



# **LINHA GUIA SAÚDE MENTAL**

---

SMSA - Secretaria Municipal de  
Saúde de Araucária





# **LINHA GUIA DE SAÚDE MENTAL**



**2024**



Prefeitura do Município de Araucária  
Câmara Técnica de Saúde Mental

# **LINHA GUIA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA**

Araucária, 18 de setembro de 2024.

Versão 1



**PODER EXECUTIVO**

**PREFEITO**

Hissam Hussein Dehaini

**VICE-PREFEITA**

Hilda Lukalski

**SECRETÁRIO DE GOVERNO**

Vanderlei Francisco de Oliveira



## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **SECRETÁRIO**

Bruno Rodelli Mendes Fontes

### **OUVIDORIA EM SAÚDE**

Tatiane Vaz Storrer

### **DIREÇÃO GERAL**

Lourival Brasil Felício

### **DIREÇÃO TÉCNICA**

Patricia Beleski Carvalho de Oliveira

### **DIREÇÃO ASSISTENCIAL**

Lucas Foltz

### **DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Regina Mendonça de Carvalho

### **DIREÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Carolina de Almeida Torres

### **HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA**

Vânia Modesto França

### **DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Kelly Rosa Rigoni Lavarias

### **DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Ana Maria Taborda

### **DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Alexandro André Radin

### **DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA**

Alana E. Kuntze Ferreira

### **NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO**

Fernanda Mello Ribeiro



## **ELABORAÇÃO**

Adriano Ademir Strugala - membro titular da câmara técnica

Isabella Queiroga Ramos Floering - coordenadora da câmara técnica

Jhenifer Geisa Burnagui - membro titular da câmara técnica

Karlla Beatriz Wiezzer - membro titular da câmara técnica

Luís Fernando dos Santos Farias - secretário da câmara técnica

Nouey Staldiff Lourenço Vieira - membro titular da câmara técnica

Thais Paim Marinho - suplente da coordenação da câmara técnica

Tatiana de Sousa - membro titular da câmara técnica

## **Colaboração técnica**

Ana Carolina de Souza Leskovar - Psicóloga Clínica

Eliseu Hiromiti Matubara - Psicólogo Clínico

## **Capa**

Arte produzida em oficina terapêutica no CAPSi - SECRIA

## **Diagramação e revisão**

Núcleo de Qualidade em Saúde - NQS



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Nível de atenção após estratificação de risco em saúde mental.....	39
Figura 2: Fluxograma para atendimento das Urgências e Emergências Psiquiátricas em Gestantes.....	75



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Objetivos do Acolhimento.....	27
Quadro 2: Dimensões do Acolhimento.....	28
Quadro 3: Características do Acolhimento.....	29
Quadro 4: Características do Matriciamento.....	30
Quadro 5: Roteiro para discussão de casos em matriciamento.....	32
Quadro 6: Classificação de ações em um PTS.....	35
Quadro 7: Associação entre problemas de saúde mental e outros agravos à saúde.....	40
Quadro 8: Grupos de promoção da saúde nas unidades básicas.....	43
Quadro 10: PICS disponíveis em cada unidade de saúde de Araucária.....	45
Quadro 11: Orientações básicas de higiene do sono.....	50
Quadro 12: Alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência	55
Quadro 13: Endereços e telefones dos CAPS de Araucária.....	65
Quadro 14: Tipos de ajuda em primeiros socorros psicológicos.....	66
Quadro 16: Recomendações para comunicação adequada em PSP.....	68
Quadro 17: Técnicas para atendimento a quadro agudos de ansiedade.....	69



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A RAPS NO BRASIL, NO PARANÁ E NO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA.....</b>	<b>15</b>
1.1 A Reforma Psiquiátrica.....	15
1.1 História da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	17
1.2 Marcos Legais.....	19
1.2.1 Lei Estadual do Paraná nº 11189 de 1995, a “Lei Rosinha”.....	19
1.2.2 Lei Federal nº 10.216 de 2001.....	20
1.2.3 Portaria n 336/GM/MS de 2002.....	21
1.2.4 Portaria 3.088/MS/GM de 2011.....	21
1.3.5 Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.....	24
1.3 A RAPS de Araucária.....	25
<b>CAPÍTULO 2. CONCEITOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>27</b>
2.1 ACOLHIMENTO.....	27
2.2 MATRICIAMENTO.....	29
2.2.1 Principais Ferramentas para o Apoio Matricial.....	31
2.3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS).....	33
2.3.1 Conceito/Definição.....	33
2.3.2 Composição do Projeto Terapêutico Singular.....	34
2.4 EQUIPES DE REFERÊNCIA /TÉCNICO DE REFERÊNCIA.....	36
2.5 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL.....	37
<b>CAPÍTULO 3. BAIXO RISCO EM SAÚDE MENTAL: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>	<b>40</b>
3.1 O acolhimento no serviço de saúde.....	42
3.2 Atividades de saúde mental que podem ser realizadas na Atenção Primária pela equipe da unidade, sem necessidade de especialista.....	42
3.2.1. Grupos de Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos.....	42
3.2.2. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).....	43
3.3 atendimentos de saúde mental frequentes na APS realizados pela equipe na unidade, sem necessidade de especialista.....	45
Como acolher o paciente que chega às unidades da ESF?.....	47
3.4 Outras condições de saúde mental comuns na APS.....	48
3.4.1. Transtornos relacionados à nicotina.....	48
3.4.2. Insônia.....	49

3.4.3. Uso de álcool e outras drogas.....	51
3.5 Atenção ao pré-natal e à primeira infância.....	52
3.6 Casos de violência.....	53
<b>CAPÍTULO 4. MÉDIO RISCO EM SAÚDE MENTAL: EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (eMulti).....</b>	<b>57</b>
<b>CAPÍTULO 5. ALTO RISCO EM SAÚDE MENTAL - ATENÇÃO ESPECIALIZADA: CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II, CAPS AD e CAPS i).....</b>	<b>59</b>
5.1 CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial tipo II).....	59
5.2 CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas).....	61
5.3 CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil).....	63
<b>CAPÍTULO 6. DEMANDAS DESPERTADAS POR SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIAS, EMERGÊNCIAS, CATÁSTROFES E DESASTRES.....</b>	<b>66</b>
6.1 Primeiros Socorros Psicológicos (PSP).....	66
6.2 Quando aplicar os Primeiros Socorros Psicológicos.....	66
6.3 Como abordar uma pessoa em crise.....	67
<b>CAPÍTULO 7. OUTROS TEMAS EM SAÚDE MENTAL CUJA TEMÁTICA JÁ FOI ABORDADA EM LINHAS DE CUIDADO OU PROTOCOLOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>71</b>
7.1 Atendimento Psicossocial ao Público LGBTQIA+.....	71
7.2 Urgência e Emergência em Saúde Mental.....	71
7.2.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192).....	72
7.2.2 Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24h).....	72
7.2.3 Hospital Municipal de Araucária.....	73
7.3 Acumulação compulsiva de objetos e animais.....	76
<b>CAPÍTULO 8. REDE INTERSETORIAL AMPLIADA.....</b>	<b>77</b>
8.1 Saúde.....	77
8.1.1 CET.....	77
8.1.2 SSE.....	77
8.1.3 CPATT.....	77
8.1.4 Consultório na Rua.....	78
8.2 Estratégias de Reabilitação Psicossocial.....	78
8.2.1 Iniciativas de Geração de trabalho e renda.....	78
8.2.2 Associação Dr. Régis Viola.....	79
8.3 Assistência Social.....	81
8.3.1 CRAS.....	81
8.3.2 CREAS.....	82



8.3.3 CRAM.....	82
8.3.4 COMSE.....	82
8.3.5 CENTRO POP.....	83
8.3.6 Acolhimento Institucional.....	83
8.4 Conselho Tutelar.....	83
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
<b>10. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>
<b>11. HISTÓRICO DE REVISÕES.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO 1: PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO 2: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO 3: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO 4: ATA DE APROVAÇÃO DA LINHA GUIA DE SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>97</b>



## APRESENTAÇÃO

Neste documento o leitor encontrará um breve histórico das diretrizes, leis e decretos que instituem e regulamentam a saúde mental no Brasil; os dispositivos que constituem a RAPS em Araucária; os conceitos estratégicos em saúde mental utilizados na prática assistencial, dentre os quais, a Estratificação de Risco em Saúde Mental - incluindo sua caracterização e pontos de cuidado de acordo com o risco apresentado; e outros assuntos pertinentes ao tema.

Sintetiza quase dois anos de estudos, com início em março de 2022, sendo redigido por representantes da Câmara Técnica de Saúde Mental, uma equipe composta por profissionais da saúde que atuam em diferentes serviços da Prefeitura de Araucária.

A missão desses profissionais dentro da Câmara Técnica de Saúde Mental foi de discutir e escrever a Linha de Cuidado em Saúde Mental do município. Para isto, pautou-se em outras linhas de cuidado, notadamente as das cidades de Curitiba – PR e Suzano -SP.

Avançou-se na construção do documento porém, em dezembro de 2022, a Secretaria de Saúde propôs uma mudança na forma e na organização das Câmaras Técnicas, instituindo diretrizes para o funcionamento das mesmas, através da Comissão Gestora. Uma nova composição da Câmara Técnica de Saúde Mental se constituiu em fevereiro de 2023, sendo definidas novas formas de condução dos trabalhos.

Notou-se que o material produzido até então possuía mais características de uma Linha Guia em Saúde Mental do que propriamente uma Linha de Cuidado e, por esta razão, novos ajustes foram necessários para contemplar a execução desta ideia.

Eis que neste momento, a Câmara Técnica de Saúde Mental, através de um minucioso trabalho, vem apresentar este documento, que pretende ser um norteador das ações em saúde mental no município de Araucária, balizado pelos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Sejam todos muito bem-vindos e boa leitura!

## **INTRODUÇÃO**

Em 2011, a publicação do Decreto Presidencial nº 7.508/2011 regulamentou a Lei nº 8.080/1990 e dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Assim, a Atenção Psicossocial passou a ser compreendida como uma rede indispensável nas regiões de saúde. Para sua operacionalização, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental, a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (SESA, 2014).

Como marco histórico estadual, em abril de 2014, foi realizado o Lançamento Oficial da Rede de Atenção à Saúde Mental do Estado do Paraná. O documento, intitulado “Linha Guia de Atenção à Saúde Mental”, tinha por objetivo contribuir para a qualificação da RAS, na qual o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico é feito por diversos profissionais utilizando a lógica de responsabilidade compartilhada. Esta Linha inclui o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas recomendadas cientificamente na literatura atual e sugere mudanças no processo de trabalho, ambos com o objetivo de auxiliar todos os profissionais da saúde a se aproximarem da saúde mental, rompendo com o paradigma de exclusão que acompanha o cuidado destas pessoas e que vem sendo desconstruído desde a Reforma Psiquiátrica.

A Linha Guia da Saúde Mental de Curitiba (2018) é outro documento de suma importância para a reflexão sobre os cuidados em saúde mental, tendo sido desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Trata-se de um documento norteador das políticas públicas voltadas a esta população, suas diretrizes e fluxos assistenciais.

Vale lembrar que a Saúde Mental afeta não somente a saúde das pessoas, mas também interfere na capacidade dos indivíduos se relacionarem socialmente, se desenvolverem economicamente e, em especial, afeta as famílias. A Organização Mundial da Saúde define a Saúde Mental como o estado de bem-estar no qual cada indivíduo desenvolve seu potencial, é capaz de lidar com o estresse da vida, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para a sociedade. Portanto, seu conceito é mais amplo que a ausência de problemas mentais (CURITIBA, 2018).

Em consonância com as diretrizes estaduais, o DAPS – Departamento de Atenção Psicossocial, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Araucária, assumiu o compromisso, juntamente com a Câmara Técnica em Saúde Mental, de formular a escrita deste documento intitulado ‘Linha Guia da Saúde Mental de Araucária’.



O mesmo propõe descrever a Rede de Atenção Psicossocial do município e aprimorar os serviços de atendimento em saúde mental, integrando o cuidado focado na pessoa e nos seus familiares, além do cuidado da condição que se apresenta.

Melhorar o cuidado às pessoas que apresentam transtornos mentais e/ou problemas relacionados ao uso abusivo do álcool e outras drogas, ajudando-os a alcançar maior bem-estar, desenvolver condições de resiliência e independência e otimizar as chances de vida, bem como reduzir mortalidade, são pontos fundamentais observados em boas diretrizes de cuidados em saúde mental.

Os indicadores de saúde e acompanhamento que orientarão a análise da situação da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas serão previstos nos documentos das linhas de cuidado específica

## **CAPÍTULO 1. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A RAPS NO BRASIL, NO PARANÁ E NO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA**

### **1.1 A Reforma Psiquiátrica<sup>1</sup>**

A Reforma psiquiátrica no Brasil teve início nos anos 70 e está relacionada ao movimento Internacional de Luta Antimanicomial, com importante influência do psiquiatra italiano Franco Basaglia. O autor, que inspirou o fortalecimento da luta antimanicomial em diversos países, contribuiu para que a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana fosse aprovada em 1978, marco histórico que propunha o respeito aos direitos básicos às pessoas portadoras de transtornos mentais, o direito a ter acesso detalhado sobre suas condições de saúde, receber tratamento adequado, serem protegidos de qualquer forma de violência, bem como o fechamento gradual de manicômios, substituindo-os por outras formas de assistência.

Neste mesmo ano de 1978, Basaglia esteve no Brasil, participou do III Congresso Mineiro de Psiquiatria e visitou o Hospital Colônia em Barbacena, sobre o qual expressou: *“Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo presenciei tragédia como esta”*. Naquele momento, o Brasil executava uma política hospitalocêntrica, com poucos recursos extra-hospitalares.

A atenção em saúde mental no Brasil consistia na destinação de verbas para a manutenção de grandes manicômios, como o Hospício de Dom Pedro II, Colônia Juliano Moreira, ambos situados no Rio de Janeiro, bem como o Hospital Colônia de Barbacena, no interior de Minas Gerais, local em que mais de 60 mil pessoas encontraram o fim de suas vidas, entre crianças e adultos.

Desde o início do século XX, a falta de critérios para internamento era rotineira. Estima-se que 70% dos que foram atendidos no Hospital Colônia de Barbacena não tinham sequer diagnóstico de transtorno mental. Essa situação foi agravada a partir do Estado Novo, em 1937, quando o Estado intensificou a prática de uma eugenia social, através de uma política de segregação e isolamento de

---

<sup>1</sup>Para a escrita deste subcapítulo, tomou-se por base arquivos contidos no *Acervo: Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, sítio eletrônico mantido pela *Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)*; o livro *“Holocausto Brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil”* de Arbex, publicado em 2019, bem como artigos diversos que se encontram no site do Ministério da Saúde.

peessoas com ou sem transtornos mentais, que eram encaminhados para longa permanência nestes locais, sem perspectiva de retorno. Era prática comum o encaminhamento de pessoas por serem consideradas perturbadoras da ordem social:

*“Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento”.* (ARBEX, 2019).

