

| | | | |
|---------------------|--|---------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO - atualização | Página 1/14 | |
| Título do Documento | PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO E ACESSO AOS CAPS CAPS I / CAPS II / CAPS AD | Emissão: 04/2023 | Próxima revisão: 04/2024 |

1. INTRODUÇÃO

Prezados profissionais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Brusque.

Este documento foi pensado e elaborado afim do fortalecimento dos pontos de atenção contemplados na Rede de Atenção Psicossocial municipal, e que esta oferta ao usuário em sofrimento socio psíquico, decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas, o direito (Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001) de ter a integralidade e equidade de seus cuidados garantidos, sejam em quaisquer das nossas amplas modalidades de assistência.

Ratificamos aqui que a Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora do cuidado e dos serviços em saúde, é a porta de entrada e principal agente do cuidado da população. Com isso, entendemos que o usuário em sofrimento socio psíquico, desde alterações leves até as mais graves, devem ser assistidos com os mesmos cuidados na APS das demais que sofrem por outras condições crônicas de saúde. Em consonância com essa máxima é verdade também que em determinadas situações e agravos é importante compartilhar o cuidado com a atenção especializada e/ou até mesmo, em última instância, com a atenção terciária.

Nesses termos, entendemos a necessidade de lançar luz sobre os processos de trabalho destes serviços, aqui em destaque da Atenção Especializada, bem como, instrumentalizar os profissionais da Rede à ESCUTA, avaliação e, se preciso, referência ao serviço coerente à demanda do usuário. Considerando sempre a corresponsabilização da equipe de referência territorial na continuidade do cuidado.

Importante ressaltar que os serviços especializados aqui citados se baseiam na luta que levou à vital reforma sanitária, bem como a reforma psiquiátrica e que até hoje buscamos superar a lógica manicomial e asilar.

Todos os serviços e profissionais de saúde devem se pautar na transformação social da pessoa e sofrimento e tecer junto a mesmas estratégias que alcancem melhores condições de saúde; em seu conceito ampliado. Assim que tenham garantia ao acesso à lazer, esporte, cultura, trabalho, alimentação saudável, vínculos saudáveis[...], aspectos estes que fazem parte e não se dissociam do processo saúde doença, logo da “saúde mental” do ser humano.

Atenciosamente,

Oswaldo Quirino de Souza

Secretário Municipal de Saúde

Marineide Montibeller
Diretora Geral das Especialidades

Inajá Gonçalves de Araujo
Coordenadora Saúde Mental

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental grave, crônico ou persistente incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar.

As modalidades existentes em Brusque estão abaixo descritas:

CAPS i

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, estando incluídos nessa categoria, todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária, indica que se ampliam as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível. Sendo assim o CAPSi visa estabelecer as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social, ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil. (BRASIL, 2004)

CAPS AD

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do município de Brusque (SC) realiza atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, é um serviço público, de atenção diária, voltado não só para o tratamento dos usuários que fazem uso de drogas mas, também, e principalmente para sua transformação social e comunitária.

CAPS 2

Serviço de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com sofrimento mental grave e persistente, em sua área territorial, seja em situações aguda ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar.

2. HORÁRIO DE ATENDIMENTO DOS CAPS

O serviço permanece aberto das 08H ÀS 17H¹ de segunda a sexta-feira, obedecendo o calendário oficial da Prefeitura Municipal de Saúde de Brusque, bem como à sua Secretaria de Saúde.

NOTA¹: Horário das 12h às 13h a equipe técnica investe no cuidado dos pacientes que estão no período integral (dia todo), nos grupos e oficinas. Logo, o acolhimento inicial se concentrará nos **grupos de acolhimento** que ocorrerá as 10h e as 15h nas segundas, terças, quintas e sextas no CAPS 2(Adulto) e no caso do CAPS AD e CAPS infantil, conforme demanda e disponibilidade de profissional para acolhimento.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

3.1 TERAPÊUTICAS OFERTADAS NOS CAPS (ORIGEM: PRT MS/GM 336/2002)

3.1 Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

3.2 Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

3.3 Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

3.4 Visitas domiciliares em parcerias com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde

3.5 Atendimento à família (individual e em grupos);

3.6 Atividades comunitárias enfocando a integração do usuário em sofrimento com sua comunidade e sua (re)inserção familiar e social;

NOTA: 1- Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (PRT MS/GM 336/2002, ART. 4º inciso 2º VII);

2-Considerando o acesso como ponto fundamental para o tratamento, o município disponibiliza passes para o transporte municipal, para os usuários que indicado a necessidade, após avaliação socioeconômica possibilitando a rotina de cuidados do usuário neste serviço e seus responsáveis quando sua presença se fizer fundamental. Conforme instrução normativa 03/2022 - <https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/8/8c/IN003-2022.pdf>

Desta forma, os serviços priorizam fortalecer e intensificar a metodologia de abordagem psicossocial ao paciente que tenha um intenso sofrimento, construindo recursos para uma assistência que alcance além da remissão dos sinais e sintomas, também ofertar a assistência em saúde mental de qualidade e excelência técnica, visando alívio do sofrimento psíquico, a superação do estado agudo da patologia e a retomada do desenvolvimento, do crescimento e vida da criança e adolescente.

Descreveremos abaixo informações gerais do serviço para esclarecer os processos de trabalho interno, bem como as possibilidades intersetoriais de referência e contra referência.

4. EQUIPE TÉCNICA DOS SERVIÇOS (ORIGEM: PRT MS/GM 336/2002)

CAPS II

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS AD

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS AD para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

e - 06 (seis) profissionais de nível médio técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS i

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i , para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

5. FLUXOS DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA

O usuário acolhido no UBS, e identificado gravidade e que necessite de acolhimento qualificado, será referenciado ao serviço CAPS.

Os CAPS configuram-se como serviços estratégicos, ordenador e articulador na rede de saúde, subvertendo a lógica da hierarquização e agregando os diferentes níveis de atenção em uma só unidade conforme a portaria ministerial 3.088/2011

OS anexos ao final deste documento são as ferramentas que APS deverá utilizar para acesso ao serviço CAPS

Anexo I- Encaminhamento ao Serviço CAPS (obrigatório)

Anexo II- Estratificação de risco (obrigatório registro)

Sugerimos aos profissionais da APS e/ou da equipe de referência, que utilizem a estratificação de risco como forma de avaliação do quadro global do indivíduo, a fim de identificar o local de atenção e cuidados desse usuário.

Na dúvida entre em contato com o;

CAPS infantil (47) 3396-8182

E-mail: caps.infantil@smsbrusque.sc.gov.br.

CAPS 2 (47) 3304-4710

E-mail: caps@smsbrusque.sc.gov.br

CAPS AD (47) 3306-9305

E-mail: capsad@smsbrusque.sc.gov.br

Quando o usuário for acolhido e avaliado pela equipe CAPS, a sua Unidade de Referência receberá um e-mail notificando-os que seu usuário foi avaliado e qual será a condução do caso, se ficará ou não sendo assistido pelo serviço, ou se foi referenciado a outro ponto da RAPS. Igualmente tal comunicação será realizada quando for o momento de alta, bem como qual motivo e continuidade. **Ressaltamos que todas as informações estão registradas em prontuário eletrônico-GMUS.**

6. ACOLHIMENTO CAPS 2

Conforme a Política Nacional de Humanização do SUS. O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (M S, 2006)

Diante da grande demanda de usuários adultos com sofrimento mental, o serviço CAPS 2 está desde de agosto de 2021 realizando **GRUPO DE ACOLHIMENTO**, que são grupos abertos, com possibilidade 8 a 10 pacientes em média, com uma hora de duração, oferecido duas vezes ao dia as 10h e 15h (para facilitação de acesso). Nas segundas, terças, quintas e sextas. Quartas o serviço realiza reunião técnica no período da manhã e no período da tarde integração de rede.

O grupo será a partir de 2023 conduzido por um profissional de nível superior, de

preferência psicólogo, tendo como co-adjuvante um outro profissional da equipe CAPS 2.

O objetivo do grupo é a escuta para o sofrimento que o sujeito apresenta e começarmos pequenas intervenções para auxiliar o sujeito a simbolizar e se responsabilizar pelo seu tratamento, construindo um PTS compartilhado com eles.

Nos serviços CAPS i e CAPS AD, o processo ainda continuará de forma individualizada através do **ACOLHIMENTO INDIVIDUAL**, pelos profissionais que estiverem na escala para tal. Toda a equipe multiprofissional está apta a aplicar a entrevista.

PARTICIPAÇÃO DE ACOMPANHANTES CAPS 2 e CAPS AD- Quando observado após acolhimento inicial do usuário, a necessidade da integração de rede de apoio para melhor compreensão do caso ou para construção de PTS, os serviços podem solicitar a presença de um acompanhante. (Seja ele, familiares, amigos, vizinhos, companheiros ou profissional de saúde da UBS do território do usuário)

Vale ressaltar que a presença do acompanhante também poderá ser necessária em consultas médicas, nos grupos de famílias e/ou quando a equipe convoca para uma reunião ou atendimento

PARTICIPAÇÃO DE ACOMPANHANTES CAPS INFANTIL

Considerando que os usuários atendidos neste serviço são crianças e adolescentes cujos casos são de maior complexidade e que em sua ampla maioria o paciente está fragilizado em suas condições de escuta, tomada de decisão, fala, exposição de sua história, compreensão sobre o uso das medicações, bem como de toda a grade terapêutica que o mesmo cumprirá neste serviço;

Também considerando os riscos que pode apresentar a si e a terceiros, o CAPS entende por **necessária e obrigatória a participação de algum acompanhante, pais ou responsáveis**, para compartilhar o cuidado e assistência nos períodos em que estiver sendo assistido pelo serviço.

Com os adolescentes será pactuada a presença dos responsáveis considerando a especificidade de cada caso.

Observação, nos casos que foram mapeados possíveis acompanhantes no CAPS infantil, mas não houve possibilidade de participação de nenhuma parte, os órgão de proteção à criança e ao adolescente serão acionados.

7. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Quando o paciente for incluído no serviço CAPS, o mesmo pactua, junto a seu acompanhante/familiar, bem como com seu técnico de referência qual será seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta essa que contempla:

- Motivo de sua inclusão;
- Fator principal e secundário a ser tratado;
- Cronogramas das atividades de grupos/oficinas e seus objetivos;
- Objetivo das atividades;
- Principais Potencialidades;
- Divisão das competências (profissionais, familiares e paciente);
- Tempo para revisão do PTS;
- Planejamento de Alta;

8. MODALIDADE DE ATENDIMENTO

A partir do momento que o usuário é avaliado e convidado a ser incluído no serviço CAPS, é discutido com o mesmo/familiares em sua rotina de acompanhamento, podendo acontecer em três regimes, são eles:

| Regime de atendimento | Definição conforme (Portaria 336, 2002) | Número de Procedimentos/Mês (Portaria 189/2002) |
|-----------------------|--|---|
| Intensivo | Destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário. | 25 |
| Semi-intensivo | Destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS. | 12 |
| Não intensivo | Atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. | 3 |

9. CONTRA – REFERENCIA

Caso após acolhimento do usuário e não for identificado necessidade de inserção no serviço CAPS, ele pode ser contra referenciado para;

UBS – Unidade Básica de Saúde – Casos Leves, que **não** deveriam ter sido encaminhados para serviço especializado. Orientamos as equipes avaliarem os usuários e iniciarem os protocolos para atendimento em saúde Mental

Nos casos moderados que necessitem de atendimento de psicologia ou assistente social, para a Equipe AMENT- Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental

Para atendimento psiquiátrico Moderado AMENT-o usuário será contra referenciado para a UBS regular a vaga, caso o seu nome não esteja no sistema de Regulação para psiquiatria.

10. ALTA-ASSISTIDA

A Alta assistida faz parte do PTS de cada paciente, uma vez que entendemos que o mesmo busca/foi encaminhado ao serviço especializado por um sofrimento importante mas que busca uma estabilização dos sintomas para retomar suas condições de vida o mais próximo da natural e funcional que ele possa alcançar, focando assim na ressocialização social inerente a seu processo de saúde; fator esse em plena concordância com a proposta da Reforma Psiquiátrica de promover a reinserção social e superar a lógica asilar.

Com isso, este serviço realiza a orientação de alta para que, em conjunto com o paciente, acompanhante/familiar, profissional da atenção especializada e da atenção primária pensem, discutam e pactuem um plano de transição deste paciente para que o mesmo, uma vez estabilizado, seja assistido em sua APS de origem.

Como fluxo de alta também será enviado um e-mail de registro à APS do território do usuário para oficializarem a comunicação da alta do usuário do serviço especializado.

11. MATRICIAMENTO

O matriciamento é uma das ferramentas que a APS pode utilizar conforme Guia prático de matriciamento em saúde mental, desenvolvido pelo ministério da saúde.

O matriciamento se configura como intervenção junto à equipe de referência solicitante, pautado pela noção de território, intersectorialidade, integralidade, considerando o trabalho organizado pelo princípio de responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e serviço especializado, e o estabelecimento da continuidade na atenção em saúde.

O matriciamento será ofertado às equipes das UBS e/ou a outros pontos de atenção da RAPS, bem como outras secretarias, conforme prévio agendamento.

São possibilidades para o matriciamento:

- a) Elaboração do projeto terapêutico singular no apoio matricial de saúde mental;
- b) A interconsulta multiprofissional com a equipe solicitante;
- c) A consulta conjunta
- d) a visita domiciliar conjunta
- e) Contato a distância via telefone ou e-mail
- f) Genograma
- g) Ecomapa

A solicitação deverá ser realizada por e-mail dos serviços

caps.infantil@smsbrusque.sc.gov.br

caps@smsbrusque.sc.gov.br

capsad@smsbrusque.sc.gov.br

Com as seguintes informações:

- Motivo da solicitação;
- Nome completo e cartão do SUS;
- História da pessoa e das pessoas com quem convive atualmente;
- Tratamentos já realizados e resultados;
- Profissionais que participarão do matriciamento;

12. INTERNAÇÕES

A internação não deve, evidentemente, ser vista como recurso único e indispensável para o tratamento. Ao contrário, você deve ter claro que a maioria das pessoas em tratamento não têm necessidade desse recurso. É importante saber, também, que há diferentes tipos de internação, os quais serão indicados a casos distintos.

Nos casos das pessoas que se apresentam quadros graves de intoxicação pelo uso/abuso ou abstinência, surtos psicóticos, ideação suicida com planejamento, tentativa suicida, ou demais sintomas graves que seja necessário suporte hospitalar a mesma pode ocorrer no serviço de emergência (no Hospital Geral Azambuja.)

O Hospital Geral de Azambuja recebe incentivo financeiro para manter 4 leitos de

saúde mental, para acesso a pacientes com tal necessidade, inclusive para desintoxicação, com isso indicamos que o vínculo, acesso, encaminhamento/referência são possíveis por meio de todas as equipes de saúde dos serviços públicos e privados.

Mesmo não sendo obrigatório, quando o médico da Unidade solicitante faz contato via fone 3396-2200 com o médico do plantão o processo se torna mais assertivo e fluído. Contudo, todo e qualquer profissional de saúde pode encaminhar ao Hospital. Posterior a sua estabilização, e alta hospitalar é de suma importância a realização de PTS e a referência ao serviço especializado CAPS para iniciar/continuar o tratamento.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Em relação às demais modalidades e ambientes de tratamento em regime de internação a Comunidade Terapêutica (CT) é eficaz para perfil de usuário com diagnóstico de “dependência” de substâncias psicoativas desde que aceita, voluntariamente, pelo indivíduo. Acessamos apenas Comunidade Terapêutica (CT) devidamente habilitada, fiscalizada, comprometida com a ética de cuidados em saúde mental. Quanto mais a comunidade terapêutica proporcionar momentos para que o indivíduo possa experienciar o retorno à sociedade gradativamente, mais eficaz será o resultado do programa e do processo de recuperação.

NOTA: Todos profissionais da APS podem fazer os encaminhamentos às Comunidades Terapêuticas HABILITADAS PELO ESTADO. Para isso, devem seguir as orientações abaixo e/ou contatar o CAPS AD para em conjunto avaliar a condição atual da pessoa e mediar a internação em uma CT.

(FONTE: Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas)

ENCAMINHAMENTO A CT POR EQUIPE DE APS

A fonte oficial para saber se a instituição/comunidade é regularizada com todas as normas técnicas exigidas em lei **CONSULTE O SITE:**

http://portal.ssp.sc.gov.br/index.php?ption=com_content&view=article&id=200&Itemid=162

ENCAMINHAMENTO EM SAÚDE MENTAL - CAPS
 Infantil Álcool e outras Drogas CAPS 2- Adulto

DATA: ____/____/____ ESF OU UNIDADE DA REDE ENCAMINHADORA: _____

NOME DO PACIENTE: _____ DATA DE NASC: ____/____/____

CARTÃO NACIONAL DO SUS: _____

TELEFONE(S) PARA CONTATO: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

COM RELAÇÃO AO TRATAMENTO;

- Está em tratamento na ESF. Há quanto tempo está em tratamento? _____
 Está em tratamento particular. Há quanto tempo está em tratamento? _____
 Esta sem tratamento no momento
 Nunca fez tratamento
 Está vindo de uma internação psiquiátrica

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PSIQUIÁTRICO:

- Não
 Sim em uso a quanto tempo: _____

| MEDICAÇÃO | MG | MANHÃ | TARDE | NOITE |
|-----------|----|-------|-------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DEPENDÊNCIA QUÍMICA OU JÁ FEZ USO.

MEDICAÇÃO ÁLCOOL TABAGISTA DROGAS ILÍCITAS. QUAIS?

TENTATIVA OU PLANOS SUICIDAS? SIM NÃO. COMO E QUANDO?

AGRESSÃO A TERCEIROS? OU AUTOMUTILAÇÃO? SIM NÃO. COMO?

SINTOMAS PSICÓTICOS : SIM NÃO

Principais sintomas: _____

- ALUCINAÇÕES DELÍRIOS ISOLAMENTO SOCIAL GRAVE COMPORTAMENTOS BIZARROS
 DESORGANIZAÇÃO DO PENSAMENTO E DA FALA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PONTUAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO;

ASSINATURA PROFISSIONAL ACOLHEDOR- Médico/Enfermeiro

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

O município de Brusque até o presente momento acolheu o modelo de Estratificação de Risco em Saúde Mental, recomendado pela Coordenação de Saúde Mental Estadual de Santa Catarina, que se baseia no material disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2970>

A Estratificação de Risco em Saúde Mental deve seguir parâmetros de acordo com os sinais e sintomas apresentados, que poderão auxiliar na definição do nível de atenção em que deverá ocorrer a assistência em saúde no momento em que é aplicada. Tal prática pode prevenir e impedir recorrências que possam agravar o quadro levando a incapacidades, assim como diminuir o impacto da doença sobre o indivíduo, seus familiares e a sociedade. **Nas situações de crise ou surto psicótico e a ocorrência recente de tentativa de suicídio (situações de urgência), a primeira medida é de estabilização** do evento agudo, neste caso a indicação é o acesso através da **RUE**, através do atendimento SAMU OU PRONTO SOCORRO, para posteriormente estratificar e iniciar o cuidado na perspectiva longitudinal. Para facilitar, propõe-se a estratificação de risco de acordo com os sinais e sintomas, e fatores agravantes ou atenuantes de problemas de saúde mental, seguindo tabela de pontuação, cujo somatório indicará os graus de risco apresentados (baixo, médio, alto).

Não é obrigatório encaminhá-lo junto ao usuário, mas cabe sua realização para que o usuário não seja encaminhado ao serviço que não seja de sua competência de atenção, logo se o profissional da equipe de referência realizar a escuta/avaliação ao fim do mesmo terá maiores condições de conhecimento da vida, relações, histórias, modo de produção deste usuário bem como se ele irá – ou não – ser acompanhado pelo serviço especializado. **Após a sua realização a informação deverá ser colocada no prontuário eletrônico do usuário- GMUS com a pontuação apresentada pelo usuário.**

Estratificação de Risco em Saúde Mental

| | |
|------------------------------|-------|
| Nome: | DN |
| Nome e CBO do profissional: | |
| Número de Prontuário na UBS: | Data: |

Instruções de preenchimento:

Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses; ► Todos os grupos devem ser preenchidos; ► Circule o número correspondente ao sinal/sintoma; ► Realize a somatória dos números circulados; ► O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.

