 6. Casos referenciados pela assistência social (CRAS, CREAS e Conselho Tutelar), APAE e EDESP para queixas de sofrimento mental	1. CRAS; 2. CCI; 3. ONGS; 4. Educação; 5. Esporte 6. ,Cultura; 7. Coletivos; 8. Associações	Enfermeiros, médicos e equipe multiprofissional. Outros encaminhamentos serão compartilhados previamente com a equipe de saúde da família/equipe de saúde da família/equipe de atenção básica ou em matriciamento DENTRO da UBS, inclusive encaminhamentos intersetoriais. (Cultura, Educação, Desenvolvimento Social)

Quadro 6 – Caminhos do usuário na rede de cuidado psicossocial.

Atenção Especializada

Ponto da rede	Nível de sofrimento e funcionalidade	Reações comportamentais acolhidas	Equipamentos para compartilhar o cuidado	Quem pode encaminhar
CEME (Centro de Especialidades Médicas)	Atendimento focal e específico a demandas de sofrimento moderado e/ou crônico	1. Histórico de tratamento psiquiátrico, quadros de impulsividade e hospitalização prévia. Sem manifestação aguda presente de risco para si ou terceiros; 2. Planejamento de autoextermínio persistente, sem risco iminente à vida porém com possibilidade de evolução para uma tentativa; 3. Isolamento e retração importantes e persistentes; 4. Comprometimento significativo moderado da vida social e do cotidiano, com prejuízo funcional persistente por mais de 30 dias; 5. Quadros depressivos e ansiosos que não em situações agudas, como distorções cognitivas persistentes (transtorno de estresse pós-traumático, transtorno depressivo e transtorno de ansiedade generalizada)	1. Território intersetorial; 2. UBS; 3. CAPS IICAPS IJ; 4. Médicos especialistas do CEME	1. Psicólogo para psicólogo 2. Psicólogo e médico para médico psiquiatra e neurologista. Os encaminhamentos deverão ser entregues na regulação.

Quadro 7 – Caminhos do usuário na rede de cuidado psicossocial.

Atenção Especializada

Ponto da rede	Nível de sofrimento e funcionalidade	Reações comportamentais acolhidas	Equipamentos para compartilhar o cuidado	Quem pode encaminhar
CAPS II	Sofrimentos, transtornos e agravos com comprometimento grave e persistente do funcionamento biopsicossocial, incluindo em decorrência do uso de álcool e outras drogas	Não há necessidade de sobreposição dos sinais e sintomas apresentados abaixo. Devem ser levados em conta a frequência e intensidade dos sinais e sintomas mais evidenciados. 1. Situação de violência, abuso e/ou negligência com risco de auto ou heteroagressão e comprometimento da saúde mental; 2. Sinais de automutilação/violência autoprovocada e discurso com ideação suicida estruturada; 3. Problemas coexistentes relacionados a substâncias química como alcoolismo e uso intensivo de drogas; 4. Transtorno depressivo maior persistente com prejuízos graves no cotidiano. Dificuldade de realizar e engajar em atividades diárias, tais como trabalho, lazer, vida social e afetiva; 5. Planejamento de autoextermínio persistente e concretizado, com risco iminente de morte; Tentativa de suicídio no período de 30 dias.	1. Território intersetorial; 2. UBS;CAPS IJ; 3. CEME 4. Unidade Mista; 5. Pronto Socorro Laranjeiras 6. Hospitais estaduais (CAISM)	Todos os profissionais e serviços. Equipamento é porta aberta para a RAPS através de acolhimento com a equipe multiprofissional

Quadro 7 – Caminhos do usuário na rede de cuidado psicossocial.

Atenção Especializada

Ponto da rede	Nível de sofrimento e funcionalidade	Reações comportamentais acolhidas	Equipamentos para compartilhar o cuidado	Quem pode encaminhar
CAPS IJ	Sofrimentos, transtornos e agravos com comprometimento grave e persistente do funcionamento biopsicossocial, incluindo em decorrência do uso de álcool e outras drogas	1. Criança ou adolescente em situação de violência, abuso e/ou negligência com risco de auto ou heteroagressão e comprometimento da saúde mental; 2. Crianças, jovens e adultos com sinais de automutilação/violência autoprovocada e discurso com ideação suicida estruturada; 3. Transtornos do neurodesenvolvimento com grave comprometimento; 4. Problemas coexistentes como alcoolismo ou outros usos intensivo de drogas 5. Transtorno depressivo maior persistente com prejuízos graves no cotidiano e/ou presença de catatonia e anedonia; 6. Planejamento de autoextermínio persistente e concretizado, com risco iminente à vida; 7. Tentativa de suicídio no período de 30 dias 8.	1. Território intersetorial; 2. UBS;CAPS IJ; 3. CEME 4. Unidade Mista; 5. Pronto Socorro Laranjeiras 6. Hospitais estaduais (CAISM)	Todos os profissionais e serviços. Equipamento é porta aberta para a RAPS através de acolhimento com a equipe multiprofissional

1.

