PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA
SECRETARIA DE SAÚDE

PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL

2023

ANTÔNIO SÉRGIO ALVES VIDIGAL
Prefeito do Município de Serra

FERNANDA COIMBRA MOTA DA SILVA
Secretária de Saúde do Município de Serra

ROSANA LILIAN SOARES SANTOS FAGUNDES
Subsecretária de Gestão em Saúde do Município de Serra

JUACY PEREIRA GOMES
Superintendente de Atenção Primária à Saúde

KARLA VALESKA PEREIRA
Gerente de Atenção Primária à Saúde

MÁRCIO DOBAL DE OLIVEIRA
Superintendente de Atenção Especializada à Saúde

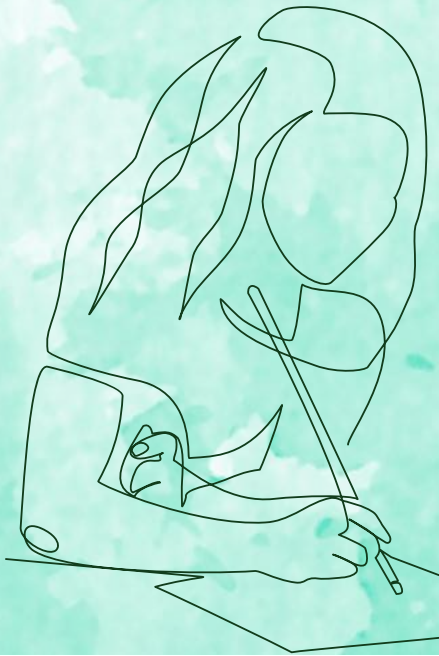
MARIZE PRATA PRAVATO RANGEL
Gerente de Atenção Secundária

NÍVIA ALVES MOTA
VALÉRIA DE FÁTIMA SANTANA
Referências Técnicas de Saúde Mental

AUTORIA: Euzilene Rodrigues (psicóloga URS Novo Horizonte), Flávia de Macedo Cavallini (gerente CAPS ad Laranjeiras), Jociane Penha da Silva (gerente CAPS Mestre Álvaro), Nívia Alves Mota (referência técnica de saúde mental), Sabrina de Aquino Souza (gerente CAPSi).

REVISÃO: Referências Técnicas de Saúde Mental , Equipes do CAPS ad Laranjeiras, CAPS Mestre Álvaro e CAPS Infanto Juvenil, Equipes de Saúde Mental das Unidades Regionais de Saúde do município de Serra.

CONSULTORIA: Rafael Gomes, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo.



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 4

2 CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- RAPS 5

2.1 Estratificação do cuidado em saúde mental e atenção psicossocial 5

3 FUNCIONAMENTO E ESTRUTURA DA RAPS NO MUNICÍPIO DE SERRA 6

3.1 Reuniões Gerais de Saúde Mental 6

3.2 Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial do município de Serra 6

3.3 Atenção Primária de Saúde de Serra 6

3.3.1 Unidades de Saúde Básicas e Regionais **6**

3.3.2 Consultório na rua **7**

3.4 Média Complexidade no município de Serra 8

3.4.1 Centros de Atenção Psicossociais-CAPS **8**

3.4.2 Unidades de Pronto Atendimento- UPAS **9**

4 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL 10

4.1 Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental do Município de Serra 10

5 FUNCIONAMENTO E ESTRUTURA DE SAÚDE MENTAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 13

6 AÇÕES E DIRETRIZES DA RAPS 14

6.1 Acolhimento 14

6.2 Projeto Terapêutico Singular (PTS) 14

6.3 Matriciamento em Saúde Mental 16

6.4 Manejo de crise em Saúde Mental 17

6.4.1 Avaliação e manejo do risco de suicídio **17**

7 TERRITORIALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SERRA 19

8 REFERÊNCIAS 21

1 INTRODUÇÃO

A alteração do modelo assistencial e da Política de Saúde Mental no Brasil recebeu forte influência do Movimento pela Reforma Sanitária e do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se iniciou no final dos anos de 1970, antecedendo o advento do SUS, que questionou o modelo assistencial vigente no período do INAMPS/previdenciário, centrado em grandes unidades hospitalares, inúmeras delas de características asilares (AMARANTE, 1995).

A assistência aos pacientes com transtornos mentais, no Brasil, surgiu de forma totalmente excludente, retirando do convívio social aqueles que eram considerados fora dos padrões da sociedade. Essa assistência tinha o seu foco na doença, sem compreender o sujeito na sua totalidade.

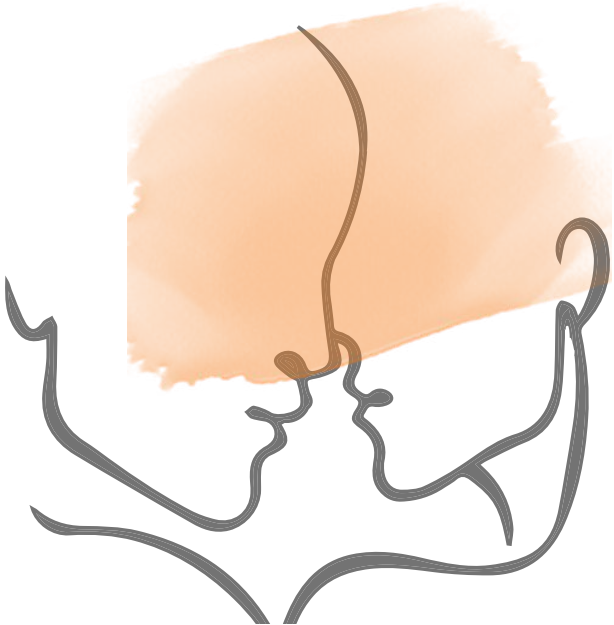
A Reforma Psiquiátrica, por meio do processo de desinstitucionalização, teve como objetivo principal dar fim ao modelo manicomial substituindo-o por outro que tivesse como princípio de cuidado o usuário, colocando-o como protagonista de todo o processo.

Sob os princípios do disposto na Lei nº 10.216, de 06/04/2001, a rede de atenção e cuidado caracteriza-se por diferentes ações e serviços de base comunitária e territorial, que devem garantir o acesso aos cuidados em saúde mental de forma ampliada, articulada intersetorialmente, tendo como diretriz central a reinserção social (BRASIL, 2001).

Instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS

"As redes 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." (BRASIL, 2010). As principais características da rede é a formação de relações horizontais entre os serviços, tendo a APS como centro de comunicação: a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos. Foi nesta perspectiva que Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída, no ano de 2011, e que, apesar das dificuldades, vem se consolidando ao longo dos anos.

Cabe destacar a importância da escuta que é responsabilidade de todos os profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, médicos entre outros) de todos os pontos de atenção à saúde municipal, desde as Unidades Básicas (UBS) às Unidades de Pronto Atendimento 24h - UPAs. A identificação, acolhimento e construção de estratégias de cuidados de saúde mental é responsabilidade de todos, conforme seu campo de intervenção.



2 CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- RAPS

A RAPS se configura como um conjunto de diferentes serviços e ações disponíveis nos territórios que, articulados, formam uma rede plural e integrada. Esses devem ser capazes de dar resposta às demandas e necessidades, desde as mais simples às mais complexas e graves, apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares. A RAPS é composta por 6 (seis) eixos de serviços (BRASIL, 2011). São eles:

I- Atenção Primária à Saúde;
II- Atenção Especializada;
III- Atenção às Urgências e Emergências;
IV- Atenção Residencial de Caráter Transitório;
V- Atenção Hospitalar;
VI- Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação.

Cada componente da rede é integrado por diferentes serviços e ações, e todos eles são igualmente importantes e complementares, devendo ser incentivados, ampliados e fortalecidos.
Essa rede está organizada para ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado, objetivando promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

2.1 Estratificação do cuidado em saúde mental e Atenção Psicossocial

a) Atenção Primária em Saúde - Está sob sua responsabilidade o ordenamento longitudinal pelos habitantes do território, incluídos os casos de saúde mental.

b) Serviços da Atenção Especializada - Responsáveis pelos casos de intenso sofrimento e com transtornos mentais severos e persistentes, inclusive aqueles relacionados ao uso abusivo e dependente de substâncias psicoativas, que causam importante impacto no cotidiano da vida do indivíduo e das pessoas que o cercam.

c) Pontos de Atenção em Urgência e Emergência - Responsáveis pelo atendimento de Urgência e Emergência também em saúde mental - situações que envolvem risco moderado e alto à vida da pessoa em sofrimento psíquico.

d) Atenção hospitalar/Enfermarias de Saúde Mental/Psiquiatria - Pontos de Atenção voltados à crise aguda, em que há alto risco à vida da pessoa em sofrimento psíquico.

3 FUNCIONAMENTO E ESTRUTURA DA RAPS NO MUNICÍPIO DE SERRA

3.1 Reuniões Gerais de Saúde Mental

O Programa de Saúde Mental no município de Serra é organizado pautado na construção entre trabalhadores lotados na área técnica de saúde mental, nas unidades básicas (principalmente as equipes de saúde mental) e nos CAPS. Assim, reuniões mensais ocorrem desde o começo dessa organização entre esses profissionais. São espaços de discussão sobre o processo de trabalho e de formação continuada.

3.2 Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial do município de Serra

Temos ainda instituído por meio de portaria (Portaria 011/SESA/2016) o Grupo Condutor (GC), composto por representantes dos equipamentos, e tem o objetivo de implementar e articular os pontos de atenção à saúde 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 no município de Serra.

O GC tem por finalidade ser um espaço de formulação de políticas públicas para atenção em saúde mental, pactuação, avaliação e controle das ações de prevenção, promoção e assistência à saúde mental no âmbito do município. Assim, suas atribuições são: planejar, organizar, monitorar e avaliar de forma sistêmica, articulada, integrada e solidária a Rede de Atenção Psicossocial.

3.3 Atenção Primária à Saúde de Serra

A atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange promoção, proteção, a prevenção de agravos, além de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e acompanhamento longitudinal, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na vida e autonomia das pessoas.

As unidades básicas de saúde bem como as unidades regionais são a porta de entrada do SUS no município de Serra; dada a sua capilaridade e o vínculo estabelecido com a comunidade, conseguem identificar precocemente as pessoas que apresentam sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo aqueles em decorrência do uso de álcool e outras drogas, assim como realizar o acolhimento e atendimento humanizado deste público e acompanhar as pessoas com quadros clínicos e psicossociais estáveis, leves e moderados, a partir de interlocução permanente com os serviços especializados em saúde mental de referência (BRASIL, 2022). Também podem encaminhar aos serviços especializados de forma responsável e assertiva, as pessoas com quadros clínicos psicossociais de maior complexidade, conforme o fluxo municipal.

Torna-se, assim, imprescindível fortalecer a escuta, a criação de vínculo e a garantia de acolhimento aos usuários e familiares, principalmente no que se refere ao transtorno mental.

3.3.1 (Unidade Básica de Saúde- UBS, Unidade Regional de Saúde- URS)

A equipe interdisciplinar na UBS ou na URS pode ser composta por psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, professores de educação física, técnicos de enfermagem, entre outros; desenvolve ações de acolhimento inicial, atendimento individual e em grupo, atendimento familiar, atendimento domiciliar, atenção às situações de crise, matriciamento de equipes da Atenção Básica, reuniões de rede territoriais, ações de educação em saúde, entre outras atividades.

Cabe destacar a importância das reuniões periódicas entre a equipe, bem como ter garantidos espaços de Educação Permanente dos profissionais.

3.3.2 Consultório na Rua (CnR)

O Consultório na Rua (CnR) atua frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, incluindo aquelas pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de álcool e outras drogas, através de equipe multiprofissional. A equipe do CnR atua com o intuito de ampliar o cuidado em saúde à população em situação de rua do município de Serra e potencializar a articulação com a rede intra e intersetorial.

Orientações básicas para a equipe do Consultório na Rua

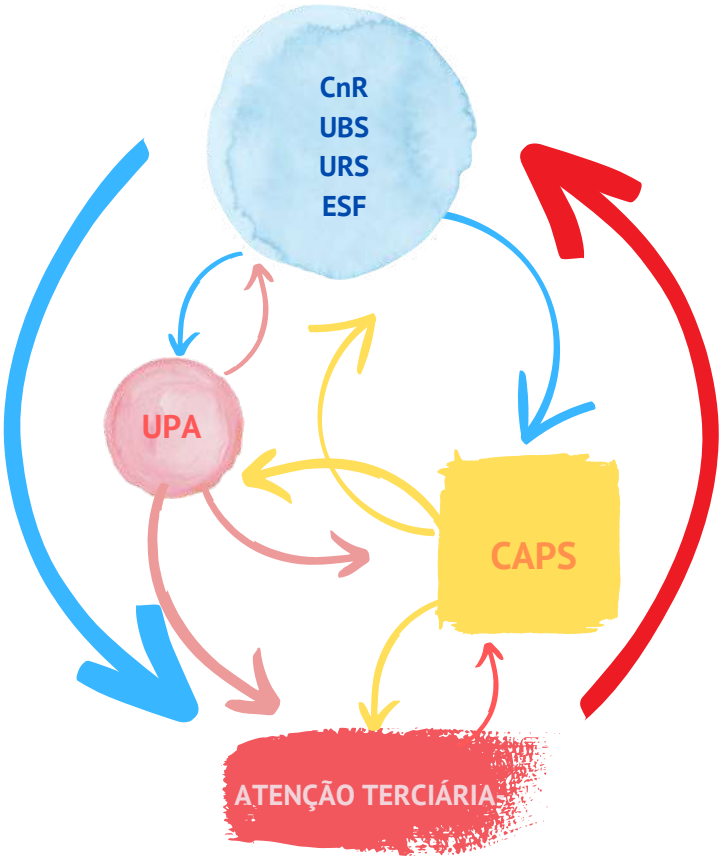
a) Acompanhar as pessoas em situação de rua com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas ;

b) Facilitar o acesso do indivíduo aos demais equipamentos de saúde (UBS, URS, CAPS, etc);

c) Realizar atendimentos na rua, e, quando necessário, utilizar as dependências de qualquer unidade de saúde dentro do território, de acordo com o planejamento diário/semanal, bem como com as prioridades clínicas, epidemiológicas/sociais;

d) Discutir casos em reuniões técnicas com a rede de serviços de assistência social e da saúde construindo propostas compartilhadas de cuidado dos pacientes acompanhados por ambas as equipes;

e) Articular reuniões sistemáticas com equipe de Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS), bem como outros equipamentos da assistência social do território a fim de organizar visitas compartilhadas e pensar em atividades de cuidados conjuntas.



3.4 Média complexidade no município de Serra

3.4.1 Centros de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS- enquanto pontos de atenção da RAPS, constituem-se como estratégia fundamental para a substituição do modelo manicomial, pois se caracterizam por ser serviço de base territorial, trazendo em sua essência a lógica da garantia de direitos humanos, da reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, vivência comunitária e familiar. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser complementar à rede de assistência na saúde mental.

Constituem-se como lugar de referência e tratamento para pessoas com grave sofrimento psíquico, cuja severidade e/ou persistência demandem um cuidado intensivo, incluindo os transtornos relacionados ao uso dependente de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).

Os CAPS são serviços de média complexidade e funcionam de maneira articulada com os diversos pontos de atenção da saúde: junto às Unidades Básicas e Unidades Regionais de Saúde, Estratégia da Saúde da Família, Consultório na Rua, UPAS. Conectam-se de forma intra e intersetorial com a educação, cultura, habitação, assistência social, direitos humanos entre outros, funcionando como ordenador da Rede de Atenção Psicossocial.

O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio do Projeto Terapêutico Singular - PTS, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família e os demais serviços da rede. O trabalho realizado nesses espaço tem como foco a busca da autonomia, cidadania, liberdade e protagonismo das pessoas.

Ações desenvolvidas nos CAPS, entre outras:

Com os usuários:

- Acolhimento inicial;
- Acolhimento diurno (atenção diária);
- Atendimento individual;
- Atendimento em grupo;
- Atendimento familiar;
- Atendimento domiciliar;
- Práticas corporais;
- Práticas expressivas;
- Atenção às situações de crise;
- Ações de reabilitação psicossocial;
- Promoção de contratualidade;
- Reinserção social;
- Ações de redução de danos;
- Fortalecimento do protagonismo do usuário.

Com a rede intra e intersetorial:

- Matriciamento de equipes da Atenção Básica;
- Matriciamento dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares de Referência;
- Acompanhamento dos Serviços de Residência Terapêutica;
- Reuniões de rede territoriais;
- Atividades de educação em saúde.

Cabe destacar a importância das reuniões semanais de equipe para discussões clínicas e organização do serviço, bem como ter garantidos os espaços de Educação Permanente dos profissionais.

Os CAPS no município de Serra

A Serra possui atualmente três CAPS II, sendo eles o CAPS ad, o CAPS Mestre Álvaro e o CAPS Infanto Juvenil.

A avaliação de cada caso é baseada em diagnóstico ampliado, ou seja, levando em consideração a gravidade do quadro e suas implicações: o grau de sofrimento, a necessidade de maior suporte, o contexto social, o grau de autonomia, os riscos para o usuário, familiares e pessoas do entorno, dentre outras implicações.

Centro de Atenção Psicossocial CAPS ad Laranjeiras

Público-alvo: pessoas com idade a partir de 18 anos completos, munícipes de Serra, com necessidades relacionadas ao uso dependente e/ou abusivo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), que coloquem de alguma maneira a vida e a capacidade física e mental do usuário em risco.

Entende-se como usuário dependente e/ou abusivo de álcool e outras drogas o sujeito que porta padrão de uso com aumento de risco de consequências prejudiciais para si e para terceiros, utilização intensa e frequente de substâncias psicoativas, baixo investimento em suas relações interpessoais, diminuição do repertório cultural e vulnerabilidade social.

Atualmente o CAPS ad Laranjeiras mantém convênio com a rede complementar para os casos em que a equipe técnica avalie necessitar de internação breve com o fim de desintoxicação.

CAPS Mestre Álvaro - Centro de Atenção Psicossocial

Público-alvo: pessoas com idade a partir de 18 anos completos, munícipes de Serra, que apresentam sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais graves e persistentes, com dificuldades de socialização e integração familiar e necessidade de apoio em suas iniciativas de busca da autonomia.

A avaliação de cada caso é baseada em diagnóstico ampliado, ou seja, levando em consideração a gravidade do quadro e suas implicações: o grau de sofrimento, a necessidade de maior suporte, o contexto social, o grau de autonomia, os riscos para o usuário, familiares e pessoas do entorno, dentre outras implicações.

Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Público-alvo: são atendidas crianças e adolescentes, munícipes de Serra, de 0 a 18 anos incompletos, gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nesta categoria os transtornos mentais graves e persistentes como autismo, psicoses, neuroses graves, bem como os usuários abusivos de álcool e outras drogas. Entende-se como usuário abusivo de álcool e outras drogas aquele que porta padrão de uso com aumento de risco de consequências prejudiciais para si. E, os usuários dependentes aqueles que fazem a utilização intensa e frequente das drogas, ocasionando o não investimento em suas relações pessoais; nesse sentido, família, estudo, namoro, amizade, perdem o significado.

3.4.2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e são voltadas às urgências e emergências, visando a estabilização dos quadros agudos e garantindo o referenciamento dos pacientes que precisem de atendimento, inclusive para os casos em que haja necessidade de cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. No município de Serra existem 3 UPAS, localizadas em Carapina, Castelândia e Serra Sede.

4 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

O sofrimento psíquico pode ser identificado por todos os profissionais de saúde nos diferentes pontos de atenção e isso envolve um momento de escuta ativa, atenta, protegida e interessada que possibilite identificar se há risco à vida.

Risco em saúde mental

Embora seja necessário avaliar reações, não é apenas a avaliação de sinais (aquilo que pode ser constatado pelo observador) e sintomas (aquilo que depende do relato da pessoa) que definem "risco" em saúde mental. Há que se considerar sempre os fatores de risco e proteção, que não são sempre facilmente observáveis e muitas vezes podem não ser levados em consideração. A avaliação do prejuízo funcional, associada ao risco, à vulnerabilidade e aos fatores de proteção, é um bom indicador de gravidade do quadro e serve para direcionar o local adequado para o cuidado.

Estratificação de risco em saúde mental

A estratificação de risco é a identificação do potencial de risco à vida ou do grau de sofrimento do usuário e sua família. Para tanto, utilizam-se critérios clínicos, sociais, econômicos e familiares. A estratificação de risco subsidiará a definição do tipo de intervenção (oferta de cuidado) e quando a intervenção deve acontecer.

Classificação de risco em saúde

Consiste na priorização e no ordenamento dos atendimentos conforme a gravidade de cada caso, levando em consideração os fatores de risco e proteção.

4.1 Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental do Município de Serra

Este material foi baseado no Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental do Estado do Espírito Santo e na proposta de Classificação de Risco em Saúde Mental da FIOCRUZ; desta forma, a prioridade de atendimento e classificação do risco em saúde mental ficou representada por cores conforme a gravidade de cada caso:

AZUL (Condições crônicas não urgentes)

Condições crônicas que frequentemente envolvem a manutenção de alguma terapêutica já em uso (medicação, participação em grupo, visita domiciliar ou outra forma de contato regular longitudinal). São casos que podem ser acompanhados integralmente pela Unidade Básica de Saúde e Regional. A Rede pode, também, investir no matriciamento feito pelos serviços de Atenção Secundária e equipes de saúde mental da Unidade Regional para que a Atenção Primária sinta-se mais segura nesse acompanhamento.

Qualificadores:

- Manutenção do acompanhamento ambulatorial multiprofissional para usuários com transtornos mentais crônicos em uso de algum tipo de terapêutica (muitas vezes a medicação), porém estabilizados;

- Orientações e apoio familiar.

VERDE (Risco baixo)

São condições que apresentam um potencial para aumento do risco se não acompanhadas.

4 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

Síndromes e/ou sinais e sintomas considerados de RISCO BAIXO, sem indicação de atenção 24 horas e que justifiquem solicitação de tratamento em Atenção Primária à Saúde com apoio das Equipes de Referência de Saúde Mental, equipes de Estratégia de Saúde da Família e equipes de saúde das Unidades Básicas.

Qualificadores:

- Episódio depressivo ou maníaco sem sinais de prejuízo para si ou outros. Insônia/distúrbios do sono. Luto recente/reações adaptativas;
- Quadro psicótico estabilizado ("crônico") mesmo com permanência de sinais e sintomas delirantes ou alucinatórios.

AMARELO (Risco moderado)

São casos de gravidade moderada aquelas condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas com celeridade. Estas situações podem se beneficiar de um atendimento por equipe multidisciplinar. Os serviços podem ser os CAPS, as UBS, URS ou mesmo no ambulatório especializado.

Qualificadores:

- Quadro psicótico agudo com histórico de auto ou heteroagressão;
- Dependência química com sinais de abstinência leves;
- Primeira crise psicótica (discurso delirante, "estranho", "bizarro", comportamento desorganizado);
- Desânimo, desinteresse, pouca interação social em crianças e adolescentes, mas também em adultos e idosos;
- Sinais de vômito autoprovocado ou emagrecimento extremo; sintomas de transtornos alimentares em crianças, adolescentes e adultos;
- Sinais e sintomas de autolesão em crianças, jovens ou adultos SEM ideação suicida.
- Criança ou adolescente que sofre "bullying", isola-se, tem pouca rede de apoio ou meios para se defender.
- Criança ou adolescente que apresente dificuldade de interação social que comprometa a vida cotidiana.
- Criança ou adolescente que tenha comprometimento funcional da vida cotidiana em termos de sofrimento, incapacidade ou deficiência.
- Intoxicação eletrônica (extrema dependência das telas): crise de ansiedade, agressividade ou nervosismo se é impedido(a) de usar o dispositivo eletrônico.
- Intoxicação aparente de substâncias psicoativas (medicação, álcool, maconha, crack, cocaína, entre outras) sem rebaixamento de consciência.

LARANJA (Risco elevado)

RISCO ELEVADO, com necessidade de acolhimento imediato, que justifica atendimento clínico e/ou especializado em que não há riscos imediatos de vida.

Este atendimento pode ocorrer no Pronto Socorro, na UPA, em URS/UBS ou no CAPS de referência.

Qualificadores:

- Quadro psicótico agudo com histórico de auto ou heteroagressão;
- Quadro depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos, com ideação suicida sem planejamento e sem apoio sociofamiliar;
- Sinais e sintomas de autolesão em crianças, jovens ou adultos com sinais de ideação suicida;
- Perda grave do autocuidado, sintomas de emagrecimento intenso e intencional com riscos para a saúde física, ideação suicida e impulsividade;

- Episódios conversivos/dissociativos, com alteração aguda do comportamento e risco à própria integridade ou à de terceiros;

- Intoxicação aparente de substâncias psicoativas (medicação, álcool, crack, cocaína entre outras) com rebaixamento de consciência.

VERMELHO (Risco grave)

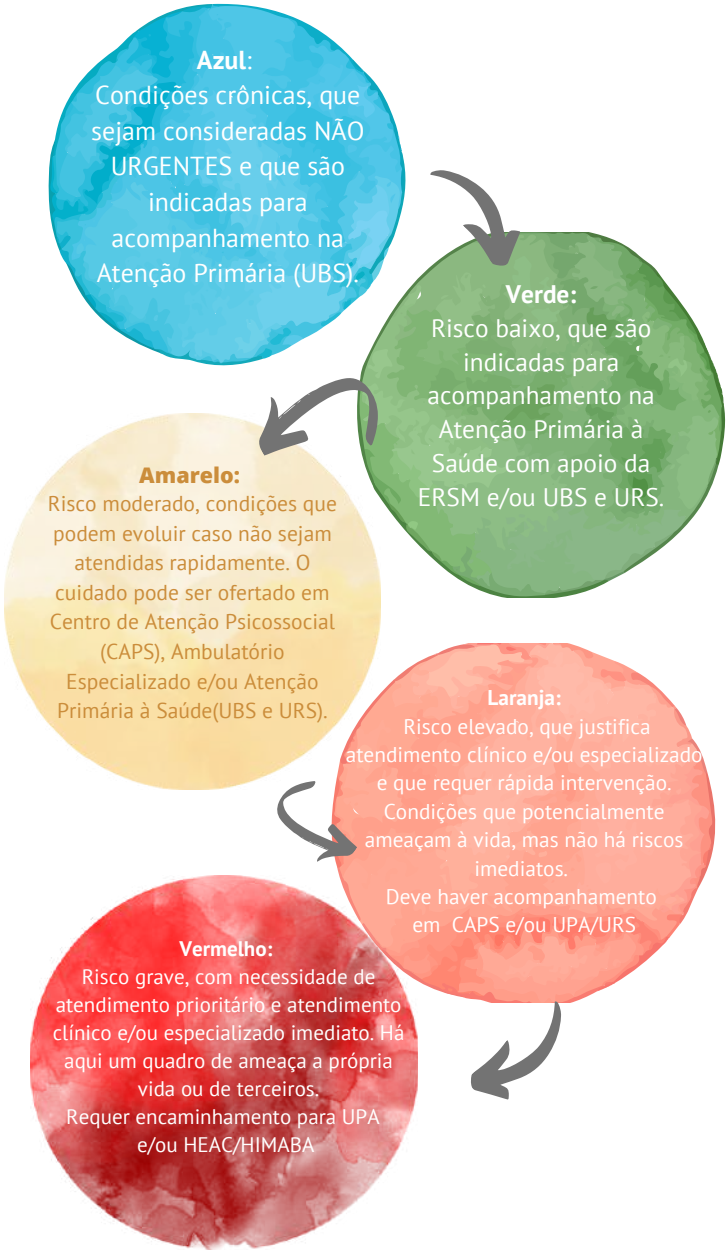
Emergência considerada de RISCO GRAVE, que justifica direcionamento prioritário e atendimento clínico e/ou especializado imediato. Este direcionamento pode ocorrer ao pronto socorro (adultos: HEAC; público infantojuvenil: HEIMABA) e/ou à Unidade de Pronto Atendimento.

Qualificadores:

- Episódio de autoagressividade (autolesão, cutting) e/ou tentativa de suicídio em qualquer circunstância, com risco de morte eminente, com ou sem agitação psicomotora;
- Episódio depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos associado à ideação suicida, com planejamento ou história anterior de tentativa de suicídio;
- Episódio de Mania (euforia) com ou sem sintomas psicóticos associado a comportamento inadequado com risco para si e/ou terceiros;
- Autonegligência (perda do autocuidado) grave com doenças clínicas associadas (comorbidades orgânicas);
- Intoxicação aguda, endógena ou exógena por substâncias (medicamentos, álcool e/ou outras drogas);
- Quadro psicótico com delírios, alucinações, alteração do comportamento, podendo estar associado a confusão mental, ansiedade e impulsividade com risco para si e/ou terceiros;

- Episódio de agitação psicomotora, agressividade auto e/ou heterodirigida, com ideação, planejamento e/ou tentativa de homicídio ou suicídio;

- Quadro de dependência química por álcool e/ou outras drogas com sinais de agitação e/ou agressividade auto e/ou heterodirigida, com várias tentativas anteriores de tratamento.



c) Dois Hospitais de referência de atenção à urgência/pronto socorro:

- Hospital Estadual Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernardino Alves - HEIMABA, no caso de crianças e adolescentes;

- Hospital Estadual de Atenção Clínica - HEAC, para o caso de adultos.



6 AÇÕES E DIRETRIZES DA RAPS

6.1 Acolhimento

O acolhimento refere-se a uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) e é uma ação que possibilita o acesso do usuário aos serviços de saúde. Esse conceito dialoga com o princípio da Universalidade do acesso no SUS, que estabelece que as portas de todos os serviços públicos de saúde devem estar abertas a todo aquele que chega, ou seja, toda e qualquer demanda dirigida ao serviço deve ser acolhida, ouvida e respondida. Deste modo, o usuário que procura o serviço, encaminhado ou não, deverá ser escutado.

O acolhimento universal não implica na exigência de que todo aquele que procura o serviço terá que ser necessariamente absorvido, mas na ideia de que acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade da procura já é uma forma de cuidado, que pode dar lugar a diferentes encaminhamentos (BRASIL, 2005).

No acolhimento do sujeito o serviço deve ser resolutivo e responsável; no caso de orientar sobre outros serviços de saúde ou da rede intersetorial, a articulação deve ser realizada de modo que a demanda seja compartilhada.

Como primeiro contato, um acolhimento inicial é uma ferramenta para estabelecimento de vínculo com usuário e seus familiares. Acolher requer respeito e reconhecimento do outro em sua singularidade. Porém, o acolhimento não é uma ação específica do primeiro contato do usuário com o serviço, e pode acontecer sempre que houver necessidade pelo agravamento de um quadro de saúde mental, por exemplo.

No cotidiano de trabalho das equipes de saúde mental o acolhimento poderá ocorrer de forma individual ou coletiva pelos técnicos de referência do dia, podendo durar tantos encontros quantos forem necessários para a avaliação do caso.

6.2 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), consiste num conjunto de condutas terapêuticas e psicossociais que devem ser elaboradas e articuladas com base nas necessidades de saúde de cada usuário e seu contexto familiar, social, econômico e cultural, considerando suas opiniões, desejos, sonhos e seu projeto de vida. É um instrumento que visa o cuidado de forma singular em uma interação democrática e transversal entre trabalhador/usuário, família, instituição e comunidade, proporcionando a cada usuário ter um plano de cuidados que contemple sua singularidade e inserção no território em que transita. As propostas devem ter como foco o sujeito e por isso deve ser construído com anuência dele (BRASIL, 2007).

Roteiro para avaliação diagnóstica para construção de projeto terapêutico singular

- Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente;

- Problema apresentado no atendimento nas palavras da pessoa e visão familiar;

- História do problema atual: início, fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, compartilhamento do caso (referência e contrarreferência);

- Configuração familiar;

- Vida social: participação em grupos, participação em instituições, rede de apoio social, situação econômica;

- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar;

- Formulação diagnóstica situacional.

Matriz de Ações do Projeto Terapêutico Singular

Necessidades de saúde e demandas de Cuidado do Sujeito				Metas do PTS		Trabalhador de Referência
Ações	Objetivo (s)	Prazo	Pactuação com o usuário SIM ou NÃO	Contempla algum(ns) dos princípios anti manicomiais? Qual (is)?	Monitoramento e avaliação	Responsável pela ação

Fonte: GOMES, 2023.

6.3 Matriciamento em Saúde Mental

O matriciamento é um processo de construção compartilhada de cuidado, visando criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. É um espaço coletivo de cogestão, educação e formação no qual se combinam diferentes saberes, produzindo conhecimento mútuo e trocas para fomentar a cooperação no processo de cuidado. Não se trata, portanto, de um modelo de encaminhamento, referência e contrarreferência, mas tem como objetivo assegurar o cuidado no território e potencializar as equipes de saúde para intervenção no campo da saúde mental.

O matriciamento requer encaminhamento implicado, em que o profissional responsável se inclui no processo, acompanhando o caso até seu destino, sendo necessário que o serviço que encaminha faça um trabalho junto ao serviço para o qual o caso é encaminhado, discutindo as condições de atendimento do mesmo.

É importante que cada equipamento de saúde busque conhecer a rede de atenção do território (que não se restringe ao território geográfico), pois assim é possível pensar num plano de cuidado que contemple a especificidade de cada sujeito.

As equipes matriciadoras oferecem apoio técnico às equipes de referência, de forma que possam ampliar seu campo de atuação, porém sem hierarquia de poderes ou de saber, relacionando-se de maneira horizontal e assumindo acompanhamento longitudinal dos sujeitos e seus territórios, num processo de responsabilização compartilhada pelos casos.

O que o matriciamento é:	O que o matriciamento não é:
Elaboração conjunta de PTS	Encaminhamento ao especialista
Interconsulta	Atendimento individual especializado
Consulta compartilhada	Intervenção coletiva apenas por profissional de saúde mental
Visita domiciliar compartilhada	Visita domiciliar sem discussão e/ou finalidade
Discussões clínicas	Repasse de casos
Formação continuada	Discussões não qualificadas tecnicamente
Fomento às ações comunitárias de saúde mental	Ações individualizadas em saúde mental

6.4 Manejo de Crise em Saúde Mental

Por crise em saúde mental entendemos todas as situações em que há uma desestabilização do sujeito, por vezes em intenso sofrimento psíquico e que por isso demanda um manejo mais intenso dos serviços e equipes da RAPS.

Essas situações podem requerer a escuta atenta de uma equipe para avaliação do quadro clínico apresentado. Vários cenários compõem a vida de alguém que acessa um serviço em busca de ajuda: contexto familiar (que não é restrito à consaguinidade), rede de apoio, vulnerabilidade social são importantes fatores nas avaliação do risco e gravidade da situação. Ou seja, a singularidade de cada caso precisa ser considerada para o elenco de estratégias.

Em algumas situações haverá necessidade de intervenção medicamentosa e/ou acesso a algum ponto de Urgência em Saúde Mental para observação. Nos casos mais graves a atenção hospitalar também pode ser necessária desde que sejam esgotados os recursos terapêuticos das equipes de referência do sujeito.

A Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, indica a internação em saúde mental como medida excepcional, logo só deve ser acionada após serem esgotados os outros recursos comunitários.

No manejo de crise em saúde mental o profissional deve considerar:

- Avaliação do usuário - escuta atenta e implicada;
- Nos casos mais graves e urgentes, é necessário prioridade no atendimento;
- Importante considerar a elaboração de um plano de cuidado com anuência do usuário;
- Definição das estratégias mais indicadas para o caso que podem passar por: contato com a família ou pessoa próxima;
- Possibilidade de manejo medicamentoso - oral ou injetável;
- Se houver dispensação medicamentosa é preciso considerar o risco do próprio usuário sair do equipamento com um volume grande de medicamentos;
- Acompanhamento do usuário, para reavaliação sistemática do quadro.