| SINAIS E SINTOMAS | | NÃO | SIM |
|--|---|-----|-----|
| GRUPO I | Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle | 0 | 4 |
| | Insônia ou hipersonia | 0 | 2 |
| | Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia) | 0 | 2 |
| | Crises conversivas (distúrbios sensoriais sem base física) e/ou dissociativas (alteração da qualidade da consciência, estreita/rebaixada) | 0 | 2 |
| | Alterações do apetite ou do comportamento alimentar | 0 | 2 |
| | Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem | 0 | 2 |
| | Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas | 0 | 2 |
| | Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos | 0 | 2 |
| | Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais pode não haver vinculação com a realidade) | 0 | 4 |
| | Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente | 0 | 4 |
| | Prejuízo da atividade sexual (perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros) | 0 | 2 |
| | Desorientação temporal e/ou espacial | 0 | 2 |
| GRUPO II | Ideação suicida sem planejamento | 0 | 4 |
| | Ideação suicida com planejamento ² ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses) | 0 | 10 |
| | Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar | 0 | 4 |
| | Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos | 0 | 6 |
| | Heteroagressividade e/ou comportamento autolesivo | 0 | 8 |
| | Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor | 0 | 4 |
| | Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante | 0 | 4 |
| | Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico | 0 | 4 |
| | Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado) | 0 | 8 |
| | Alucinação (percepção visual, auditiva, gustativa, olfativa, ou tátil sem a presença de objetos reais) | 0 | 8 |
| | Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido) | 0 | 6 |
| | Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração | 0 | 8 |
| Alteração da memória (perda, excesso ou lapso) | 0 | 2 | |

| | | | |
|------------------------------|---|---|----|
| GRUPO III | Delirium tremens (diminuição do nível da consciência, tremores, febre, sudorese, alucinações de pequenos insetos e animais e outros sintomas que surgem após 72 horas de abstinência alcoólica) | 0 | 10 |
| | Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas | 0 | 8 |
| | Incapacidade de redução e controle do uso de substâncias psicoativas (mantém o uso apesar do prejuízo) | 0 | 8 |
| | Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros sob efeito de substâncias | 0 | 8 |
| | Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância) | 0 | 6 |
| | Uso abusivo de Substâncias Psicoativas | 0 | 8 |
| GRUPO IV | Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil | 0 | 4 |
| | Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados | 0 | 4 |
| | Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares | 0 | 4 |
| | Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras | 0 | 4 |
| | Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina | 0 | 8 |
| | Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas | 0 | 2 |
| | Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente | 0 | 6 |
| | Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica | 0 | 4 |
| GRUPO V | Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão | 0 | 4 |
| | Recorrência ou Recaída (02 meses após desaparecimento dos sintomas) | 0 | 4 |
| | Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável | 0 | 4 |
| | Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo | 0 | 4 |
| | Testemunha de violência | 0 | 2 |
| | Autor ou Vítima de violência interpessoal | 0 | 6 |
| | Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia) | 0 | 6 |
| | Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravo de saúde | 0 | 4 |
| | Vulnerabilidade social | 0 | 2 |
| | Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio | 0 | 2 |
| | Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada | 0 | 4 |
| | Faixa etária menores de 18 anos e maiores de 60 anos | 0 | 6 |
| Abandono e/ou atraso escolar | 0 | 2 | |

| PONTUAÇÃO | RISCO | |
|-----------|-------------|------------------|
| 0 a 40 | BAIXO RISCO | PONTUAÇÃO TOTAL: |
| 42 a 70 | MÉDIO RISCO | ESTRATIFICAÇÃO: |
| 72 a 240 | ALTO RISCO | |

| | |
|----------------------------|---|
| Condições Especiais | Gestação e maternidade recente (há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos), deficiência intelectual moderada ou severa. |
| Eventos agudos | Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico. |

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, 2023

14. Referências

PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 que altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

LEI Nº10.216, 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. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL. Governo do Estado de Santa Catarina, Dezembro de 2019. Disponível em

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-para-atencao-a-saude-mental><https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-para-atencao-a-saude-mental>

Guia prático de matriciamento em saúde mental. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

Cadernos de Atenção Básica, nº 34 – Saúde Mental. Disponível em

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental>

PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002-

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Protocolos da RAPS SC <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps>

| VERSÃO | DATA | RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO | DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO |
|--------|------------|--|--|
| 1 | XX/XX/XXXX | -- | -- |
| 2 | 04/2023 | Equipe técnica CAPSs Coordenação de Saúde Mental – Inajá Gonçalves de Araújo Direção de Especialidades Marineide Montibeller | Atualização referente a organização e acesso aos CAPS do município |