Território intersetorial;

2.

UBS;CAPS IJ;

3.

CEME

4.

Unidade Mista;

5.

Pronto Socorro Laranjeiras

6.

Hospitais estaduais (CAISM)

Todos os profissionais e serviços. Equipamento é porta aberta para a RAPS através de acolhimento com a equipe multiprofissional

Quadro 8 – Caminhos do usuário na rede de cuidado psicossocial.

Atenção de Urgência e Emergência

Ponto da rede	Nível de sofrimento e funcionalidade	Reações comportamentais acolhidas	Equipamentos para compartilhar o cuidado	Quem pode encaminhar
Unidade Mista e Pronto Socorro Laranjeiras	Atendimento a pessoas com complicações do quadro clínico orgânico e com necessidade de suporte hospitalar	1. 2. 3. 4. 5. Violência autoprovocada Crises psicóticas agudas com manifestação de alucinações, delírios e prejuízos no funcionamento geral do indivíduo; Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e/ou outras drogas) Quadros de rebaixamento de consciência, com presença de confusão aguda que indique necessidade de ação médica imediata; Delirium ou abstinência.	1. 2. 3. 4. 5. 6. Território intersetorial; UBS; CAPS II CAPS IJ; CEME; Hospitais estaduais	Serviço sem necessidade de encaminhamento.

Mapa das ações coletivas

O ser humano está em processo - inacabado, e se constitui nas relações. (Paulo Freire, 2005)



Quadro 9 – Mapa de ações coletivas

Unidade	Profissional responsável	GRUPO	Forma de encaminhamento	Profissionais envolvidos
Laranjeiras	Elizeu	1. Pensar bem, sentir-se bem (4 sessões): questões de ansiedade, sintomas depressivos, dependência emocional e outros; 2. Adolescentes (12 a 14 anos) exclusivamente meninos; 3. Adolescentes (15 a 17 anos) misto; 4. Dança Circular e Lian Gong	Encaminhamento dos médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional e triagem individual	Psicólogos
Laranjeiras	Liege	1. Grupos psicoeducativos: a. Adolescentes, 12 a 14 anos, meninas b. Adolescentes, 15 a 17 anos, meninas 2. Grupo adultos	Encaminhamento dos médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional e triagem individual	Psicólogos
CIAS	Lucas	1. Grupo de ansiedade e depressão	Encaminhamento dos médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional e triagem individual	Psicólogos

Quadro 10 – Mapa de ações coletivas

Unidade	Profissional responsável	GRUPO	Forma de encaminhamento	Profissionais envolvidos
Vila dos Pinheiros	Thalita e Larissa Feliciano	1. Grupo infantil (3 a 5 anos) ; 2. Grupos de (6 a 8 anos); 3. Grupos de 9 a 11 anos; 4. Grupo adolescente (12 a 14 anos) 5. Grupo adolescente (15 a 17 anos); 6. Grupo de promoção de saúde mental - a partir de 50 anos; 7. Grupo adulto (18 a 40 anos); 8. Grupos de triagens (todas as idades)	Encaminhamento dos médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional e triagem em grupo	Nutricionistas
Jd. Vitória	Brenda	1. Grupo crianças 5-6 anos (quarta-feira, 8h) 2. Grupo crianças 7-8 anos (quarta-feira, 8h30) Demandas relacionadas ao emocional/comportamento (agressividade, ansiedade) e questões de socialização.	Encaminhamento médico, enfermeiro e equipe multiprofissional seguido de triagem individual com responsável, primeira consulta com a criança e inserção no grupo.	Psicólogos

Quadro 11 – Mapa de ações coletivas

Unidade	Profissional responsável	GRUPO	Forma de encaminhamento	Profissionais envolvidos
CEME	Grupo de mulheres	Mulheres em situação de adoecimento ligado a questões nos relacionamentos interpessoais, opressões vinculadas ao papel de gênero, vítimas de relações abusivas/violentas. Faixa etária: a partir de 30 anos	Encaminhamento médico, do enfermeiro e equipe multiprofissional, seguido de triagem individual responsável	Psicólogos

Referenciais norteadores

1. Determinantes sociais em saúde;
2. Identificação dos sofrimentos e suas causas biopsicossociais;
3. Cuidado em base territorial;

Referências

1. Kulpa S, Tallemberg C. E o louco, é de quem mesmo?. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Jr H. (organizators). Avaliação Compartilhada em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 311-316. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>;
2. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Orientações sobre a atenção às crises em saúde mental e o acompanhamento longitudinal dos casos na Rede de Atenção Psicossocial no Município de São Paulo: Estratificação e Classificação de Risco em Saúde Mental. Versão 2. São Paulo, 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolo_classificacao_risco_saude_mental_mar24.pdf;
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental, n. 34. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf