



PREFEITURA DE

**CAIEIRAS** SUS

SEU FUTURO, NOSSO COMPROMISSO



# Documento norteador para os pontos de atenção à Saúde Mental no município de Caieiras

**2024**

Adriana Cristina Dellagiustina

Brenda Oliveira Gama

Julia de Campos Cardoso Rocha

Larissa Feliciano do Nascimento

Thalita Oliveira Maciel da Silva

Grupo Técnico para construção do Protocolo



**O que é Saúde Mental?**

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.

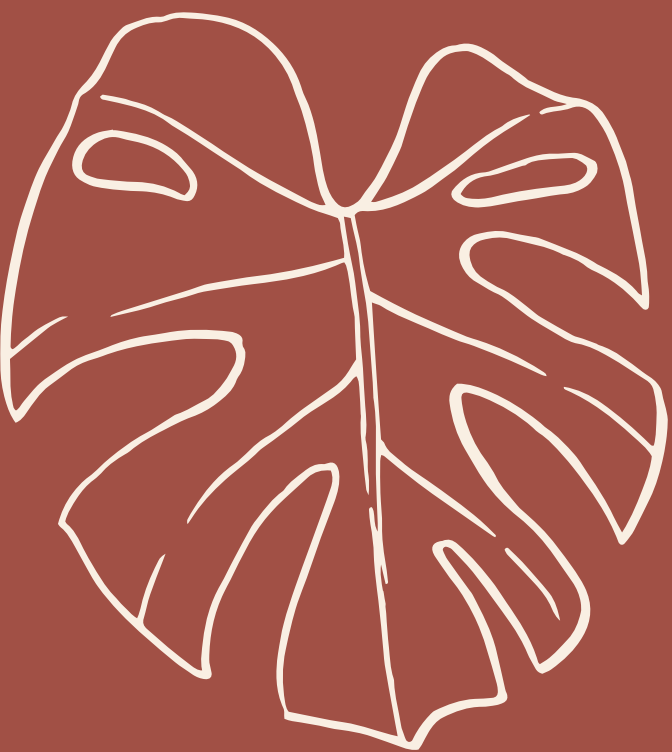
Eric Cassell, importante médico de família americana, aponta para o fato cotidianamente observável de que existem pessoas que sofrem e não estão doentes (ou enfermas), e muitas podem estar gravemente doentes (e enfermas) e mesmo assim não sofrer. A partir daí, a obra de Cassell direciona-se a construir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

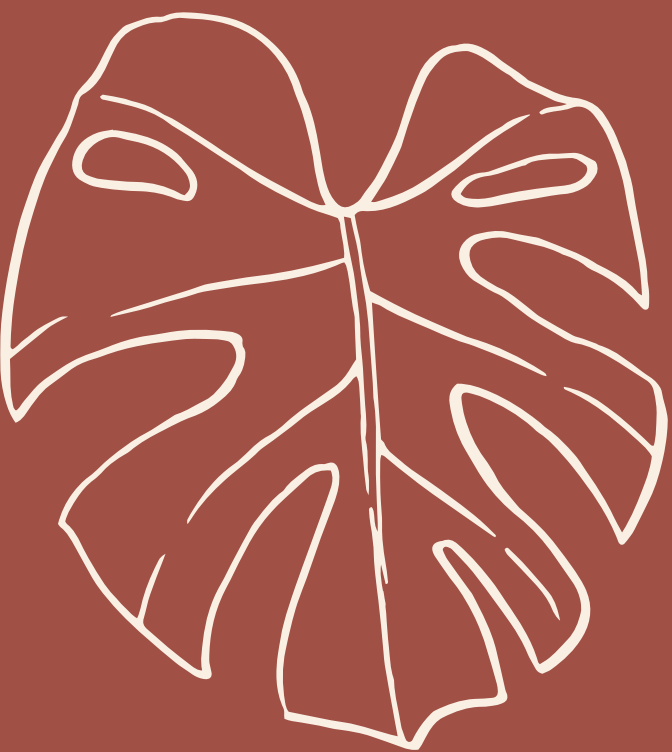
# “E o louco, é de quem mesmo?”

(Kulpa e Tallemborg, 2016)



Figura 1 - Pontos de atenção institucionais da RAPS.

# Construção do Protocolo de cuidado e acesso para Saúde Mental



## Quadro 1 - Legenda da estratificação do sofrimento

<b>Legenda</b>	
VERMELHO	Caso gravíssimo com necessidade de <b>atendimento imediato</b> . Situações que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros. <b>Situações passíveis de serem estabilizados <u>apenas</u> com aparato hospitalar</b>
LARANJA	Risco significativo, <b>casos graves</b> . 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 <b>moderada</b> . 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 <b>potencial para complicações</b> 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

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
<p>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></p>	UBS	Vivências afetivas e eventos de vida adversos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necessidades em saúde mapeadas de forma individual e coletiva a partir do perfil territorial;</li> <li>2. Necessidades de interação social, convivência, socialização, Discussões sobre os determinantes sociais em saúde, como: raça, cor, identidade de gênero, deficiência, situação socioeconômica;</li> <li>3. Dificuldade de geração de renda</li> <li>4. Identificação de vulnerabilidade programática e social para garantia de direitos;</li> <li>5. Fortalecimento de vínculo familiar.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CRAS;</li> <li>2. CCI;</li> <li>3. ONGS;</li> <li>4. Educação;</li> <li>5. Esporte,</li> <li>6. Cultura;</li> <li>7. Coletivos;</li> <li>8. Associações</li> </ol>	<p>Enfermeiros, médicos e equipe multiprofissional.</p> <p>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)</p>

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
<p>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></p>	<p><b>UBS</b></p>	<p>Sofrimentos, transtornos e agravos <u>sem comprometimento significativo</u> do funcionamento biopsicossocial</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ansiedade generalizada;</li> <li>2. Luto;</li> <li>3. Somatização (sintomas relacionados a fatores psicológicos. ex: dermatite);</li> <li>4. Sofrimento emocional e tristeza;</li> <li>5. Questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas;</li> <li>6. Risco de suicídio: pensamentos suicidas sem plano;</li> <li>7. Transtornos de ansiedade agudos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CRAS;</li> <li>2. CCI;</li> <li>3. ONGS;</li> <li>4. Educação;</li> <li>5. Esporte</li> <li>6. ,Cultura;</li> <li>7. Coletivos;</li> <li>8. Associações</li> </ol>	<p>Enfermeiros, médicos e equipe multiprofissional.</p> <p>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)</p>

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
<p>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></p>	<p>UBS</p>	<p>Sofrimentos, transtornos e agravos com <b>comprometimento significativo leve a moderado</b> do funcionamento biopsicossocial</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crises de ansiedade frequentes com prejuízo do funcionamento biopsicossocial;</li> <li>2. Episódios depressivos com comprometimento leve das atividades diárias;</li> <li>3. Tentativa de autoextermínio com período maior do que 30 dias;</li> <li>4. Quadro puerperal que apresenta sofrimento mental;</li> <li>5. Queixas escolares que estão relacionadas a questões psicológicas;</li> <li>6. Casos referenciados pela assistência social (CRAS, CREAS e Conselho Tutelar), APAE e EDESP para queixas de sofrimento mental</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CRAS;</li> <li>2. CCI;</li> <li>3. ONGS;</li> <li>4. Educação;</li> <li>5. Esporte</li> <li>6. ,Cultura;</li> <li>7. Coletivos;</li> <li>8. Associações</li> </ol>	<p>Enfermeiros, médicos e equipe multiprofissional.</p> <p>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)</p>

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
<p>CEME (Centro de Especialidades Médicas)</p>	<p>Atendimento focal e específico a demandas de sofrimento moderado e/ou crônico</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Histórico de tratamento psiquiátrico, quadros de impulsividade e hospitalização prévia. Sem manifestação aguda presente de risco para si ou terceiros;</li> <li>2. Planejamento de autoextermínio persistente, sem risco iminente à vida porém com possibilidade de evolução para uma tentativa;</li> <li>3. Isolamento e retração importantes e persistentes;</li> <li>4. Comprometimento significativo moderado da vida social e do cotidiano, com prejuízo funcional persistente por mais de 30 dias;</li> <li>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)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Território intersetorial;</li> <li>2. UBS;</li> <li>3. CAPS IICAPS IJ;</li> <li>4. Médicos especialistas do CEME</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psicólogo para psicólogo</li> <li>2. Psicólogo e médico para médico psiquiatra e neurologista.</li> </ol> <p>Os encaminhamentos deverão ser entregues na regulação.</p>

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 <b>com comprometimento grave e persistente</b> do funcionamento biopsicossocial, incluindo em decorrência do uso de álcool e outras drogas	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Situação de violência, abuso e/ou negligência com risco de auto ou heteroagressão e comprometimento da saúde mental;</li> <li>2. Sinais de automutilação/violência autoprovocada e discurso com ideação suicida estruturada;</li> <li>3. Problemas coexistentes relacionados a substâncias química como alcoolismo e uso intensivo de drogas;</li> <li>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;</li> <li>5. Planejamento de autoextermínio persistente e concretizado, com risco iminente de morte; Tentativa de suicídio no período de 30 dias.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Território intersetorial;</li> <li>2. UBS;CAPS IJ;</li> <li>3. CEME</li> <li>4. Unidade Mista;</li> <li>5. Pronto Socorro Laranjeiras</li> <li>6. Hospitais estaduais (CAISM)</li> </ol>	<p>Todos os profissionais e serviços. Equipamento é porta aberta para a RAPS através de acolhimento com a equipe multiprofissional</p>

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 <b>com comprometimento grave e persistente</b> do funcionamento biopsicossocial, incluindo em decorrência do uso de álcool e outras drogas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criança ou adolescente em situação de violência, abuso e/ou negligência com risco de auto ou heteroagressão e comprometimento da saúde mental;</li> <li>2. Crianças, jovens e adultos com sinais de automutilação/violência autoprovocada e discurso com ideação suicida estruturada;</li> <li>3. <b>Transtornos do neurodesenvolvimento com grave comprometimento;</b></li> <li>4. Problemas coexistentes como alcoolismo ou outros usos intensivo de drogas</li> <li>5. Transtorno depressivo maior persistente com prejuízos graves no cotidiano e/ou presença de catatonia e anedonia;</li> <li>6. Planejamento de autoextermínio persistente e concretizado, com risco iminente à vida;</li> <li>7. Tentativa de suicídio no período de 30 dias</li> <li>8.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Território intersetorial;</li> <li>2. UBS;CAPS IJ;</li> <li>3. CEME</li> <li>4. Unidade Mista;</li> <li>5. Pronto Socorro Laranjeiras</li> <li>6. Hospitais estaduais (CAISM)</li> </ol>	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
<p>Unidade Mista e Pronto Socorro Laranjeiras</p>	<p>Atendimento a pessoas com complicações do quadro clínico orgânico e com necessidade de suporte hospitalar</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Violência autoprovocada</li> <li>2. Crises psicóticas agudas com manifestação de alucinações, delírios e prejuízos no funcionamento geral do indivíduo;</li> <li>3. Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e/ou outras drogas)</li> <li>4. Quadros de rebaixamento de consciência, com presença de confusão aguda que indique necessidade de ação médica imediata;</li> <li>5. Delirium ou abstinência.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Território intersetorial;</li> <li>2. UBS;</li> <li>3. CAPS II</li> <li>4. CAPS IJ;</li> <li>5. CEME;</li> <li>6. Hospitais estaduais</li> </ol>	<p>Serviço sem necessidade de encaminhamento.</p>

# 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](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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)