Trata-se de um capítulo trágico e vergonhoso na história brasileira, no qual milhares de pessoas foram submetidas sistematicamente, como política pública do Estado a tratamentos indignos e desumanos, à tortura, à negligência, ao abandono e à negação de direitos básicos.

Os manicômios, superlotados, apresentavam condições precárias de estrutura e higiene (Barbacena, cuja capacidade era de atender 200, chegou a comportar 5.000 pessoas): *“Fome e sede eram sensações permanentes no local onde o esgoto que cortava os pavilhões era fonte de água”* (ARBEX, 2019). Os pacientes que chegavam às dezenas em vagões nos chamados *“trem de doido”* (termo cunhado por Guimarães Rosa), tinham suas cabeças raspadas, roupas, identidade, dignidade e direitos básicos arrancados. Eram comuns os internamentos nos chamados *“leitos chão”*, muitos permaneciam despidos, desnutridos e sem diagnóstico. As causas mais comuns do falecimento dos pacientes eram o frio, a fome, a doença e o eletrochoque.

Neste hospital, praticavam-se os procedimentos de lobotomia e eletrochoque. A eletroconvulsoterapia - existente desde 1938 e indicada para para alguns transtornos como a depressão profunda - era praticada no Hospital Barbacena indiscriminadamente como forma de punição e controle, aplicada sem anestésicos e aquém de sua indicação terapêutica. O método, que posteriormente foi modernizado, só passou a ter maior controle no Brasil a partir de 2002, quando o Conselho Federal de Medicina estabeleceu regras específicas para a sua aplicação, como a necessidade de aplicar anestesia geral.



### **1.1 História da Reforma Psiquiátrica no Brasil**

O artigo do Ministério da Saúde intitulado: *“Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”* (2005) propõe, para fins didáticos, a divisão da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil em 3 momentos:

#### **I. Crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991)**

A realidade trágica relativa ao modelo manicomial só passou a ser modificada a partir da década de 1970, inicialmente através da denúncia de movimentos sociais de trabalhadores, usuários, conselhos de trabalhadores, Universidades, dentre outros, que organizaram um Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil. Em 1986, temos o surgimento do primeiro CAPS em São Paulo, denominado Luiz da Rocha Cerqueira.

O movimento de luta antimanicomial já apresentava-se articulado aos outros movimentos sociais que propunham mudanças radicais nos modelos sanitários de atenção e gestão em Saúde, em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta de serviços, da democratização e do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços nos processos de gestão e produção de saúde, que culminam na criação do SUS em 1988.

Em 1978, fundou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que realizou em 1987 o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru - São Paulo, no qual adotou-se o lema: *“Por uma sociedade sem manicômios”*, Neste congresso elaboraram-se os fundamentos do projeto de lei que mais tarde seria conhecida como Lei Paulo Delgado e instituiu-se o 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Ainda em 1987, por ocasião do mesmo Congresso, o MTSM promoveu uma abertura para novos atores, como associação de usuários e familiares, passando a denominar-se *“Movimento por uma sociedade sem manicômios”*. No mesmo ano realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, com ampla participação de trabalhadores, usuários e familiares.

#### **II. Início da implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000)**

Na década de 1990, a partir da Declaração de Caracas (OPAS, 1990), documento elaborado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) e, da realização da II Conferência Nacional de

Saúde Mental em 1992, passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, a partir das experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais dia.

Em 1990, o curitibano Austregésilo Carrano Bueno, publica seu livro: *Canto dos Malditos*, que mais tarde serviria de inspiração para o filme: *Bicho de 7 cabeças*. Neste livro, Austregésilo - que posteriormente foi representante nacional dos usuários na Reforma Psiquiátrica no Brasil - conta sua experiência em hospitais psiquiátricos e denuncia os abusos cometidos nessas instituições.

A partir de 1992, observam-se também diversas conquistas dos movimentos sociais em âmbito legislativo estadual, a partir da aprovação de leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

No Paraná, a mobilização da comunidade nas Conferências contribuiu para a criação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica nº 11.189 de 9 de novembro de 1995. A lei é de autoria do deputado Dr. Florisvaldo Fier, médico pediatra conhecido por Dr. Rosinha, nome também atribuído à lei. A Lei Rosinha, como ficou conhecida, prevê a garantia de direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais e a substituição gradativa de leitos psiquiátricos por outras modalidades de atendimento.

### **III. A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional (2001 -2005)**

Foi apenas em 2001, após organização, enfrentamento e luta de diversos segmentos sociais e institucionais, que foi aprovada no Brasil a lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (Lei Paulo Delgado), baseada na Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana de 1978. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.

Considerada um marco na história da Saúde Mental no Brasil, propõe uma Política de desinstitucionalização no campo da Saúde Mental, centrado na referência hospitalar, para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária, assim dispendo em seu § 1º, de seu Artigo 4º: *“O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”*.

Propõe-se um processo de fechamento gradual de manicômios e o efetivo investimento em recursos terapêuticos extra-hospitalares, no qual o recurso do internamento psiquiátrico se mantém, porém apenas como último recurso, após esgotados todos os recursos extra-hospitalares.

Merece destaque a realização, no final do ano de 2001, em Brasília, da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Com ampla participação de segmentos sociais, destaca a importância do exercício do controle social e consolida e formula os substratos políticos e teóricos para uma nova Política de Governo pautada na

Reforma Psiquiátrica. Toma como pressuposto básico a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença, cobrando agilidade e compromisso dos gestores no processo de superação dos modelos hospitalares e pela construção e fomento de redes substitutivas territorializadas e integradas às redes de saúde, realizando ações de promoção, proteção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental.

Por fim, em 2003, temos a formulação da Política Nacional de Humanização (PNH ou HumanizaSUS) pelo Ministério da Saúde, que visa qualificar o modelo de atenção e gestão na rede do SUS, incluindo trabalhadores, usuários e gestores. Apoia-se no compromisso e na aposta, a partir de três dimensões: ética, estética e política, que serão aprofundadas no tópico sobre Acolhimento.

Com efeito, a PNH tem como princípios: a **transversalidade**, a **indissociabilidade entre atenção e gestão em saúde**, o **protagonismo**, a **corresponsabilidade** e a **autonomia dos sujeitos e dos coletivos**. E, toma como diretrizes: o Acolhimento, a Clínica Ampliada, a Cogestão, a Defesa dos Direitos do Usuário, o Fomento de Grupidades, coletivos e redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador e a Construção da Memória do SUS que dá certo.

Indica como seus dispositivos: Acolhimento e Classificação de Risco (ACR), Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde Coletiva, Projetos co-geridos de ambiência, Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, dentre outros.

## **1.2 Marcos Legais**

### **1.2.1 Lei Estadual do Paraná nº 11189 de 1995, a “Lei Rosinha”**

Também conhecida como a Lei Rosinha, em homenagem ao seu autor, o pediatra Dr. Florisvaldo Fier, então deputado estadual, foi elaborada a partir da contribuição de segmentos sociais, através de sua participação em Conferências Estaduais e Nacionais.

A lei, que dispõe sobre condições de internamento em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares e, antecede a Lei 10.216 de 2001, cita em seu artigo 1º: *“Com fundamento em transtorno em saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal”*.

Estabelece necessidade de laudo médico que fundamente o procedimento como critério para internamentos voluntários, bem como garante o direito ao paciente de manifestar vontade e compreender a natureza da decisão médica.

Além disso, dispõe sobre a gradativa substituição do modelo

hospitalocêntrico pelo modelo assistencial em rede. Nesse sentido, estabelece necessidade de aprovação em Conselho Estadual de Saúde a ampliação de Hospitais Psiquiátricos e prevê a possibilidade de abertura de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, dentre outros.

#### 1.2.2 Lei Federal nº 10.216 de 2001

Lei que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Sobre os direitos, destaca em seu § único, artigo 2º:

*I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;*

*II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;*

*III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;*

*IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;*

*V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;*

*VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;*

*VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;*

*VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;*

*IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.*

Quanto ao redirecionamento do modelo assistencial, afirma a responsabilidade do Estado no desenvolvimento de Políticas, na assistência e na promoção de ações em saúde mental, com a devida participação da sociedade e da família. Determina como finalidade permanente do tratamento a reinserção social em seu meio e a internação passa a ser indicada apenas como último recurso, quando os recursos extra- hospitalares se mostrarem insuficientes. Sobre os tipos de internação psiquiátricas, a lei considera:

*I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;*

*II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e*

*III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.*

A Lei veda qualquer internamento em instituições com características

asilares, ou seja, aquelas que não assegurem os direitos dispostos em seu parágrafo único bem como também não assegure o direito disposto no § 2º de seu artigo 4º: “O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”.

#### 1.2.3 Portaria n 336/GM/MS de 2002

Portaria que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS AD II, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. São serviços que devem constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território, capacitados para realizarem prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes.

#### 1.2.4 Portaria 3.088/MS/GM de 2011

A lei 3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e 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 Sistema Único de Saúde (SUS). E, define em seu Artigo 2º, as seguintes diretrizes:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;*
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;*
- III - combate a estigmas e preconceitos;*
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;*
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;*
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;*
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;*
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;*
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;*
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;*
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e*
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo*

*como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.*

A Lei ainda prevê a constituição da Rede de Atenção Psicossocial segundo os componentes, em seu Artigo 5º:

*I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:*

- a) Unidade Básica de Saúde;*
- b) Equipe de atenção básica para populações específicas:*
  - 1. Equipe de Consultório na Rua;*
  - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;*
- c) Centros de Convivência;*

*II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:*

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;*

*III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:*

- a) SAMU 192;*
- b) Sala de Estabilização;*
- c) UPA 24 horas;*
- d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;*
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;*

*IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:*

- a) Unidade de Recolhimento;*
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;*

*V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:*

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;*
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;*

*VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:*

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e*
- b) VII - reabilitação psicossocial.*

A lei 3088/2011 dispõe ainda de descritivo de cada equipamento citado bem como suas atribuições e responsabilidades no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Posteriormente, a Portaria 3.088/2011 sofreu modificações a partir das **Portarias de consolidação nº 03 e nº 06 de 2017**. A portaria nº 03 inclui as comunidades terapêuticas na RAPS como dispositivo Serviço de Caráter Transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Apesar de não consistir em equipamento da saúde, propõe-se uma realocação de recursos financeiros da Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal para estas instituições - valores referentes ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Já a portaria nº 6 prevê reajustes e incentivos aos hospitais que prestam serviços de internamento psiquiátrico, em uma tendência contrária ao processo de transição de modelos assistenciais.

Em um contexto no qual o devido estabelecimento da RAPS ainda se revela insuficiente, e por vezes precário, o Movimento de Luta Antimanicomial vem emitindo constantes notas de preocupação quanto à uma nova guinada relativa aos investimentos do Estado nas políticas de saúde mental. Efetivamente, observa-se que as propostas federais mais recentes (2017 - 2022) consistem na ampliação de investimentos nas Comunidades Terapêuticas e na atualização dos valores de repasse relativos aos procedimentos de internamentos integrais.

Considerados como recursos de alto custo, representantes do Movimento da Luta Antimanicomial destacam não se posicionar contra o internamento - considerando-o recurso necessário em alguns casos de maior gravidade e risco - porém, advogam pelo investimento nas políticas já instituídas da RAPS e na efetiva e concreta implementação de recursos extra-hospitalares nos municípios.

Ainda, postula-se pela efetiva fiscalização das Comunidades Terapêuticas para além de sua fiscalização sanitária (manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.), segundo resoluções como por exemplo a RDC nº29 de 30 de junho de 2019, que dispõe sobre os deveres da instituição em prover, dentre outros:

- I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;
- II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;
- III - a permanência voluntária;
- IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;



- V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; e
- VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável.
- VII - o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA<sup>2</sup> e violência;
- VIII - a observância do direito à cidadania do residente;
- IX - alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;
- X - a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; e
- XI - a manutenção de tratamento de saúde do residente;

#### 1.3.5 Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019

Em 2019, o Governo Federal decretou uma nova direção através de uma Política Nacional sobre Drogas, presente no decreto de N° 9.761.

Em nota emitida em 11/04/2019 pelo Movimento de Luta Antimanicomial, consta-se a observação de que a nova Política Nacional não considera a Redução de Danos como recurso de acompanhamento e tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. De fato, o decreto considera apenas a abstinência, citado como objetivo último em seu artigo 2.1: “*Buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas*”. A nota do Movimento de Luta Antimanicomial ressalta ainda a importância da Política de Redução de Danos considerando que nem todas as pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e substâncias conseguem permanecer abstinentes e, portanto, há que se oferecer outros recursos terapêuticos.

Além disso, a nova política também prevê o estímulo financeiro à *comunidades terapêuticas, citando em seus parágrafos:*

*5.2.5. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas, de adesão e permanência voluntárias pelo acolhido, de caráter residencial e transitório, inclusive entidades que as congreguem ou as representem.*

*5.2.6. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada.*

Importante destacar que a partir de 2023, com os novos compromissos

---

<sup>2</sup> SPA: Substância Psicoativa.



assumidos pelo Governo Federal, a cientista e pesquisadora Nísia Trindade Lima assumiu o comando do Ministério da Saúde, sendo a primeira mulher a chefiar a Pasta. A ministra também foi a primeira mulher a presidir a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituição histórica de ciência e tecnologia e referência internacional, entre 2017 e 2022. Espera-se, com efeito, uma revisão deste e de outros decretos, notas técnicas ou qualquer outro documento que esteja na contramão da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

### **1.3 A RAPS de Araucária**

A Rede de Atenção Psicossocial do Município de Araucária (RAPS) funciona em consonância com a Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui o cuidado em rede 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). Contempla ações de prevenção, recuperação, reabilitação e reinserção psicossocial, articuladas a uma rede intersetorial, centrada na atenção comunitária. Tem por objetivo a atenção integral ao usuário, a reintegração social e a reabilitação profissional deste, através de projetos terapêuticos que envolvam os recursos disponíveis na comunidade.

São componentes da RAPS no Município de Araucária: Atenção Primária em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica (CAPS AD, CAPS II e CAPS i), Atenção de Urgência e Emergência (UPA e SAMU), Atenção Hospitalar (HMA) e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda: Associação Dr. Regis Viola, Arausol e Hortasol).

O processo da Reforma Psiquiátrica exigiu a formalização e a implantação de uma nova rede e um novo modelo de organização dos serviços e estratégias de cuidado e reabilitação. Hoje, esse modelo está delineado e determina a organização dos serviços e estratégias na forma de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) articulada às redes de atenção do SUS como um todo. A composição da RAPS está descrita na Portaria GM/MS nº 3.088 (BRASIL, 2011), com seus setores de atenção e pontos de cuidado, dos quais o município de Araucária dispõe de:

#### **Atenção Primária em Saúde**

#### **Atenção Psicossocial Estratégica**

#### **Atenção de Urgência e Emergência**

#### **Atenção Hospitalar**

Além disso, a assistência em saúde mental no Brasil conta com recursos financeiros do Governo Federal e o suporte Estadual para acesso a leitos de emergência psiquiátrica em Hospitais através da Central de Regulação de Leitos Psiquiátricos do Estado do Paraná. A disponibilização desses leitos é definida pela SESA, que tem um rol de hospitais conveniados e o município não tem autonomia para definir a Instituição em que ocorrerá o internamento.