6.5 Avaliação e Manejo do Risco de Suicídio

Ao identificar uma situação de risco para suicídio, é preciso analisar para agir de acordo com que a gravidade exige. No Protocolo de Classificação de Risco do Estado do Espírito Santo as tentativas de suicídio em qualquer circunstância, com ou sem agitação psicomotora são consideradas condições que classificam o quadro como gravíssimo, portanto devem ser priorizados aonde o sujeito chegar, seja na UBS, URS , CAPS ou UPA.

As lesões autoprovocadas e as tentativas de suicídio devem ser notificadas OBRIGATORIAMENTE pelo serviço que está realizado o atendimento, mesmo que o relato se dê após o acontecimento. As notificações independem da vontade da pessoa e são compulsórias; as mesmas devem ser registradas diretamente do sistema ESUS-VS da Vigilância em Saúde do Estado para que possa ser realizado o acompanhamento da situação de tal usuário.

Risco baixo:

Se a pessoa teve alguns pensamentos suicidas, sem planejamento.

Manejo:

- Escuta acolhedora e sem julgamentos;
- Estabelecimento de vínculo.

Encaminhamentos : buscar discutir o caso na rede com profissionais do campo da saúde mental; se necessário buscar contribuição da rede e atendimento especializado.

Risco Médio:

Se a pessoa tem pensamentos e sentimentos de suicídio, mas não possui planejamento mas tem meios de fazê-lo;
Manejo:
Ter atenção para possíveis meios letais que possam estar presentes no local do atendimento;
Promover escuta acolhedora e sem julgamentos que possibilite a expressão dos sentimentos e contextualização sobre a situação de crise;
Investir nos fatores protetivos;
Investir na rede de apoio (família e amigos) como parceiros no acompanhamento da pessoa sob risco.

Encaminhamentos:buscar discutir o caso na rede com profissionais do campo da saúde mental; buscar contribuição da rede e atendimento especializado;buscar prioridade de atendimento na rede.

Risco alto:

Se a pessoa tem um plano definido, com meios para executá-lo; há tentativas recentes de suicídio; tem históricos de tentativas de suicídio em um curto intervalo de tempo; tem histórico familiar de tentativas e/ ou suicídio; apresentar concomitantemente transtorno mental e uso abusivo de álcool e outras drogas.

Manejo :

Promover escuta acolhedora e sem julgamentos que possibilite a expressão dos sentimentos e contextualização sobre a situação de crise;
Estar junto da pessoa, sem deixá-la só no momento do atendimento;
Ter atenção para possíveis meios letais que possam estar presentes no local do atendimento;
Informar e investir na rede de apoio (família e amigos) como parceiros no acompanhamento da pessoa sob risco.
Investir no acompanhamento longitudinal da pessoa.
Criar mecanismos de proteção/redução de danos em relação à dispensa de medicamentos.

Encaminhamentos: considerar possibilidades de acionar família ou pessoa próxima – não liberar a pessoa sem estar acompanhada; acionar o SAMU; entrar em contato com um profissional de saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo.

7 TERRITORIALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO de Serra

UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE	BAIRROS DE ABRANGÊNCIA	UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
URS DE SERRA SEDE Rua Independência, 09, Caçaroca / Serra CEP: 29.176-180 TEL.: 3251-5891 urs.serra.sesa@serra.es.gov.br	01 Aroaba; 02 Belvedere; 03 Caçaroca; 04 Calogi; 05 Campinho de Serra I; 06 Campinho de Serra II; 07 Cascata; 08 Chapada Grande; 09 Cidade Nova de Serra; 10 Colina de Serra; 11 Continental; 12 Divinópolis; 13 Itaiobaia; 14 Jardim Bela Vista; 15 Jardim de Serra; 16 Jardim Guanabara; 17 Jardim Primavera; 18 Macafé; 19 Maria Niobe; 20 Muribeca; 21 Nossa Senhora da Conceição; 22 Palmeiras; 23 Parque Residencial Nova Almeida; 24 Planalto Serrano*; 25 Putiri; 26 Residencial Centro de Serra; 27 Santiago; 28 Santo Antônio; 29 São Domingos II; 30 São Judas Tadeu; 31 São Lourenço; 32 São Marcos I; 33 São Marcos II; 34 Serra Centro; 35 Vista de Serra I; 36 Vista de Serra II	UBS Campinho de Serra; UBS São Marcos; UBS Vista de Serra; UBS Planalto Serrano Bloco A; UBS Planalto Serrano Bloco B; UBS Putiri.
UNIDADE REGIONAL SERRA DOURADA II Av. Brasília, s/n, Serra Dourada II/Serra CEP: 29 171-000 TEL.: 3282-4420 urs.serradourada.sesa@serra.es.gov.br	01 Barcelona; 02 Barro Branco; 03 Cidade Pomar; 04 Civit I; 05 Eldorado; 06 Maringá; 07 Mata de Serra; 08 Monte Verde; 09 Nova Carapina I; 10 Nova Carapina II; 11 Novo Porto Canoa; 12 Parque Residencial Mestre Álvaro; 13 Parque Residencial Tubarão; 14 Pitanga; 15 Planície de Serra; 16 Porto Canoa; 17 Porto Dourado; 18 Santa Rita de Cássia; 19 Serra Dourada I; 20 Serra Dourada II; 21 Serra Dourada III; 22 Taquara I; 23 Taquara II; 24 Terminal Intermodal de Serra	UBS Nova Carapina I, UBS Nova Carapina II, UBS Eldorado; UBS Barcelona; UBS Porto Canoa; UBS Pitanga; UBS Barro Branco; UBS Taquara I; UBS Taquara II.
UNIDADE REGIONAL BOA VISTA Rua Elisa Tomás, s/n, Boa Vista/Serra CEP: TEL: 3328-3423 urs.boavista.sesa@serra.es.gov.br	01 André Carloni; 02 Bairro de Fátima; 03 Boa Vista; 04 Cantinho do Céu; 05 Carapina Grande; 06 Central Carapina; 07 Conjunto Carapina I; 08 Diamantina; 09 Eurico Salles; 10 Hélio Ferraz; 11 Jacuhy; 12 Jardim Carapina; 13 Jardim Tropical; 14 José de Anchieta I; 15 José de Anchieta II; 16 José de Anchieta III; 17 Laranjeiras Velha; 18 Manoel Plaza II; 19 Planalto de Carapina; 20 Polo Industrial Tubarão; 21 Residencial Vista do Mestre; 22 Rosário de Fátima; 23 São Geraldo; 24 Solar de Anchieta	UBS Carapina Grande; UBS André Carloni; UBS Boa Vista; UBS Jardim Carapina; UBS Bairro de Fátima; UBS Manoel Plaza; UBS Laranjeiras Velha; UBS José de Anchieta; UBS Central Carapina; UBS Jardim Tropical.
UNIDADE REGIONAL NOVO HORIZONTE Av Brasil s/n, Novo Horizonte/Serra CEP: TEL: 3228-2194 urs.novohorizonte.sesa@serra.es.gov.br	01 Balneário de Carapebus; 02 Bicanga; 03 Camará; 04 Chácara Parreiral; 05 Cidade Continental*; 06 Guaraciaba; 07 Jardim Limoeiro; 08 Lagoa de Carapebus; 09 Manguinhos; 10 Novo Horizonte; 11 Ourimar; 12 Portal de Jacaraípe; 13 Praia da Baleia; 14 Praia de Carapebus; 15 Santa Luzia; 16 São Diogo I; 17 São Diogo II	UBS Manguinhos; UBS Carapebus; UBS Oceania; UBS Cidade Continental; UBS Chácara Parreiral; UBS São Diogo.