Destaca-se que os internamentos psiquiátricos só são indicados quando os recursos territoriais da RAPS não forem suficientes para estabilização dos quadros e a conduta estiver em consonância ao plano terapêutico do usuário.

Nestes casos é possível que o CAPS realize monitoramento e o acompanhamento dos usuários em internamento, quer seja a distância, através de discussão de caso com o Hospital, quer seja através de visitas para averiguação das condições e planejamento das ações pós-internamento, caso haja necessidade, por demanda do CAPS ou do Hospital.

Ressaltamos que a reivindicação, a partir da Reforma Psiquiátrica e das Políticas Públicas da Saúde Mental priorizam o tratamento de base territorial e o cuidado em liberdade, objetivando a redução dos leitos em Hospitais Psiquiátricos.

---

<sup>3</sup> Em processo de implantação, já foi aprovado em CIR e CIB. Proposta cadastrada no MS, aguardando aprovação.

## **CAPÍTULO 2. CONCEITOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE MENTAL**

Este capítulo propõe trazer os principais conceitos no campo da saúde mental, fundamentais para a compreensão dos fenômenos nesta área de atuação e para fornecer as bases para o trabalho na saúde coletiva de acordo com a Política Nacional de Humanização, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial.

### **2.1 ACOLHIMENTO**

"O cuidado humanizado pressupõe acolhimento. Acolher é a atitude de inclusão do outro em sua singularidade, é um bom encontro que faz vínculo. O acolhimento como diretriz de qualquer serviço de saúde é um contrato ético: respeito às necessidades e demandas dos usuários, resolutividade e compromisso." (PNH, 2006)

Acolhimento é o ato de acolher, de estar em relação. Assim, está presente em todas as relações humanas, pois entende-se que a vida e os sujeitos se formam nos vínculos e encontros.

Dentro do contexto de saúde, a proposta do acolhimento é um recurso fundamental para a humanização do atendimento, para a efetivação da universalidade do cuidado e para a responsabilização dos agentes públicos, sendo considerada uma das diretrizes da PNH/SUS (Política Nacional de Humanização) de maior relevância.

Quadro 1: Objetivos do Acolhimento

<b>Objetivos</b>
Melhoria do acesso
Humanização das relações
Mudança do foco (da doença para o sujeito)
Abordagem integral
Aumento da responsabilização dos profissionais da saúde e dos usuários
Elevação do vínculo

Fonte: Adaptado a partir da Cartilha PNH: Acolhimento nas práticas de produção de saúde, p. 26, 2ª edição, 2010.

O Ministério da Saúde (2010) destaca o acolhimento em saúde tanto como uma diretriz ética, estética e política, quanto como uma ferramenta de intervenção,

uma vez que qualifica a escuta, estabelece o vínculo, garante o acesso e responsabiliza o usuário e o serviço de saúde em busca da resolutividade. O profissional que acolhe deve adotar uma postura de não julgamento, escutando as queixas, expectativas, opiniões e anseios do usuários, identificando riscos e tomando para si a responsabilidade de dar uma resposta ao problema apresentado.

Quadro 2: Dimensões do Acolhimento

Dimensão ética	Dimensão estética	Dimensão política
Reconhecimento e respeito ao outro nos diferentes modos de viver, pensar e sentir.	Estratégias que contribuem para a valorização e dignificação da vida, e que geram melhoria dos serviços, como: classificação de risco, atendimento flexível, grupos temáticos de acordo com as necessidades principais do território. Também são os elementos espaciais do ambiente que propiciem o desenvolvimento dessas tecnologias	É um compromisso coletivo, refletindo e sendo refletido sobre os modelos de atenção, organização do trabalho e na gestão dos serviços.

Fonte: Adaptado a partir da Cartilha PNH: Acolhimento nas práticas de produção de saúde. p. 06, 2 edição, 2010.

Entende-se que a escuta e o vínculo são potenciais elementos terapêuticos, mas é fundamental que haja um esforço conjunto que envolva gestão, profissionais de saúde e usuários. Desse modo deve-se garantir que haja a qualificação técnica das equipes, espaço físico adequado, confortável e compatível com as propostas terapêuticas e a organização das unidades com base na territorialidade, no trabalho em equipe e na gestão participativa.

Os princípios que norteiam a ideia do acolhimento em saúde podem e devem ser implementados em todos os níveis de atenção. Está na atenção básica, através da conciliação entre demanda agendada e a não agendada, através das atividades de rodas de conversa, atividades de convivência e terapia comunitária; nas UPAs, por meio da classificação de risco; nas unidades especializadas, por meio da flexibilização da agenda; ou nas Centrais de Regulação, no sentido de garantia de prioridade para casos que necessitem de maior agilidade diagnóstica (Ministério da Saúde, 2010). Desse modo:

- **Todos** que procuram o serviço de saúde devem ser **acolhidos por profissional da equipe**
- **Todos** os profissionais de saúde **fazem acolhimento**.

Através dos encontros diários entre profissionais e usuários, é possível

ampliar o conhecimento das equipes sobre o território e sobre a população que nele vive e assim desenvolver os recursos terapêuticos mais adequados aos usuários. Assim, não há uma forma única de desenvolver o acolhimento dentro dos serviços de saúde, a escolha da melhor forma de fazê-lo deve ser desenvolvida dentro do contexto da equipe e das características da comunidade a que o serviço está inserido. Ressalta-se que a POSTURA ACOLHEDORA dos profissionais nos serviços é o principal meio de se efetivar o conceito de Acolhimento.

No campo da saúde mental, de acordo com o Ministério da Saúde (2013), tem-se como dispositivos que propiciam o acolhimento comunitário:

Quadro 3: Características do Acolhimento

<b>ACOLHIMENTO É</b>
Formação de vínculo
Escuta qualificada
Compromisso
Todos os profissionais fazem
Ocorre a todo momento

<b>ACOLHIMENTO NÃO É</b>
Triagem
Consulta médica
Agendamento de consultas
Pertence a esse ou aquele profissional
Atendimento com tempo delimitado para acontecer

Fonte: Os autores, 2023.

Acolher, portanto, significa valorizar os usuários, oportunizar mais autonomia na transformação de realidades e garantir a responsabilidade compartilhada, o controle e a participação social, através de uma troca que prioriza o vínculo como fundamental produtor de saúde.

## **2.2 MATRICIAMENTO**

O matriciamento em saúde mental é um processo de trabalho colaborativo que tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento em saúde mental, promovendo a integração entre diferentes profissionais e serviços. Ele é essencial

para a criação de uma rede de atenção à saúde mental mais efetiva e acessível.

O matriciamento se baseia em uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, na qual profissionais especializados em saúde mental atuam em parceria com outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros. Essa colaboração permite que a equipe amplie seus conhecimentos e habilidades em saúde mental, além de possibilitar um atendimento mais integrado e humanizado aos pacientes.

Consiste em um processo de integração entre as equipes da atenção básica e da atenção especializada, através de uma inversão da lógica tradicional dos sistemas de saúde - baseados no encaminhamento para o especialista. A proposta, cujo fundamento é o da Educação Permanente, objetiva favorecer não apenas a terapêutica dos pacientes mas, também visa um caráter pedagógico das equipes, através de ações que potencializam o cuidado integral da população adscrita ao território.

O matriciamento, portanto, inclui a capacitação dos profissionais de saúde para que possam identificar e tratar problemas de saúde mental, bem como para que possam encaminhar os pacientes para atendimento especializado quando realmente necessário. O objetivo é que todos os profissionais de saúde possam atuar de forma mais efetiva e segura no cuidado à saúde mental.

Além disso, o matriciamento promove a organização e a coordenação da rede de atenção à saúde mental, garantindo a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência. Ele é essencial para a construção de um sistema de saúde mental mais integrado, eficiente e humanizado.

Quadro 4: Características do Matriciamento

<b>MATRICIAMENTO É</b>
Instrumento de Educação Permanente
Espaço de discussão de caso, construção e troca de saberes
Pensar em estratégias de cuidado mais benéficas para os usuários do serviço
Apoiar a elaboração do Plano Terapêutico Singular
Apoiar o estabelecimento do vínculo terapêutico entre usuários
Atendimento compartilhado
Apoiar a realização de intervenções psicossociais específicas na UBS
<b>MATRICIAMENTO NÃO É</b>
Supervisão
Atendimento/intervenção feita apenas pelo profissional de saúde mental
Triagem para o especialista



Fonte: adaptação do Guia prático de matriciamento em Saúde Mental, 2011.

O Ministério da Saúde disponibiliza uma publicação completa sobre Matriciamento em Saúde Mental em seu site, que pode ser acessada no seguinte endereço: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/08/Caderno-Matriciam ento-Saude-Mental.pdf>.

## 2.2.1 Principais Ferramentas para o Apoio Matricial

### 1. Interconsulta

A Interconsulta no âmbito do Matriciamento em Saúde Mental é uma ferramenta de colaboração entre os profissionais de saúde mental, que visa a troca de informações e a discussão de casos para a tomada de decisão conjunta. Consiste em uma solicitação formal, feita por um profissional que necessita de uma avaliação ou orientação especializada, para outro profissional com expertise na área em questão.

O profissional consultor realiza a avaliação e oferece recomendações, que podem incluir orientações sobre o manejo clínico do paciente, diagnóstico, encaminhamento, entre outros aspectos relevantes para o cuidado do paciente. A interconsulta permite aprimorar a qualidade do atendimento em saúde mental, favorecer a tomada de decisão compartilhada e promover a troca de conhecimentos e saberes entre os profissionais envolvidos no cuidado do paciente.

### 2. Discussão de Caso

Existem diversas outras ferramentas para a boa execução do Matriciamento em Saúde Mental, dentre elas, a discussão de caso é uma das mais importantes. Essa ferramenta permite a troca de informações e opiniões entre profissionais de saúde em relação a um paciente específico.

Por meio da análise de diferentes perspectivas, é possível tomar decisões mais assertivas em relação ao tratamento e acompanhamento do paciente. Sugerimos um breve roteiro para nortear as discussões de caso, tornando-as mais eficazes:

Quadro 5: Roteiro para discussão de casos em matriciamento

<b>Sugestão de roteiro para discussão de casos</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Motivo do matriciamento:</b> o que mobilizou os profissionais a buscar matriciamento para esta situação em particular?</li><li>2. <b>Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente:</b> momento importante de levantamento sobre informações biopsicossociais do paciente e seu contexto. Quanto à composição familiar, sugere-se também a utilização de genograma.</li><li>3. <b>Problema apresentado no atendimento:</b> sugere-se apresentar o problema segundo as diversas perspectivas: do usuário (sempre que possível, segundo suas próprias palavras), de familiares, das equipes, dentre outros.</li><li>4. <b>História do problema atual:</b> Importante considerar o seu início, fator desencadeante e suas manifestações sintomáticas, bem como a sua evolução e intervenções biológicas e/ou psicossociais já realizadas e seus efeitos.</li><li>5. <b>Vida social:</b> participa de grupos, instituições? Como se organiza sua rede de apoio social? Como se estrutura a sua situação econômica?</li><li>6. <b>Efeitos do caso na equipe interdisciplinar:</b> quais os sentimentos e pensamentos dos profissionais no atendimento à situação?</li></ol>

Fonte: Guia prático de matriciamento em saúde mental, 2011.

### 3. Consulta Conjunta

Outra ferramenta importante é a consulta conjunta, que consiste na realização de uma consulta com a presença de dois ou mais profissionais de diferentes áreas. Essa abordagem permite a avaliação integrada do paciente, com a análise de diferentes aspectos como a saúde mental, física e social. Dessa forma, é possível elaborar um plano de cuidados mais completo e efetivo para o paciente.

### 4. Visitas Domiciliares

As visitas domiciliares também são uma ferramenta essencial no Matriciamento em Saúde Mental, permitindo que o paciente seja acompanhado de forma mais próxima e individualizada. Durante as visitas, os profissionais podem avaliar o ambiente e as condições em que o paciente vive, além de identificar eventuais problemas e necessidades que possam afetar a sua saúde mental.

### 5. Contato à Distância:

Por fim, o contato à distância também é uma ferramenta importante no Matriciamento em Saúde Mental, especialmente em casos em que o paciente reside em locais mais distantes ou de difícil acesso. Essa abordagem permite a realização de consultas e atendimentos por meio de plataformas digitais, o que amplia o acesso ao cuidado e possibilita uma maior integração entre os profissionais de saúde. Também podemos entender como contato à distância a realização da discussão de caso entre



profissionais feita por meios digitais.

### **2.3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)**

#### **2.3.1 Conceito/Definição**

Para a escrita do Capítulo que versa sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS), tomou-se por base a Cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde e publicada em 2008, com o título: “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste em um instrumento fundamental no cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) define como objetivo prioritário a reabilitação social do usuário em sofrimento psíquico no território em que ele está inserido e, cabe às equipes de saúde a oferta de acolhimento, de escuta e de propostas terapêuticas.

O PTS é um conjunto de propostas terapêuticas desenvolvidas com a participação do usuário e da sua família e leva em consideração os aspectos biológicos, psicológicos e sociais a que o sujeito se insere. Deve constituir-se como um fruto de uma construção coletiva e dialética entre diferentes saberes e atores das equipes de saúde e da comunidade. Deve considerar também as potencialidades do usuário, os recursos disponíveis no território.

Assim, a construção coletiva consiste também em uma aposta na potencialidade inerente à multiplicidade de conhecimentos, experiências e práticas das equipes e da comunidade, que podem, se articular de forma integrada e assim, ampliar de forma criativa as possibilidades de promoção do cuidado.

Destaca-se a palavra “singular” relativo ao nome “Projeto Terapêutico Singular” em oposição à “Individual”, por entender-se que o PTS deve considerar a singularidade de cada caso, mas, não deve ser instrumento de individualização do sofrimento, devendo buscar, pelo contrário, soluções coletivas e comunitárias.

Deve ocorrer, durante todo o seu processo, através de práticas que favoreçam o acolhimento, a escuta, a empatia e o vínculo do usuário com as equipes. Além disso, esse cuidado deve vislumbrar a recuperação e a promoção da autonomia, da cidadania e da contratualidade, respeitando a singularidade, as histórias, os sentimentos, as percepções e as vivências do sujeito - em um olhar que não vê apenas as limitações e dificuldades, mas também visa as potencialidades.

Importante ressaltar que o PTS, apesar de ser utilizado e bastante desenvolvido nas unidades de atenção especializada em saúde mental, é uma ferramenta que também deve ser utilizada pelas equipes da APS, como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde, a fim de se buscar o cuidado integrado da equipe, através da ampliação da clínica e da promoção da

integralidade das demandas do usuário. É importante salientar que nem todos os pacientes precisarão de um PTS, geralmente ele é dedicado a situações mais complexas e, se necessário, pode contar com a equipe de apoio matricial.

### 2.3.2 Composição do Projeto Terapêutico Singular

1) Diagnóstico Biopsicossocial: Trata-se da avaliação orgânica e psicossocial do usuário, devendo abranger a singularidade do sujeito, sugerindo-se considerar os seguintes aspectos:

- o contexto no qual busca o serviço de saúde;
- suas principais queixas;
- sua relação com seu próprio sofrimento: seu histórico de adoecimento e tentativas prévias de tratamento;
- seus desejos, valores, interesses e anseios em relação ao tratamento.
- hipótese diagnóstica (CID 10 ou CIAP), sempre que possível.