7 TERRITORIALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO de Serra

UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE/ CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	BAIRROS DE ABRANGÊNCIA	UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
UNIDADE REGIONAL FEU ROSA Rua: Vitória Régia s/n Feu Rosa / Serra CEP: 29.176-020 Tel:3243-1045/ 3243-1415 urs.feurosa.sesa@serra.es.gov.br	01 Alterosas; 02 Boulevard Lagoa; 03 Chico City; 04 Civit II; 05 Colina de Laranjeiras; 06 Feu Rosa; 07 Laranjeiras II; 08 Morada de Laranjeiras; 09 Nova Zelândia; 10 Parque Residencial Laranjeiras; 11 Valparaíso; 12 Vila Nova de Colares	UBS Vila Nova de Colares; UBS Parque Residencial Laranjeiras.
UNIDADE REGIONAL JACARAÍPE End. Av. Minas Gerais s/n Jacaraípe / Serra CEP: 29.173-473 Tel: 32521578 urs.jacaraipe.sesa@serra.es.gov.br	01 Bairro das Laranjeiras; 02 Bairro Novo; 03 Boa Vista; 04 Castelândia; 05 Conjunto Jacaraípe; 06 Costa Bela; 07 Costa Dourada; 08 Enseada de Jacaraípe; 09 Estância Monazítica; 10 Jardim Atlântico; 11 Lagoa de Jacaraípe; 12 Magistrado; 13 Marbella; 14 Nova Almeida Centro; 15 Parque das Gaivotas; 16 Parque Jacaraípe; 17 Parque Santa Fé; 18 Praia de Capuba; 19 Praiamar; 20 Reis Magos I; 21 Residencial Jacaraípe; 22 São Francisco; 23 São João; 24 São Patrício; 25 São Pedro ; 26 Serramar; 27 Sítio Iriema	UBS Nova Almeida.
CAPS ad LARANJEIRAS R. Álvares Cabral, 213 - Parque Res. Laranjeiras/Serra CEP: 29.165-420 TEL.: 3328-4137/ 98166-1322 capsad.sesa@serra.es.gov.br	Município de Serra	
CAPS MESTRE ÁLVARO R. São Pedro - Jardim Limoeiro, Serra CEP: 29.167-360 TEL.: 3281-4066/9.8166-0496/9.9772-8094 caps.mestrealvaro.sesa@serra.es.gov.br	Município de Serra	
CAPS i Rua dos Cardeais, Morada de Laranjeiras/Serra TeL: 3328-3153/99926-4290 capsi.sesa@serra.es.gov.br	Município de Serra	

8 REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro, Abrasco, 2002.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998: 41-71.

AMARANTE, Paulo. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, M. I. A. et al. **Fim de Século: ainda manicômios?.** São Paulo: Ipusp,1999.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**/Moacyr Scliar...[et al.]; coord. Paulo Amarante, Rio de Janeiro: NAU, 2003.

AZOLIN, Zenith M. Gagno – **Reflexão e fundamentação da Política de Saúde Mental no município de Serra** – ES – Trabalho de monografia para obtenção do titulo de especialista em saúde mental e atenção psicossocial – FAESA, Vitória – ES, 2004.

BEZERRA, Benilton. A Clínica e a reabilitação psicossocial. In: **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** 2.ed. São Paulo: UCITEC, 2001.

BELMONTE, P. et al. **Temas de Saúde Mental**, MS, Brasília, 1998.

BRASIL.Constituição: República Federativa do Brasil, Brasília: Senado Federal: Centro gráfico, 1998.

BRASIL. Ministério de saúde. Informe saúde: imprensa@saúde.gov.br, n°215, 2003.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental:1990- 2004, Brasília,2004.

BRASIL. Ministério de saúde. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: COSAM/MS,1994.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde: Legislação em saúde: Normas Operacionais Básicas do SUS n° 01/93 o1/96;

Norma Operacional de Assistência à saúde n°01/01; Lei Federal n° 8.080/90; Lei Federal n° 8142/90; Lei Federal n° 8.689/93, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 245, de 17 de fevereiro de 2005. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 246, de 17 de fevereiro de 2005. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.028, de 01 de julho de 2005. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria gm nº 3088, de 23 de Dezembro, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

GOMES, Rafael. **Matriz de Ações do Projeto Terapêutico Singular**, 2023.

8 REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília, 2011. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>Acesso em 24 jul 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental.** ES, 2018 . **Disponível em:<** https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/07/Cartilha-03_Curso-Saude-Mental-Fiocruz_Modulo-3_.pdf>. Acesso em 24 jul 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, **Protocolo Estadual de Classificação de Risco em Saúde Mental .** ES, 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL_CONSULTA.pdf> Acesso em 24 Jul 2023.