Compete também ao Diagnóstico Biopsicossocial a avaliação sobre riscos e vulnerabilidades às quais o usuário encontra-se sujeito, buscando também identificar fatores protetivos, redes de apoio já instituídas, possibilidades instrumentais bem como outros recursos internos que o usuário já apresenta em seu repertório e que podem favorecer o seu restabelecimento.

Sobre o aspecto social, indica-se realizar avaliação sobre a sua interação nos diferentes âmbitos de sua vida: sua condição financeira e material, no contexto escolar/educacional, no trabalho, na família e em sua rede social de forma mais ampla, dentre outros. Se possível, indica-se também avaliar a Dimensão Instrumental Social que concerne às diferentes possibilidades de interação social e cotidiana no exercício da autonomia. Como exemplos dos Instrumentos Sociais podem-se citar: o dinheiro, o transporte público, a linguagem escrita e oral, o uso de instrumentos de comunicação remota, dentre outros.

Por fim, cabe lembrar que o diagnóstico consiste em processo dinâmico e contínuo, associado ao ato de acolher e pode servir também ao usuário como uma intervenção terapêutica em relação ao seu sofrimento, auxiliando-o para uma maior compreensão de si e de seu padecer, apontando para novas possibilidades para o seu restabelecimento.

2) Definição de Metas: Trata-se das propostas de reabilitação psicossocial de curto, médio e longo prazos, que são estabelecidas com base no Diagnóstico Psicossocial e, em comum acordo com o usuário, após discussão e negociação com o mesmo, conforme seus interesses pessoais no tratamento. Indica-se que seja realizado preferencialmente, pelo profissional da equipe com quem tem melhor vínculo, que irá também acompanhá-lo durante seu processo de restabelecimento.

Faz-se importante a clareza entre todos os envolvidos em relação às metas e

objetivos a serem alcançados com o PTS, sendo este também o instrumento que ajuda a fundamentar os critérios de alta do paciente (no caso de transferência de cuidados dos CAPS para a APS).

De modo geral, as propostas que compõem um projeto terapêutico podem ser categorizadas como:

Quadro 6: Classificação de ações em um PTS

**Ações de Reparação:** que consideram as demandas, carências e necessidades do usuário.

**Ações de Potenciação:** das qualidades, riquezas e habilidades do usuário.

**Ações de Emancipação:** articulações de condições para que o usuário possa alcançar autonomia e inserção social.

Fonte: Adaptado a partir de Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, 2015.

Ainda, com vistas à promoção de sua reabilitação psicossocial, deve-se buscar a promoção do exercício da autonomia e da cidadania do usuário através do acesso não somente a recursos disponíveis nos serviços especializados, como também àqueles aos demais recursos da Rede de Atenção: como o acesso à demais equipamentos da Saúde, bem como também os recursos intersetoriais e comunitários disponíveis no território.

3) **Divisão de Responsabilidades:** Trata-se da clara e objetiva definição de tarefas de cada um dos envolvidos no cuidado: usuário, familiares e profissionais, mediante contratualidade. Para além das indicações terapêuticas, faz-se importante considerar as possibilidades concretas de cada agente envolvido, seja o usuário, sejam seus familiares. Após estabelecido os papéis e tarefas, indica-se ainda a assinatura do PTS pelo usuário, familiares e profissionais envolvidos, passando ao status simbólico de documento que contém o registro dos compromissos e responsabilidades assumidas em relação ao plano. Um modelo para ficha de Projeto Terapêutico Singular encontra-se no anexo 01.

4) **Reavaliação:** Por fim, é importante ressaltar que o diagnóstico apresenta caráter dinâmico ao longo do acompanhamento do usuário. Deve-se definir periodicidade para reavaliações do PTS junto ao usuário - momento para avaliar a evolução do cuidado, sempre buscando o seu protagonismo e realizar correções de rumo que se façam necessárias. A reavaliação do PTS pode ocorrer individualmente com cada usuário, envolvendo familiares quando necessário ou em reuniões e espaços específicos para tratar do PTS.

## 2.4 EQUIPES DE REFERÊNCIA /TÉCNICO DE REFERÊNCIA

Segundo Gastão Wagner de Souza Campos e colaboradores (2013), os conceitos de Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial referem-se tanto a arranjos organizacionais quanto a metodologias que norteiam a práxis. Tais conceitos, baseiam-se na lógica de cogestão e do apoio para as equipes multiprofissionais, como contraponto às relações burocratizadas e hierarquizadas. Desse modo, a coordenação das Equipes de Referência deve operar em lógica interdisciplinar, através da busca de compartilhamento de saberes, competências, responsabilidades e ações.

As Equipes de Referência definem-se também pelo cuidado adscrito a uma população, usualmente, pertencente a um território, visando-se a construção do vínculo, do cuidado longitudinal e do acompanhamento do processo saúde-atenção de cada usuário, evitando-se a fragmentação da atenção.

Nessa proposta, o usuário é corresponsável pelo seu tratamento e as Equipes de Referência, por meio de um plano compartilhado, “devem tomar para si o encargo do acompanhamento do paciente em suas diferentes facetas além da biológica, como os âmbitos sociais, familiares, políticos, psíquicos entre outros” (MIRANDA, 2009 apud CAMPOS, 2013).

Campos (2000), contribui para a discussão trazendo os conceitos de Campo e Núcleo, úteis para compor a interdisciplinaridade sem diluir a especificidade dos saberes:

- **Núcleo:** Consiste na aglutinação de conhecimentos e práticas, conformando as identidades profissionais (serviço social, medicina, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, etc.), bem como também seus compromissos e responsabilidades específicas na produção de saúde.
- **Campo:** Espaço de interseção entre os saberes, no qual ocorrem sobreposições dos limites entre cada especialidade e cada prática, onde todo profissional de saúde deve atuar, independentemente da sua categoria ou formação, buscando apoio em outras áreas, reforçando assim a interdisciplinaridade. Por exemplo, o campo da saúde mental.

Nessa perspectiva, indica-se ainda a adoção da estratégia de organização por Técnicos de Referência: são aqueles profissionais cuja disponibilidade é de estar mais próximo de certo número de usuários, se responsabilizando pelo acompanhamento e pela resolutividade das situações problema apresentadas.

As responsabilidades e competências do Técnico de Referência se referem ao Campo e portanto, transcendem a de seu Núcleo profissional, devendo atuar com suporte de sua equipe multiprofissional quando necessário, sem prejuízo na



realização também de ações específicas relativas ao seu Núcleo.

## 2.5 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

Construído em 2014, o Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental da SESA-PR foi revisado em 2020 a partir de contribuições do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (Cosems/PR), das Regionais de Saúde e dos municípios, visando qualificar o compartilhamento do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção especializada em saúde mental. É uma ferramenta que amplia o olhar técnico e facilita o dimensionamento da demanda em saúde mental no território.

Segundo o “Instrutivo para Aplicação do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental” (PARANÁ, 2021), a estratificação de risco é uma estratégia para identificar e reconhecer as necessidades de saúde dos usuários da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando que pessoas com uma mesma condição de saúde podem necessitar de níveis diferentes de atenção conforme a duração da condição, a urgência de intervenção, o escopo dos serviços requeridos e a capacidade de autocuidado. Ainda, de acordo este documento:

“[...]A estratificação de risco possibilita qualificar o compartilhamento do cuidado entre os diferentes pontos de atenção da RAS, fornecendo subsídios clínicos para que os usuários tenham acesso ao cuidado oportuno e adequado a suas necessidades de saúde.”

Em 2021 identificou-se a necessidade de implantação deste instrumento na Rede de Atenção à Saúde de Araucária, visando aprimorar o cuidado à saúde mental dentro do município. Assim, entre os meses fevereiro e outubro de 2022 todos os profissionais de saúde com nível superior de escolaridade e que atuam na Atenção Primária foram capacitados pelo Departamento de Atenção Psicossocial (DAPS) e pelos trabalhadores dos CAPS para a aplicação do instrumento, inclusão do formulário no sistema IPM saúde no prontuário dos usuários e direcionamento para os cuidados necessários em tempo oportuno.

Além dos profissionais de nível superior, em 2022 foram também capacitados 80% dos Agentes Comunitários da Saúde relativamente ao instrumento. Para a referida categoria profissional o instrumento utilizado e padronizado também pela SESA é: “Instrutivo para identificação de sinais e sintomas de saúde mental por Agentes Comunitários de Saúde”.

A aplicação do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental é

condição necessária para encaminhamento por profissionais de nível superior da APS para os demais pontos da rede de saúde. A longitudinalidade do cuidado, característica fundamental da atenção primária, possibilita que este processo de estratificação seja realizado em um ou mais atendimentos, em discussões de casos ou reuniões de matriciamento. Salvo em caso de sinais de alerta para emergências em saúde mental, não é necessário realizar na primeira consulta o encaminhamento de pacientes a atendimento clínico em saúde mental.

Após a estratificação, há 3 possibilidades de classificação:

- **Baixo Risco:** Os pacientes que estejam em baixo risco serão encaminhados aos cuidados das Equipes de Saúde da Família e Equipes da Atenção Primária (eSF/eAP) e às atividades de promoção de saúde ofertadas em cada território.
- **Médio Risco:** Os pacientes que estejam em médio risco necessitam de atenção clínica especializada, e serão agendados para atendimento individual ou grupo terapêutico, realizados por psicólogas(os) da atenção primária, que compõem as Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária (eMulti). O caso ainda poderá ser discutido no Matriciamento, e, dependendo dos fatores de risco envolvidos, o mesmo poderá ser atendido pelos CAPS.
- **Alto Risco:** Os pacientes que estejam em situação de alto risco serão encaminhados aos serviços especializados de atenção psicossocial (CAPS II, CAPS AD e CAPSi).

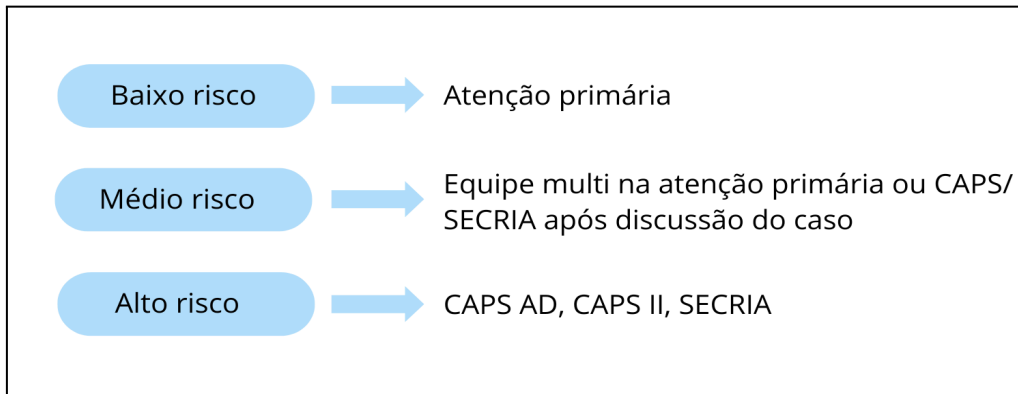
**Atenção:** Nos casos em que o paciente for estratificado como Alto Risco, o profissional deve fazer contato telefônico imediato com o CAPS e realizar o agendamento do acolhimento. Sendo assim, o usuário sairá da unidade de saúde com a data do seu acolhimento em mãos.

**Lembrete:** Não se aplica o Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental diante de um cenário de crise aguda em saúde mental, ou emergência psiquiátrica, segundo o “Instrutivo para Aplicação do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental” (PARANÁ, 2021). Nestes casos o usuário deve ser encaminhado da seguinte forma:

- Adulto e adolescentes maiores de 13 anos para UPA.
- Crianças até 12 anos para PAI
- Gestantes de qualquer idade HMA.

Os itens descritos acima podem ser sintetizados da seguinte forma:

Figura 1: Nível de atenção após estratificação de risco em saúde mental



Fonte: Estratificação de Risco em Saúde Mental e Ordenamento da Rede de Atenção Psicossocial. Departamento de Atenção Psicossocial, SMSA, PMA, 2023.

Há ainda a possibilidade de encaminhamento a serviços que não compõem oficialmente a RAPS, tais como o CET, de acordo com seus respectivos públicos-alvo. Destaca-se que a estratificação de risco alta em saúde mental é condição necessária para encaminhamento aos CAPS.

A estratificação de risco leve em saúde mental é condição necessária para alta dos CAPS e SECRIA com encaminhamento à atenção primária. O processo desta alta clínica será integrado por:

1. discussão de caso em matriciamento;
2. elaboração de PTS;
3. plano de monitoramento do PTS durante o próximo semestre:
  1. a primeira revisão em 45 dias após a alta;
  2. a segunda, 45 dias após a primeira;
  3. a terceira, em 90 dias após a segunda.

## **CAPÍTULO 3. BAIXO RISCO EM SAÚDE MENTAL: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dados contidos no Diagnóstico Territorial em Saúde Mental, realizado recentemente no Município de Araucária, em 2022, apontam que as queixas em Saúde Mental nas Unidades de Saúde perfila-se entre uma das demandas mais frequentes no âmbito da Atenção Primária, variando segundo a realidade de cada Unidade de Saúde - usualmente logo abaixo de grandes demandas clínicas como a Hipertensão e a Diabetes.

Identificar e ofertar tratamento para estas queixas apresentam importância adicional no âmbito da Atenção Primária, uma vez que estudos apontam para a influência destes transtornos na aderência, prognóstico e fator de risco para outras linhas de cuidado, conforme quadro apresentado a seguir:

Quadro 7: Associação entre problemas de saúde mental e outros agravos à saúde

	<b>T. Mental é fator de risco</b>	<b>T. Mental é pior a aderência ao tratamento</b>	<b>T. Mental piora de prognóstico</b>
<b>Doenças não infecciosas</b>			
Depressão/ansiedade e doença coronariana	4	2	3
Depressão e AVC	3	0	3
Depressão/ansiedade e diabetes	1	3	3
<b>Doenças infecciosas</b>			
Dependência química e HIV/aids	2	3	3
Alcoolismo e tuberculose	2	3	3
Depressão/ansiedade e tuberculose	0	3	0
<b>Saúde materno – infantil</b>			
Depressão puerperal e déficit no desenvolvimento do bebê	3	0	0
Psicose puerperal e mortalidade infantil	4	ND	ND
Legenda: 4 = associação forte confirmada por meta-análise ou revisão sistemática; 3= associação consistente confirmada por diversos estudos; 2= associação confirmada por um estudo; 1 = associação inconsistente; 0 = nenhuma associada confirmada; ND = dados inexistentes.			

Fonte: adaptado a partir de Prince et al, 2007.



Esses estudos indicam a necessidade de uma abordagem integral na clínica, posto que aquilo que didaticamente dividimos em saúde mental e em saúde do corpo, na realidade das pessoas que sofrem, encontra-se absolutamente inter-relacionado.

A APS tem como atributos a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado, a oferta de cuidado ao longo do tempo (longitudinalidade) e a coordenação do cuidado. Funciona como porta de entrada no sistema de saúde em cada novo problema dos indivíduos e famílias ou nas crises de problemas crônicos. Isto é, para além de um processo de triagem e encaminhamento, cabe à APS escutar ativamente as queixas trazidas pelo usuário e prestar um atendimento resolutivo, desenvolvendo um Projeto Terapêutico Singular quando necessário.

Como ponto de atenção da RAPS, as UBS/UBSFs são responsáveis por desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. A identificação e abordagem dos usuários da RAPS nos pontos de atenção do território acontecem nas Unidades de Saúde, pela atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais profissionais, no trabalho de busca ativa ou quando o usuário acessa esses serviços por procura direta.

Na prática da APS e das equipes de Saúde Mental, o conceito de busca ativa é amplo, possibilitando a interação das equipes não só com o usuário, mas com seu espaço e território. Favorece o entendimento de suas relações com o local onde residem familiares e sociedade, assim como o grau de envolvimento com os mesmos. Inclui a possibilidade de avaliar o sofrimento psíquico não apenas do paciente, mas ainda da família e a qualidade de vida a que estão expostos, para que seja possível proporcionar o tratamento e melhorar as condições de vida (PEREIRA, 2013).

Com relação aos dados epidemiológicos da população acometida por transtornos mentais, não existe hoje no município um levantamento que realmente represente a porcentagem de pessoas atendidas, por classificação diagnóstica. De acordo com o SUPERA (Sistema para detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas), o Ministério da Saúde adota dados de prevalência internacionais que indicam que 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos, e em torno de 9 a 12% apresentam transtornos mentais leves, que necessitam de cuidados eventuais. Pesquisas realizadas no Brasil, pela UNIFESP, relacionadas aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e de outras drogas, estimam que as dependências de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem cerca de 6% da população. Considerando apenas o álcool, entre os 12 e 65 anos de idade, de 9% a

11% das pessoas são dependentes (BRASIL, 2017).

### **3.1 O acolhimento no serviço de saúde**

O acolhimento na UBS/UBSF

O acolhimento dos usuários nas Unidades de Saúde deve se dar mediante as orientações realizadas no tópico sobre Acolhimento. Vale ressaltar que todos os profissionais que atuam na rede de saúde devem realizar acolhimento, prerrogativas ora explicitadas na Política Nacional de Humanização (PNH)

Orientações para profissionais de enfermagem e/ou outros profissionais de nível superior sobre acolhimento e escuta em saúde mental

Deve-se ouvir a queixa do usuário, averiguar desde quando ele se sente assim e o que já fez para cuidar deste sofrimento. Se identificados sinais de sofrimento em saúde mental, o profissional deve aplicar Estratificação de Risco em Saúde Mental e seguir as orientações definidas para cada classificação, como já abordado no tópico sobre Estratificação de Risco, quais sejam:

- Baixo risco - equipe básica (enfermagem, medicina, odonto, farmacêutico)
- Médio risco - psicólogo/equipe multiprofissional
- Alto risco - CAPS

### **3.2 Atividades de saúde mental que podem ser realizadas na Atenção Primária pela equipe da unidade, sem necessidade de especialista**

O cuidado em saúde mental é prática rotineira nas unidades de saúde, seja atendendo a queixas específicas de ordem emocional/comportamental, seja como parte de queixas clínicas gerais. Esta integração do cuidado em saúde mental na rotina da APS facilita o acesso, qualifica a assistência e aumenta a resolutividade das ações.

A Secretaria Estadual de Saúde instrui que a primeira oferta terapêutica para pacientes com baixo risco em saúde mental são os “cuidados de baixa intensidade” (PARANÁ, 2014, p.17). Isto inclui atividades coletivas de promoção de saúde (p.ex. grupos de apoio, atividades físicas), atividades de orientação (p. ex. entrevista motivacional) e de educação em saúde (p. ex. panfletos e palestras). Estas práticas em promoção de saúde mental “podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, levando em consideração as atividades programadas no serviço”. (p. 18).

#### **3.2.1. Grupos de Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos**

Quadro 8: Grupos de promoção da saúde nas unidades básicas

UBSF Santa Terezinha (Guajuvira)/ Boa Vista	Hipertensão, Diabetes, Gestante, Tabagismo, Adolescentes
UBSF Pedro Woinarowicz (Fazendinha)/ Rio Abaixo	Hipertensão, Diabetes
UBSF Nossa Senhora das Graças (Tietê)/ Ana Clara T. Cubas – Onças	Hipertensão e Diabetes, Tabagismo, Saúde Mental, Crianças, Adolescentes, Gestantes e Idoso
UBSF Nª Sª Apª – Lagoa/ Dona Hortência - Capinzal	Hipertensão e Diabetes, Tabagismo, Adolescentes, Gestantes e Puericultura
UBSF Colônia Cristina	Adolescentes, Gestantes
UBSF Padre Chico/ Dona Terezinha G. Rodrigues	Hipertensão, Diabetes, Tabagismo, Adolescentes, Mulheres, Gestantes
US Valmir Hervis de Lima - Califórnia	Hipertensão e Diabetes, Tabagismo, Gestantes, Puericultura, Grupo de exercícios terapêuticos - Fisioterapia, Oficina de leitura - Fono
UBSF Nossa Senhora de Fátima - Vila Angélica	Hipertensão, Diabetes, Terceira Idade, Ginástica, Adolescentes
UBSF São José - Tupy	Hipertensão, Diabetes, Tabagismo, Terapia Comunitária, Mulheres, Adolescentes, Oficina de Leitura, Crianças - Estimulação de Linguagem, Crianças - Suspeita de TEA, Adolescentes
UBS Alceu do Vale Fernandes - Costeira	Hipertensão, Diabetes, Tabagismo, Oficina de Leitura, Saúde Mental, Adolescentes
UBSF Dom Inácio Krause - Boqueirão	Tabagismo, Oficina de Leitura, Gestantes, Melhor Idade, Saúde Mental, Orientação aos Pais

### 3.2.2. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são estratégias terapêuticas voltadas para a promoção, prevenção e recuperação em saúde que integram “sistemas médicos complexos” (abordagens que possuem teorias próprias

sobre os processos de saúde/doença) e “recursos terapêuticos” (instrumentos utilizados).

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e sociedade. (PNPIC, p. 10)

As PICS passaram a compor o planejamento do SUS a partir da aprovação da PNPIC (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares) no ano de 2006. Segundo a PNPIC, estes recursos terapêuticos contribuem para a implementação dos princípios fundamentais do SUS, especialmente com ênfase na integralidade e na atenção humanizada e acolhedora ao usuário dos serviços de saúde. As propostas terapêuticas das PICS, portanto, vem ao encontro da noção de indivíduo plural e multideterminado no que concerne aos processos de saúde e doença. Além disso, as PICS possibilitam a ampliação das ofertas de ações de saúde e a democratização do acesso a práticas antes restritas ao âmbito privado.

As PICS foram selecionadas com base em estudos científicos validados quanto a sua eficiência, no entanto é importante salientar que deve ser encarada como um recurso a ser utilizado de modo complementar ao tratamento tradicional.

No município de Araucária/PR, as PICS acontecem em diversos serviços de saúde, tendo adotado até o momento as seguintes práticas:

Quadro 9: PICS em Araucária

<b>Práticas integrativas e complementares por procedimento</b>	
<b>Procedimento</b>	<b>Total</b>
Práticas corporais em medicina tradicional chinesa	<b>3</b>
Sessão de meditação	<b>49</b>
Sessão de acupuntura aplicação de ventosas/moxa	<b>95</b>
Sessão de acupuntura com inserção de agulhas	<b>39</b>
Sessão de auriculoterapia	<b>401</b>
Sessão de aromaterapia	<b>600</b>
Sessão de imposição de mãos	<b>1</b>
Tratamento fitoterápico	<b>6</b>
Tratamento em medicina tradicional chinesa	<b>281</b>
<b>Total</b>	<b>1475</b>

As Unidades de saúde que atualmente contam com profissionais que aplicam as práticas são as seguintes:

Quadro 10: PICS disponíveis em cada unidade de saúde de Araucária

<b>Práticas integrativas e complementares por estabelecimento</b>	
<b>Estabelecimento</b>	<b>Total</b>
UBSF Colonia Cristina	15
UBSF Fazendinha	18
UBSF Nossa Senhora Aparecida	28
UBS Alceu do Valle Fernandes	70
UBS Dr Sílvio Roberto Skraba	2
UBS Dom Inácio Krause	6
UBSF Nossa Senhora das Graças	23
UBSF Nossa Senhora de Fátima	52
UBSF Padre Francisco Belinowski	78
UBS Santa Mônica	0
UBSF Santa Terezinha	48

Entretanto, percebendo que as PICS estão sendo aplicadas de forma isolada em vários estabelecimentos de saúde, mas sem um fluxo definido, houve a implantação da Comissão de Formação de PICS, composta por representantes de todas as áreas da saúde (medicina, enfermagem, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, farmácia e fisioterapia), dos departamentos da atenção primária e secundária. Essa comissão está elaborando uma Linha de Cuidado Específica, a fim de regulamentar as práticas dentro do município.

### **3.3 Atendimentos de saúde mental frequentes na APS realizados pela equipe na unidade, sem necessidade de especialista**

Estima-se que cerca de 50% dos usuários que acessam as unidades de saúde apresentam queixas em saúde mental, associadas ou não às queixas clínicas. Dentre as queixas em saúde mental, estão aquelas relativas aos Transtornos Mentais Comuns, que consistem em transtornos menos estruturados e de menor gravidade, necessitando de acolhimento, escuta e suporte. Dentre as queixas mais comuns encontram-se:

- Tristeza
- Desânimo

- Cansaço
- Perda de prazer de viver
- Irritabilidade
- Dificuldade de concentração
- Esquecimentos
- Ansiedade
- Palpitações
- Medo
- Alterações em sono e apetite (às vezes para mais, às vezes para menos)
- Dores (frequentemente crônicas e difusas, sem outros achados clínicos ou laboratoriais)
- Alterações Gástricas e Intestinais (sem outros achados clínicos ou laboratoriais)
- Outros sintomas físicos, sem explicação médica.
- Transtornos do comportamento na adolescência e infância

Usualmente, estes sintomas apresentam-se associados entre si, sugerindo quadros mistos, sendo comuns por exemplo que queixas de humor deprimido estejam associadas a queixas de humor ansioso e/ou queixas somáticas. Segundo Chiaverini (2011), 30% dos pacientes com transtornos mentais comuns apresentam remissão espontânea e melhora dos sintomas quando apoiados individualmente ou em grupos pelas equipes da APS.

Ressalta-se ainda que nem sempre estas queixas e sintomas estruturam-se em quadros nosológicos segundo critérios diagnósticos clássicos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 11).

Por este motivo, as equipes da Atenção Primária contam também com classificações internacionais específicas, que permitem o registro de condições de saúde sem a necessidade de buscar forçosamente um diagnóstico segundo a CID10, sendo: o CID-AP (CID 10) e o ICPC 2 ou CIAP 2 (Classificação Internacional da Atenção Primária).

### **Como acolher o paciente que chega às unidades da ESF?**

Ouvir as queixas apresentadas sem menosprezá-las nem considerar que o paciente está inventando esses sintomas. Os sintomas existem, apenas são causados por mecanismos fisiopatológicos de origem emocional.
Examinar o paciente para verificar possível patologia orgânica e tranquilizá-lo sobre esse aspecto.
Conversar com o paciente sobre sua vida naquele momento.
Perguntar o que o paciente acha que está causando seus sintomas e se ele relaciona esses sintomas com o que está ocorrendo em sua vida.
Examinar psicicamente o paciente para confirmar o grau de gravidade de seu sofrimento emocional.
Conversar com ele sobre como poderia ser apoiado para superar seus problemas na vida.

### **Cuidados especiais relativos aos transtornos mentais comuns:**

Faz-se importante o acolhimento e a investigação das particularidades da pessoa que sofre e de seu contexto de vida. Não raro, é possível identificar os fatores desencadeantes do padecer atual, através do relato subjetivo daquele que se encontra em crise.

Investigar possíveis causas do sofrimento é importante para evitar excessos de patologização e medicalização, mas também pela busca de formas mais eficazes de tratamento, considerando-se ainda o papel do SUS na formulação de Políticas Públicas que visem a prevenção do adoecer psíquico e de seu agravamento.

Os fatores psicossociais mais comumente associados ao padecer emocional se referem à: situação socioeconômica, saneamento precário, privação de direitos humanos, da falta de acesso à renda mínima ou a processos patológicos relacionados ao trabalho, gênero (relativo aos papéis sociais assumidos e não ao fator biológico em si), preconceito, fragilidades na rede de apoio, violência, conflitos familiares, dentre outros.

### **3.4 Outras condições de saúde mental comuns na APS**

#### **3.4.1. Transtornos relacionados à nicotina**

A dependência ou abstinência de nicotina podem desenvolver-se em qualquer forma de tabagismo (cigarros, cigarros eletrônicos, fumo de mascar, rapé, cachimbos e charutos) e com medicamentos prescritos (goma de mascar e adesivos de nicotina).

O uso de tabaco - sobretudo devido à presença de componentes carcinógenos associados à nicotina e pelo monóxido de carbono presente na fumaça - pode aumentar acentuadamente o risco de câncer pulmonar, da orofaringe e outros; de condições cardiovasculares e cerebrovasculares; de doenças obstrutivas crônicas e outras condições pulmonares, úlceras, complicações materno-fetais e outras condições. Estudos apontam também que o consumo da nicotina em si, não associada a outros elementos, pode estar relacionada ao aumento de riscos de ocorrência de eventos cardiovasculares.

Segundo o DSM IV, o hábito de fumar geralmente tem início na adolescência, sendo que 95% dos que continuam a fumar depois dos 20 anos, tornam-se fumantes regulares e diários. 80% dos fumantes relatam tentativas de parar de fumar, no entanto, durante a primeira tentativa, apenas 25% conseguem se manter abstinentes por períodos mais prolongados. A longo prazo, apenas 45% conseguem interromper o uso, sendo que apenas 5% obtêm sucesso em tentativas de abandonar o hábito sem auxílio externo.

A dependência da nicotina pode estar relacionada à dependência fisiológica e psicológica, que podem incluir desde rotinas comportamentais, como também temores relativos à perda de desempenho em atividades associada aos sintomas de abstinência, ansiedade, dentre outros.

Os sintomas de abstinência podem ser diagnosticados a partir da presença de no mínimo quatro dos sintomas, após a cessação abrupta ou redução da quantidade de nicotina usada, observáveis no período de 24 horas:

- Humor disfórico ou deprimido
- Insônia
- Irritabilidade, frustração ou raiva
- Ansiedade
- Dificuldade de concentração
- Inquietação
- Bradicardia
- Aumento do apetite ou ganho de peso



Ressalta-se ainda que estes sintomas, quando relativos à abstinência, causam sofrimento clinicamente significativos ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Atualmente Araucária conta com “Grupos de cessação do tabagismo” em quase todas as UBS/UBSF e prevê cobertura total das Unidades até o final de 2023.

#### 3.4.2. Insônia

A insônia envolve dificuldades para adormecer (insônia inicial) ou permanecer dormindo (insônia terminal), associadas a prejuízos durante o dia. A autoavaliação subjetiva basta para se ter o diagnóstico. A insônia possui uma alta prevalência e gera grande impacto na saúde pública, com frequência, surge como um sintoma comórbido ou até mesmo preditor a outros transtornos psiquiátricos. Desse modo, é fundamental que o profissional de saúde possua o conhecimento básico sobre esse transtorno do sono e as intervenções possíveis nesse sentido.

Os tratamentos psicológicos breves possuem uma grande superioridade em comparação com medicamentos populares para a insônia e existem algumas intervenções comportamentais que qualquer profissional de saúde pode aplicar. A qualificação do acompanhamento do paciente, em que conste sempre a orientação sobre higiene do sono e apoio na implementação de hábitos saudáveis, tem impacto na prescrição de medicamentos benzodiazepínicos. No entanto, o usuário deve ser alertado que não deve esperar resultados imediatos e é fundamental que haja o comprometimento, pois muitos dos comportamentos que interferem no sono podem gerar uma sensação de gratificação nas pessoas.

A regulação do sono depende de dois processos - o processo homeostático e o processo circadiano. O primeiro se refere a pressão do sono, ou a probabilidade do indivíduo sentir sono. Desse modo, quanto mais tempo a pessoa passa acordada mais sono possui e, ao contrário, se tirou um cochilo ao longo do dia, menor é a tendência a dormir à noite. O segundo processo é como uma espécie de relógio que funciona em uma base de 24 horas e regula funções biológicas, como a melatonina, a temperatura corporal, o nível de vigília, etc. Assim, mesmo que o sujeito tenha dormido pouco na noite anterior (pressão do sono elevada), se ele vai cedo para a cama, o processo circadiano pode dificultar com que ele durma. O sono ocorre quando a pressão do sono estiver elevada e o nível de vigília estiver diminuído.

Outro ponto fundamental que influencia as expectativas tanto do profissional como do usuário, é o fato de que o sono muda ao longo da vida. Adolescentes tendem a dormir e a despertar mais tarde, adultos tendem a dormir e a despertar mais cedo, idosos têm redução na pressão para dormir e possuem menor tempo total de sono.

Entender sobre esse processo e as mudanças normais em cada fase da vida é fundamental para compreender a base das intervenções relacionadas à melhora da insônia. Além disso, pode-se aplicar a psicoeducação sobre esses tópicos ao usuário, já que o entendimento sobre a base conceitual das intervenções pode ajudar na melhor adesão ao tratamento. Um dos principais objetivos terapêuticos é restabelecer a associação entre a cama e o dormir.

Quadro 11: Orientações básicas de higiene do sono

<p><b>1. Só vá para a cama quando estiver com sono.</b> Lembrando-se a diferença entre estar com sono e estar apenas cansado.</p>
<p><b>2. Saia da cama se não conseguir dormir.</b> Se não conseguir dormir em 15 ou 20 minutos, deve-se sair da cama e ir para outro local para fazer alguma atividade relaxante (por exemplo: ler, ouvir música, fazer palavras cruzadas), repetindo esse comportamento quantas vezes for necessário. Incentive a deixar roupas quentes ao lado da cama, a fim de facilitar essa função.</p>
<p><b>3. Evitar atividades estimulantes</b> (uso de eletrônicos/telas, navegar na internet, limpar a casa, assistir a certos programas na tv, etc)</p>
<p><b>4. Reserve o quarto para dormir e para fazer sexo.</b> Evite usar o quarto para atividades que não combinam com o sono, por exemplo: evite estudar, ver televisão, ter conversas difíceis...</p>
<p><b>5. Evite tirar cochilos/segundas.</b> Os cochilos podem diminuir a pressão do sono, perpetuando a insônia no longo prazo. Caso esse seja um hábito do usuário, pensem em conjunto em atividades que podem ser realizadas nesse momento.</p>
<p><b>6. Dê informações sobre a higiene do sono:</b> Não fazer uso de álcool, tabaco ou cafeína antes de dormir; Fazer pequenos lanches antes de dormir, evitando refeições muito pesadas; Não fazer exercícios físicos muito próximo à hora de dormir (estimule a realização de atividade física pela manhã); Manter o ambiente do quarto escuro, silencioso e arejado.</p>
<p><b>7. Tenha uma rotina de atividades relaxantes.</b> Esse elemento aumenta as associações positivas com a cama, estimula o ritmo circadiano e promove o relaxamento. Pode ser uma atividade de leitura, ouvir música suave, tomar um banho quente, fazer meditação, etc.</p>
<p><b>8. Tenha uma rotina para acordar na mesma hora (mesmo aos finais de semana).</b> Não aperte o botão “soneca” do despertador, exponha-se à luz solar, faça exercícios físicos pela manhã, tome um banho, faça contato social. Se preciso, coloque o despertador longe da sua cama, para que exija que você tenha que se levantar para desligá-lo.</p>

Fonte: Os autores, 2023.

Além dos componentes comportamentais, a *preocupação* também é um componente importante a ser abordado com o usuário com queixas de insônia. Indivíduos com insônia usualmente se preocupam com vários assuntos quando estão

tentando dormir e a preocupação ativa o Sistema Nervoso Simpático, que dificulta o início do sono.

Hábitos como tentar suprimir os pensamentos, perguntas do tipo “por que” e crenças positivas relacionadas à preocupação devem ser discutidas com o usuário como sendo estratégias que pioram o excesso de preocupação. Deixar os pensamentos virem e saírem livremente, ao contrário de tentar suprimi-los, pode ser uma boa estratégia. Sugere-se ao usuário que relembre momentos positivos do dia ou memórias agradáveis e, caso haja preocupações, orientar que volte a atenção para a experiência positiva, desfrutando dela. Se for preciso, o profissional também pode ajudar o usuário a lembrar momentos significativos que ele possa desfrutar nessa hora. O objetivo é que o usuário associe momentos positivos à hora de dormir.

#### 3.4.3. Uso de álcool e outras drogas

O consumo de substâncias psicoativas compreende desde o uso recreativo até o uso prejudicial de substâncias que atuam diretamente no sistema nervoso central, especificamente o álcool, os alucinógenos, os estimulantes, os inalantes, a maconha, os opióides, os sedativos, os hipnóticos e os ansiolíticos. O uso contínuo dessas substâncias pode ocasionar algum nível de sofrimento ou de consequências nocivas ao indivíduo, como prejuízos funcionais, laborais, de relacionamentos interpessoais e de saúde física e mental (DSM 5, 2013; UNODC, 2022).

Com base na descentralização do cuidado, a Atenção Primária em Saúde é compreendida como ponto estratégico de coordenação do cuidado em saúde com vistas a elaboração, o acompanhamento e a gestão deste cuidado, representando um papel fundamental na atenção aos usuários que possuem sofrimento psíquico e prejuízos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A utilização do acolhimento e do vínculo terapêutico entre profissionais de saúde e os usuários de álcool e outras drogas torna-se viável a partir da compreensão da equipe de saúde de que estas abordagens se caracterizam como recursos terapêuticos e ferramentas relevantes no cuidado, assim como as diretrizes, os protocolos e os instrumentos de avaliação. Os atendimentos em saúde mental voltados exclusivamente aos sintomas, ao padrão de consumo de substâncias e a abstinência, não apresentam resultados terapêuticos efetivos (BRASIL, 2015).

Assim, torna-se possível minimizar estigmas e preconceitos ainda perpetrados a pessoas que realizam o uso de substâncias psicoativas, viabilizar a equidade, favorecer o acesso aos serviços, fomentar a atenção integral com base nas reais necessidades do usuário e família e promover o protagonismo do usuário, sua autonomia e cuidado em liberdade (BRASIL, 2011).

O atendimento a essa população deve estar embasados nas diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras

drogas para favorecer a promoção de acesso aos serviços ofertados na Atenção Primária em Saúde e ampliá-lo ao território, com ações de educação em saúde a população para abranger o usuário, a sua família e a comunidade (PAULA et al., 2014).

1. Critérios para atendimento na Atenção Primária em Saúde

- Uso recreativo e esporádico de substâncias psicoativas;
- Padrão de consumo de substâncias que não ocasiona prejuízos no âmbito individual, funcional, laboral, familiar e social;
- Estratificação de risco em saúde mental classificado como **Baixo**;
- Estratificação de risco em saúde mental classificado como **Médio** - deverá ser discutido em matriciamento com CAPS AD;

Observações:

1. O uso recreativo e esporádico de substâncias psicoativas em usuários em situações de violência e usuárias gestantes deve ser discutido com o CAPS AD e pode ser encaminhado para o serviço especializado.

2. O baixo controle sobre uso de substâncias, a continuidade do uso de SPA apesar das consequências nocivas nas áreas sociais e interpessoais, o uso de SPA que coloquem em risco iminente a vida e as consequências físicas – tolerância e síndrome de abstinência, devem ser considerados agravantes.

Considerando a Rede de Atenção Psicossocial no cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, é fundamental o compartilhamento do cuidado com os dispositivos da rede inter e intrasetorial por intermédio da discussão de casos conjuntas e responsabilidade daqueles envolvidos no Projeto Terapêutico Singular, ou seja, o apoio matricial (BRASIL, 2015).

### **3.5 Atenção ao pré-natal e à primeira infância**

A atenção ao pré-natal e à primeira infância constam respectivamente na Linha de Cuidado Materno-infantil e na Linha de Cuidado da Infância.

A rotina de puericultura na Atenção Primária contempla consultas médicas realizadas pelos médicos pediatras e pelos médicos generalistas com apoio de pediatras, além do acompanhamento dos bebês e mães/cuidadores nos grupos de puericultura.

O monitoramento do desenvolvimento neuropsicológico tem por base os marcos referenciados na Caderneta da Criança. Em 2022, profissionais de nível superior envolvidos nos cuidados de puericultura foram capacitados para uso dos Indicadores de Referência para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) e contam com mais esta ferramenta para o diagnóstico e intervenção precoce.

Em situações onde há a identificação de sinais de alerta, poderá ser agendada consulta compartilhada de fonoaudiologia e psicologia para avaliação e conduta voltados tanto ao bebê como à família/cuidadores.

Nos casos de afecções perinatais e malformações congênitas, e também de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, o bebê/criança deve ser encaminhado à atenção especializada no CET Bebê de Risco, que é um ambulatório especializado multiprofissional para o atendimento a crianças de 0 a 3 anos 11 meses e 29 dias, com fatores de risco no desenvolvimento neuropsicomotor.

Como contribuição e através de estudos e discussões a respeito desta temática, a Câmara Técnica de Saúde Mental tem a recomendar o seguinte:

1. Garantia de pelo menos uma consulta de saúde mental no Pré-natal
2. Garantia de pelo menos uma consulta de saúde mental no Puerpério
3. Identificação de sinais de alerta no desenvolvimento infantil na Atenção Primária pelos enfermeiros e pediatras
4. A partir de sinais de alerta no desenvolvimento infantil, encaminhar ao CET (Bebê de Risco) - conforme critérios/fluxos de encaminhamento.

### **3.6 Casos de violência**

O Ministério da Saúde define a violência que envolve crianças e adolescentes como qualquer ato ou omissão de parentes, pais, responsáveis, instituições e/ou da sociedade que leve a gerar dano emocional, físico, sexual e/ou moral ao sujeito. É importante salientar que a criança e o adolescente estão em uma fase importante do desenvolvimento que envolve a formação de valores morais e éticos. A violência não tratada gera consequências ao indivíduo e à sociedade como um todo.

Dentro do contexto de saúde pública, é fundamental que os diversos agentes saibam identificar o risco e os sinais de violência em crianças e adolescentes, a fim de se oferecer proteção social e cuidado a essa importante parcela da população. Também é importante salientar que é comum que uma criança seja afetada por mais de um tipo de violência.

A violência pode ser autoprovocada (autolesões, tentativa de suicídio ou suicídio), interpessoal (na família ou na comunidade) e social (através da manutenção das desigualdades sociais, atitudes discriminatórias e no impedimento ao acesso à direitos básicos).

Dentro do contexto de saúde, a violência física costuma ser a mais identificada e consiste em qualquer ato violento que envolva o uso de força física, como tapas, chutes, arremessos e que podem ou não causar marcas no corpo. Exemplos desse tipo de violência: castigo corporal, síndrome do bebê sacudido e

síndrome de Munchausen por procuração.

A violência psicológica envolve toda e qualquer ação que cause danos à identidade e ao desenvolvimento da criança ou adolescente. Envolve punições humilhantes, desrespeito, depreciação, entre outros. Exemplos desse tipo de violência: a síndrome da alienação parental, o bullying, indivíduos que sejam testemunhas de violência em ambientes intrafamiliares.

A violência sexual consiste na intenção de estimular sexualmente a criança ou adolescente a fim de que o autor, normalmente em um nível de desenvolvimento mais adiantado, obtenha satisfação sexual. Envolve pornografia, prostituição, exibicionismo, manipulação de órgãos sexuais e o ato sexual, com ou sem penetração.

A negligência que envolve a população infantojuvenil envolve a omissão de adultos ao prover as necessidades básicas físicas, emocionais e sociais. Envolve a falta de atendimento à saúde, à educação, à higiene e o abandono.

Os sinais de violência nessa população costumam variar de acordo com o estágio do desenvolvimento e nem sempre são bem definidos. De todo modo, é fundamental que o profissional de saúde esteja atento, a fim de que se possa identificar e agir.

**Quadro 12: Alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência**

SINAIS DA VIOLÊNCIA	CRIANÇA			ADOLESCENTE 10 a 19 anos
	Até 11 meses	1 a 4 anos	5 a 9 anos	
Choros sem motivo aparente				
Irritabilidade frequente, sem causa aparente				
Olhar indiferente e apatia				
Tristeza constante				
Demonstrações de desconforto no colo				
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites				
Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas				
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes				
Distúrbios de alimentação				
Enurese e encoprese				
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala				
Distúrbios do sono				
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento				
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico				
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente				
Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola				
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade				
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações				
Pesadelos frequentes, terror noturno				
Tiques ou manias				
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas				
Baixa autoestima e autoconfiança				
Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio				
Problemas ou <i>déficit</i> de atenção				
Sintomas de hiperatividade				
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes				
Uso abusivo de drogas				

Fonte: autoria própria.

\* Os espaços coloridos indicam a presença do sinal da violência na respectiva faixa etária.



A saúde, com recorrência, desempenha o papel de primeiro contato com as crianças e adolescentes vítimas de violência. O profissional de saúde, por sua vez, realiza um papel fundamental na identificação e no cuidado a esses indivíduos. A postura deve ser de acolhimento que, além de ampliar a capacidade de identificação dos casos de violência, também exprimem um ambiente de segurança e confiança. Sugere-se que os serviços sejam equipados com instruções, telefones e recursos a que se poderá recorrer.

O atendimento aos casos não deve ser uma ação solitária, mas articulada com equipe multidisciplinar e a rede de cuidado e proteção social. A conduta deverá ser singular a cada caso, priorizando-se sempre a segurança da criança/adolescente. A Ficha de Notificação de Violência<sup>4</sup> é um instrumento importante de proteção e deve ser feita mesmo que a família não aceite, ela é obrigatória e amparada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A notificação é realizada em três vias e uma deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar.

O seguimento na rede de cuidado e de proteção social é fundamental para que haja a ampliação e a integralidade do cuidado. A complexidade da violência exige a articulação dos serviços de saúde, assistência social, educação, segurança, defesa e proteção. Um recurso interessante são as reuniões com os profissionais de toda a rede, a fim de que se possa avaliar o prognóstico, a evolução, as ações já realizadas e as que possam vir a se realizar.

A violência traz repercussões graves para os indivíduos e para a sociedade. Ela pode gerar problemas sociais e emocionais que se manifestam durante toda a vida. Assim, é fundamental que os profissionais estejam atentos e ajam o quanto antes. A violência se torna invisível quando os serviços não estão preparados para o acolhimento e o cuidado às suas vítimas.

O município de Araucária conta ainda com um Protocolo de Atendimento às Situações de Violência, elaborado e compartilhado com toda a Rede Intersetorial, integrando a Saúde, a Educação, a Assistência Social, a Segurança Pública, o sistema de Justiça, o Conselho Tutelar, entre outros atores da rede. O documento está em fase de atualização, mas sua versão anterior está disponível no site da prefeitura<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> A ficha de notificação de violência consta no Anexo 3.

<sup>5</sup> Na aba "Arquivos" no endereço: <https://araucaria.atende.net/subportal/assistencia-social-novo/pagina/smas-departamento>



## **CAPÍTULO 4. MÉDIO RISCO EM SAÚDE MENTAL: EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (eMulti)**

Após a estratificação, os pacientes que estejam em médio risco necessitam de atenção clínica especializada, e serão agendados para atendimento individual ou grupo terapêutico, realizados por psicólogos da Atenção Primária.

A aplicação do instrumento de estratificação de risco em saúde mental será condição necessária para encaminhamento por profissionais de nível superior. A longitudinalidade do cuidado, característica fundamental da atenção primária, possibilita que este processo de estratificação seja realizado em um ou mais atendimentos, em discussões de casos ou reuniões de matriciamento. Salvo em caso de sinais de alerta para emergências em saúde mental, não é necessário realizar na primeira consulta o encaminhamento de pacientes a atendimento clínico em saúde mental.

As equipes multiprofissionais de apoio à atenção primária (eMulti), atuam nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica, intervindo em todos os ciclos de vida, considerando a realidade epidemiológica, cultural e socioeconômica da população adscrita, com ações voltadas a crianças, adolescentes, adultos e idosos, com ou sem deficiência.

Norteadas pelos princípios e diretrizes da Atenção Primária, ações coletivas de promoção de saúde e prevenção de agravos são a prioridade no trabalho destas equipes. Atendimentos clínicos especializados, individuais ou grupais, sempre de curta duração, são possibilidades complementares do plano de cuidados na atenção primária.

As demandas espontâneas, encaminhamentos externos (provenientes de outras secretarias municipais, de outros serviços de saúde, do Sistema Judiciário ou Ministério Público) e de profissionais de nível médio têm suas demandas em saúde avaliadas em consulta de enfermagem, na qual será realizada a estratificação de risco e demais condutas consideradas pertinentes.

Garantindo a acessibilidade, após a avaliação por categoria profissional ou compartilhada entre terapeutas (interdisciplinar) em uma visão abrangente de sujeito, sendo considerada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), é definido o plano de cuidado do paciente.

Em relação à saúde mental, após a estratificação, os pacientes que estejam em baixo risco são atendidos nos grupos de promoção ofertados pelas UBSs e UBSFs. Já os casos de médio risco necessitam de atenção clínica especializada, e devem ser



agendados para atendimento individual ou grupo terapêutico, realizados por psicólogos da Atenção Primária.

## **CAPÍTULO 5. ALTO RISCO EM SAÚDE MENTAL - ATENÇÃO ESPECIALIZADA: CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II, CAPS AD e CAPS I)**

Estes serviços têm o papel estratégico de promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas, através de ações intersetoriais; regular, em conjunto com a APS, a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte à atenção em saúde mental na APS; organizar e articular a rede e a política de saúde mental num determinado território; preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território e fortalecer as Equipes de Apoio Matricial.

Com a implementação da Estratificação de Risco em Saúde Mental e o estabelecimento de fluxos entre os diferentes níveis de atenção, os serviços especializados devem atender as pessoas cuja classificação tenha evidenciado o ALTO RISCO EM SAÚDE MENTAL. A “porta de entrada” deve ser prioritariamente a Atenção Primária em Saúde, que fará o encaminhamento aos serviços especializados mediante contato telefônico para agendamento de acolhimento inicial ou através das reuniões de Matriciamento realizadas na APS.

Diante das crises em saúde mental, os usuários que receberam seu primeiro atendimento na UPA ou no HMA, devem ser encaminhados diretamente para os CAPS mediante contato telefônico prévio (ou outros meios de comunicação síncronos) para agendamento do acolhimento.

Há ainda as situações em que o usuário faz a busca direta pelo serviço, a chamada demanda espontânea. Nesses casos a equipe realizará uma escuta inicial breve e avaliará a necessidade de atendimento imediato (quando uma situação de intenso sofrimento ou crise estiver presente) ou, nos casos mais leves, realizará orientação para buscar a Atenção Primária em Saúde, que procederá com a Estratificação de Risco em Saúde Mental.

### **5.1 CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial tipo II)**

Antes da fundação do CAPS II em 2005, Araucária contou com um Ambulatório de Saúde Mental a partir de 1995, atuante segundo princípios da reforma psiquiátrica e inspirado na experiência da clínica francesa de La Borde.

O CAPS II atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL,

2011).

A equipe do CAPS II hoje é composta por coordenação, médicos clínicos, médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, farmacêutico, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, copeira, motoristas e estagiários.

O CAPS II Araucária atua na reabilitação psicossocial mediante a reinserção comunitária de usuários que sofreram prejuízo das relações sociais, da execução de atividades de vida diária, no trabalho e no ambiente familiar devido ao sofrimento mental grave e persistente. O cuidado visa a promoção da autonomia dos usuários, por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS) - elaborado em construção conjunta com a equipe, o usuário, sua família e, considerando-se ainda os recursos disponíveis no território.

Quando o usuário vem ao CAPS II por demanda espontânea, a equipe entra em contato com a Unidade de Saúde de referência do usuário ou outro ponto da RAPS para os esclarecimentos necessários. Com a finalidade de atender a demanda recebida diariamente, existe uma escala semanal com os profissionais da equipe multidisciplinar para realizar uma primeira escuta qualificada do usuário.

O Acolhimento consiste no primeiro atendimento do usuário no CAPS II e pode ser realizado por qualquer profissional da equipe técnica, capacitados para realizar avaliação especializada em saúde mental. Há, ainda, um espaço destinado aos atendimentos de urgência em Saúde Mental - prioritariamente pacientes em crise, e que após estabilização, são encaminhados pela UPA ou pelo HMA.

Após avaliação no CAPS II, a pessoa identificada com ALTO RISCO em saúde mental e que no momento está com seus sintomas desestabilizados, ficará sob os cuidados da equipe do CAPS II até estabilização. A alta ou transferência de cuidados do CAPS para a APS ocorrerá apenas após:

- Estabilização do quadro do paciente;
- Estratificação de risco classificada como BAIXO RISCO e;
- Mediante discussão do caso em Matriciamento com elaboração conjunta de PTS.

Desde o Acolhimento, inicia-se o processo de entrevistas diagnósticas. Trata-se de um processo dinâmico que se segue ao longo do tratamento e visa identificar não apenas o processo de adoecimento mas também, recursos internos e externos que possam favorecer o restabelecimento do paciente. Após a realização dos primeiros atendimentos, um PTS deve ser elaborado em conjunto com o usuário e seus familiares, com a indicação de intervenções favoráveis ao restabelecimento, podendo envolver recursos disponíveis no CAPS e/ou na Rede Intersetorial.

São atividades e recursos assistenciais do CAPS II:

Atendimentos Individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação,
atendimentos de terapia ocupacional, entre outros)
Atendimento familiar relativo ao acompanhamento do usuário
Atendimentos em grupo: psicoterapêuticos, horta, relaxamento, grupo de acolhida, pintura, oficina em saúde, grupo para elaboração e acompanhamento de PTS, grupo de família e, Arausol (geração de renda)
Atendimentos em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio
Atividades comunitárias focadas na integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social
Visitas domiciliares e institucionais
Medicação assistida, com suporte da equipe de enfermagem e do profissional farmacêutico (apenas quando indicado no PTS)

Em relação às ações territoriais, atua no apoio ao acesso de usuários ao mercado de trabalho, espaços de lazer, educação, esporte e cultura. Atua também através do Apoio Matricial na APS, realização de Visitas Domiciliares, Articulação de Rede com demais serviços da Saúde, com serviços da Assistência Social (CRAS, CREAS, CRAM, Casa de Acolhimento, dentre outros), com serviços da Educação, Conselho Tutelar, com o Judiciário e Organizações não governamentais. Os profissionais do CAPS II participam também de iniciativas em Educação Permanente e de reuniões periódicas com a rede de saúde.

Na promoção em Saúde Mental, participa de eventos com a rede de atenção psicossocial, através da participação em campanhas: Dia da Luta Antimanicomial, Setembro Amarelo, Dia Mundial da Saúde Mental, entre outras.

## **5.2 CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas)**

Inaugurado em 2007, o CAPS AD é um serviço que atende adultos em intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

A equipe do CAPS AD é atualmente composta por coordenação, médicos clínicos, médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais,

enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêutico, auxiliares de serviços gerais, copeira, motoristas e estagiários.

O serviço recebe usuários com encaminhamentos dirigidos de toda a rede municipal de saúde, assistência social, educação, além de outras instâncias, tais como Judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar e demais instituições da sociedade civil. Também recebe usuários por livre demanda, uma vez que se estruturou na intenção de facilitar o acesso ao cuidado.

Em geral são usuários com vínculos sociais bastante fragilizados, com desabilidades sociais e pouco poder contratual e de acesso. Dentro dessa perspectiva, o acolhimento por procura direta do usuário no CAPS AD tem se mostrado bastante efetivo na construção de vínculo do usuário com o serviço, sendo entendido como função permanente. O acolhimento “porta aberta” também possibilita ao usuário o acesso ao serviço em todos os momentos em que o mesmo identifica uma demanda pessoal de tratamento e o atendimento a situações de crise.

As atividades ofertadas são: acolhimento, psicoterapia individual, grupo psicoterapêutico, oficinas terapêuticas, grupos para familiares, atendimento social, atendimento psiquiátrico, atendimento clínico, grupos de referência ou metas, visitas domiciliares, apoio matricial, reuniões de equipe, oficinas de saúde, oficinas na comunidade, consultorias e atividades intersetoriais e prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas.

As ações de apoio matricial propõem a troca de saberes entre a equipe de referência especializada e a equipe de referência no território, contemplando a corresponsabilização entre estas pelo cuidado. Tem por meta a qualificação das equipes da APS, o acesso, acolhimento e acompanhamento do usuário no território, a articulação intra e intersetorial, o estabelecimento de vínculos e a integralidade do cuidado. Além de estabelecer parcerias intersetoriais com outras Secretarias do Município (Esporte e Lazer, Cultura e Turismo, Educação, Trabalho e Emprego) visando o trabalho de reinserção psicossocial, o CAPS AD atua em estreita parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), através das seguintes ações:

- Visitas domiciliares conjuntas com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Centro Referência da Assistência Social (CRAS);
- Cuidado compartilhado à situações de violência com o CREAS e Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM);
- Atendimento à população acolhida na Casa da Cidadania, ou em situação de rua, sendo que um técnico do CAPS AD realiza ações de apoio matricial quinzenalmente junto à equipe multidisciplinar deste serviço, para discussão de casos e elaboração de projetos terapêuticos singulares;
- Acompanhamento de pacientes com vínculos familiares rompidos ou

fragilizados, que se encontram em regime de internamento hospitalar ou outras instituições sociais de acolhimento, em outras localidades;

- Encaminhamentos para os CRAS, dos pacientes com demanda socioassistencial (documentação, transferência de renda das diversas esferas, assistência judiciária, inclusão das famílias em grupos no território);
- Participação, conforme solicitação, nas redes de proteção locais.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) é um equipamento de saúde que se dedica ao cuidado de pessoas adultas com graves transtornos decorrentes e subjacentes ao uso indevido e dependência de substâncias psicoativas ou cuja condição persiste após intervenções na atenção primária.

Sendo a APS a principal ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, cumpre que se supere a lógica da referência/contra-referência e, diante de fenômenos complexos como o adoecimento psíquico relacionado ao uso problemático de álcool e outras drogas, trabalhe-se com o compartilhamento de saberes, com a clínica ampliada e o encaminhamento implicado.

Quando se atua na perspectiva do encaminhamento implicado, a equipe da APS se responsabiliza por estabelecer um endereço para a demanda e acompanha o caso até seu novo destino, sem, no entanto, desligar-se dele. Quando se discute o encaminhamento com o paciente/ família e com a equipe da especialidade, assume-se o compartilhamento do cuidado e potencializam-se as ações. Não se trata meramente de encaminhar de um serviço para outro, mas de articular ações terapêuticas entre diferentes equipes, família e comunidade.

### **5.3 CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil)**

Em âmbito nacional, um dos maiores desafios para a Saúde Mental é a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS (BRASIL, 2005).

No município de Araucária, esta realidade não é diferente. Historicamente, diversas iniciativas de cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico foram realizadas, tendo os CAPS do município, as Unidades de Saúde e o CAPS i do Centro Psiquiátrico Metropolitano do Estado do Paraná como principais serviços prestadores dessa atenção. O município, reconhecendo esta lacuna na atenção e atendendo a reivindicações da sociedade, inaugurou, em outubro de 2017, seu ambulatório de atenção em saúde mental infantojuvenil: O Serviço de Atenção em Saúde Mental à Criança e ao Adolescente (SECRIA).

Em 2023 iniciou-se o processo de transição para habilitar o serviço como CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil) junto ao Ministério da Saúde,

funcionando de acordo com as diretrizes estabelecidas, uma vez que já possui equipe necessária e suficiente para tal finalidade. A equipe atualmente é composta por coordenadora, psicólogas, médicos, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, farmacêutico, assistentes sociais, educadoras sociais, fonoaudióloga, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, copeira e motorista.

Executa ações de cuidado ampliado e com articulação intersetorial. Entende-se que este serviço é um componente fundamental na composição da RAPS e que deve ordenar junto com a APS, as ações de cuidado à criança e ao adolescente acometidos por transtornos mentais graves ou persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Dentre as ações desenvolvidas pelo CAPS i estão:

- Acolhimento inicial: o primeiro atendimento que consiste na escuta qualificada do usuário e familiares que visa identificar as demandas, estabelecer o vínculo inicial e realizar os encaminhamentos necessários;
- atendimentos psiquiátricos: atendimentos psiquiátricos na perspectiva da Atenção Psicossocial, incluindo ações de saúde ampliadas através de discussões de caso em equipe, cuidado compartilhado, visitas domiciliares, articulação com a RAPS;
- atendimentos individuais: atenção terapêutica para o usuário de forma individualizada das diferentes profissões para acompanhamento e cuidado dos usuários, como também para elaboração do PTS e demais ações de tratamento.
- atendimentos em grupo: atendimentos em grupo de acordo com a realidade epidemiológica da população atendida, incluindo Grupos Psicoterapêuticos com crianças, adolescentes e familiares; Grupos Terapêuticos com crianças, adolescentes e familiares e Oficinas terapêuticas voltadas às atividades expressivas e iniciativas de geração de renda;
- atendimentos familiares: atendimentos familiares individuais e/ou em grupo com o objetivo de ofertar espaço de escuta, orientações, apoio mútuo, fortalecimento das relações familiares, estímulo ao protagonismo nas decisões concernentes ao Projeto Terapêutico Singular dos usuários;
- atendimento e consulta domiciliar: ação desenvolvida por profissionais da equipe multiprofissional no local de moradia do usuário e de seus familiares, para conhecimento do seu contexto e de suas relações, assim como para avaliação e acompanhamento dos casos;
- Ações de articulação em Rede: inclui as ações de discussão de caso, participação em reuniões concentradas e reuniões de Rede de Proteção territoriais, ações de matriciamento intersetorial e na Atenção Primária, com atividades conjuntas na assistência e na qualificação das equipes;
- Atendimento a crianças e adolescentes vinculados aos serviços de





Acolhimento Institucional e Familiar, através de consultas ambulatoriais, atenção a situações de crise, visitas domiciliares e estreita articulação entre as equipes.

Quadro 13: Endereços e telefones dos CAPS de Araucária

<p><b>CAPS II:</b> 3614 7700 / 3614 7750 Rua Alfredo Parodi, 30, Centro, Araucária</p>
<p><b>CAPS AD:</b> 3614 7717 Rua Pedro Druszcz, s/n, Centro, Araucária</p>
<p><b>CAPS i:</b> 3614 7658 Rua Lourenço Jasiocha, 865, Centro, Araucária</p>

Fonte: os autores, 2024.

## **CAPÍTULO 6. DEMANDAS DESPERTADAS POR SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIAS, EMERGÊNCIAS, CATÁSTROFES E DESASTRES**

### **6.1 Primeiros Socorros Psicológicos (PSP)**

As situações de violências, emergências, catástrofes e desastres podem ser definidas como situações de extremo estresse, como desastres naturais, acidentes, luto, violências e guerras e podem afetar desde indivíduos e suas famílias até englobar comunidades inteiras.

Assim, os Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) representam ações coletivas e individuais e também de promoção de saúde mental que não precisam ser realizadas apenas por profissionais de Psicologia, mas podem ser realizadas por qualquer pessoa que tenha disponibilidade material e psíquica e o conhecimento em noções de PSP. Representam, portanto, uma resposta humana de apoio (tanto psicológico como social) a indivíduos (crianças ou adultos) que foram expostas a situações de crise grave e que tem por finalidade proteger as pessoas dos danos adicionais derivados desses momentos.

Quadro 14: Tipos de ajuda em primeiros socorros psicológicos

<b>AJUDA PSICOLÓGICA</b>
Escutar as pessoas, sem pressioná-las a falar
Avaliar suas necessidades e preocupações
Oferecer apoio e cuidado
Confortar e ajudar as pessoas a acalmarem-se
<b>AJUDA SOCIAL</b>
Ajudar as pessoas na busca de informações e serviços sociais
Ajudar no suprimento de necessidades básicas imediatas como alimentação, água...

Fonte: os autores, 2023

### **6.2 Quando aplicar os Primeiros Socorros Psicológicos**

Normalmente os PSP são utilizados no primeiro contato com pessoas muito abaladas que sofreram em situações de emergência recentemente, no entanto, os PSP também podem ser aplicados em momentos de crises individuais cotidianas que podem surgir no dia-a-dia dos serviços de assistência. Além disso, também podem

ser utilizados desde imediatamente até dias ou semanas do ocorrido.

Importante reforçar que a pessoa que fornece apoio deve reconhecer seus limites e não exitar em procurar ajuda especializada caso seja necessário. Por exemplo: pessoas que representam risco para si ou para outros; pessoas que não estejam conseguindo cuidar de si ou de seus filhos; pessoas com lesões que necessitem de cuidado médico imediato, etc.

Como em toda relação, é fundamental avaliar a disponibilidade da pessoa a ter acesso a este cuidado. A forma como cada indivíduo vivencia momentos de crise é única de cada sujeito, ou seja, existe uma grande variedade de reações, sentimentos e formas de lidar com essas situações e é fundamental respeitar e não forçar ajuda a alguém que não a deseja.

A ética e a responsabilidade na ajuda também encontram-se no cuidado com a saúde de quem cuida. Assim, é fundamental que quem presta os PSP esteja em boas condições físicas e emocionais.

### **6.3 Como abordar uma pessoa em crise**

A abordagem de uma pessoa em crise deve ser feita de forma cuidadosa e responsável levando-se em consideração a segurança (não gerar risco ou dano e assegurar-se de que esse indivíduo esteja seguro); a sua dignidade (respeitar e agir de acordo com a cultura e as normas sociais daquele sujeito) e os seus direitos (certificando-se de que aquele tem acesso aos seus direitos e ao cuidado de forma justa e equânime).

A atitude da pessoa que presta os PSP é de agir somente em benefício das pessoas que estão precisando do cuidado, deixando de lado preconceitos e preferências pessoais e respeitando o sigilo (se apropriado no caso concreto). Durante um momento de crise, não se deve pressionar as pessoas a falar sobre assuntos em que elas não estejam dispostas a falar, nem forçá-las a receber ajuda. Também é fundamental que não se dêem garantias ou promessas que não se tem certeza de que se concretizem.

Existem três princípios básicos (ou posturas que se deve adotar) ao se colocar em prática os PSP:

Quadro 15: Princípios dos Primeiros Socorros Psicológicos

<b>1. OBSERVAR</b>
<b>2. ESCUTAR</b>
<b>3. APROXIMAR</b>

O primeiro princípio fala da importância de se dedicar tempo para perceber a situação que se apresenta no momento antes de se oferecer ajuda. Essa preparação, por mais breve que seja, ajuda o cuidador a manter-se calmo e seguro, propiciando atitudes mais assertivas e menos impulsivas. É importante verificar questões de segurança e também avaliar pessoas que estejam demonstrando necessidades básicas urgentes e pessoas com reações de estresse psicológico graves. Crianças, pessoas portadoras de necessidades especiais ou com problemas de saúde e minorias sociais fazem parte de uma população em que se deve prestar atenção especial em um momento de crise.

O segundo princípio enfatiza a importância da escuta adequada para as pessoas em crise. Ao se aproximar de alguém, apresente-se pelo seu nome e pergunte se você pode oferecer ajuda. Seja genuíno, sincero e autêntico e tome especial cuidado com relação a comunicação:

Quadro 16: Recomendações para comunicação adequada em PSP

<b>COMUNICAÇÃO ADEQUADA</b>
Fique calmo e mostre compreensão
Mantenha a voz calma e suave
Demonstre que você está ouvindo
Fale de maneira simples
Esteja atento à linguagem corporal, como expressões faciais, contato visual e gestos
Reconheça os sentimentos das pessoas e não faça julgamentos ou comparações injustas
Não fale muito, permita os silêncios
Pergunte sobre necessidades e preocupações das pessoas, definindo prioridades

Fonte: os autores, 2023.

O terceiro e último princípio consiste em aproximar as pessoas de ajuda prática, como acesso a serviços de saúde e sociais, seja de curto prazo para satisfação de necessidades básicas mais urgentes, como abrigos, comida, água e saneamento básico; seja de longo prazo, como o acesso aos serviços de saúde para o cuidado de emergência e o de doenças crônicas. A reaproximação de entes queridos e de apoio social também é fundamental nesse sentido. De todo modo, um dos principais objetivos dos PSP é ajudar as pessoas a reassumir o controle e lidar com seus problemas por si mesmas.

Recentemente quadros de ansiedade vêm se tornando cada vez mais comuns, fazendo parte da rotina dos serviços de saúde e muitas vezes também de setores educacionais e socioassistenciais. Situações de crise, como a recente pandemia da Covid-19 ou os ataques violentos a escolas e creches, podem fazer com que algumas pessoas tenham reações de crise/estresse agudo. Algumas pessoas podem demonstrar confusão mental, angústia e ter reações físicas, tais como taquicardia, suor excessivo, falta de ar, agitação, dores abdominais, dores de cabeça, tremores, náusea e vômitos, dentre outros. Identificado que o indivíduo está apresentando um quadro de ansiedade agudo, pode-se adotar algumas técnicas que podem ajudar a trazer maior tranquilidade:

Quadro 17: Técnicas para atendimento a quadro agudos de ansiedade

1. Mantenha um <b>tom de voz tranquilizador</b>
2. Mantenha <b>contato visual</b> , caso seja apropriado
3. Reforce que a pessoa está <b>segura</b> , e o seu papel como alguém que está lá para <b>ajudar</b> , caso seja apropriado
4. Incentive a pessoa a <b>concentrar-se no ambiente ou em si mesmas</b> , por exemplo: <ul style="list-style-type: none"><li>● Descrever o ambiente a sua volta, procurando por coisas que a pessoa possa tocar, contar, escutar e ver;</li><li>● Tocar e sentir os pés no chão;</li><li>● Concentrar-se na sua respiração, respirando profunda e vagarosamente, fazendo uma pequena pausa (aproximadamente 4 segundos) entre a inspiração e a expiração.</li></ul>

Fonte: os autores, 2023.

A noção dos primeiros socorros psicológicos é importante pois capacita e aprimora o atendimento em situações de estresse e crise, sejam elas de grandes ou pequenas proporções, coletivas ou individuais. Entendemos que o conhecimento de técnicas básicas por profissionais da saúde e principalmente por educadores, pais e pessoas que estejam no ambiente imediato do indivíduo aumenta, sobremaneira, as chances de melhor recuperação em momentos difíceis e diminui o risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos no futuro.



O quadro abaixo traz informações acerca dos telefones que podem ser utilizados em casos de emergências:

SAMU	192
GUARDA MUNICIPAL	153 / 3614-1798
BOMBEIROS	193

## **CAPÍTULO 7. OUTROS TEMAS EM SAÚDE MENTAL CUJA TEMÁTICA JÁ FOI ABORDADA EM LINHAS DE CUIDADO OU PROTOCOLOS ESPECÍFICOS**

### **7.1 Atendimento Psicossocial ao Público LGBTQIA+**

A Política Integral Municipal de Atenção à População LGBT (texto final) de Araucária está em processo de elaboração por um Grupo de Trabalho Intersetorial e será disponibilizado no site da Prefeitura de Araucária quando concluído.

### **7.2 Urgência e Emergência em Saúde Mental**

O Protocolo de Urgências e Emergências Psiquiátricas na Rede de Atenção à Saúde de Araucária pode ser acessado através do seguinte link: <https://araucaria.atende.net/atende.php?rot=1&aca=119&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1637859578304&file=CF71E499091934F3AD3E08A20535481FDD47E2DD&sistema=WPO&classe=UploadMidia>

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 preconiza no Art. 8º que os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência devem ser estabelecidos através dos seguintes serviços:

- SAMU 192
- Sala de Estabilização
- UPA 24 horas
- As portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro
- Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

Ainda discorre no parágrafo 1º que os referidos pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Por sua vez, no parágrafo 2º informa que os pontos de atenção de Urgência e Emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo

nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

No município de Araucária os atendimentos de crises agudas incluem episódios de agitação psicomotora, surto psicótico, ideação suicida e homicida com planejamento, tentativas de suicídios e intoxicação aguda por álcool e substâncias psicoativas. Por vezes estes atendimentos chegam até as unidades de urgência e emergência através do SAMU que pode ser acionado pelos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, por unidades de atendimento da Assistência Social, pelos Serviços de Segurança Pública (GM e PM), por familiares ou populares que presenciaram uma situação de crise aguda em vias públicas ou locais públicos.

Vale ressaltar que os quadros de crises agudas também chegam às unidades de atendimento de urgência e emergência por procura direta do paciente e ou de familiares e amigos que trazem o paciente em sofrimento psíquico.

A equipe médica dos CAPS realiza ações de apoio matricial através de interconsulta e discussão de casos com a equipe de referência na UPA. A prática de apoio matricial na atenção às situações de crise tem por objetivo, além do diagnóstico, a instituição de uma terapêutica especializada e o intercâmbio entre as equipes de referência, qualificando o cuidado ao usuário na rede de urgência e emergência.

#### 7.2.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192)

Nas situações de Urgência e Emergência em saúde mental, em sua maioria o serviço do SAMU é acionado através do número 192. Após acionado, o médico regulador avalia a ocorrência bem como o tipo de ambulância a ser enviada: Bravo ou Alfa.

Pode-se dizer que o SAMU é o primeiro serviço de saúde a iniciar a abordagem e o manejo da pessoa em sofrimento psíquico, o manejo pode ocorrer por contenção verbal, medicamentosa e também contenção mecânica nos casos em que o paciente apresenta resistência à abordagem, agitação psicomotora, comportamento autoagressivo e heteroagressivo. Em algumas ocorrências a Guarda Municipal pode ser acionada para fornecer apoio nas abordagens.

#### 7.2.2 Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24h)

Na UPA, após passar pela triagem, os usuários passarão por avaliação médica e, caso seja necessário, será realizada a contenção química ou mecânica conforme o caso. Simultaneamente, segue-se com anamnese detalhada com familiares, rede de atendimento e com o paciente (se possível neste primeiro momento). Em seguida solicitam-se exames laboratoriais e, em alguns casos, exames de imagem.

Os exames contribuem para o médico identificar situações que exigem



demais cuidados clínicos do paciente em sofrimento psíquico e em alguns casos descartar causas orgânicas que implicam em desorganização psíquica.

Após o diagnóstico sindrômico define-se a linha de cuidado do paciente conforme o que se segue:

Paciente estabilizado do quadro agudo é encaminhado para acompanhamento na rede de atenção psicossocial (Caps AD, Caps II, SECRIA ou UBS); Paciente precisa permanecer em leito na UPA para contenção de risco e manejo para estabilização da crise aguda;

Paciente que não estabiliza do quadro agudo em um curto prazo, é inserido na Central de Leitos Psiquiátricos – CLP, regulada pela Secretaria de Saúde do Estado para aguardar vaga de internamente integral. Até a disponibilidade da vaga pela CLP o paciente permanece na UPA em leito de observação na enfermaria coletiva ou até mesmo em leito de isolamento dependendo do caso.

Para qualificar o atendimento dos pacientes em sofrimento psíquico, a UPA conta com apoio matricial de médicos dos CAPS. O matriciamento tem como objetivo contribuir para a Educação Permanente em Saúde da equipe multiprofissional atuante na urgência e emergência, visando a construção compartilhada de atendimento dos casos de saúde mental.

O matriciamento na UPA ocorre através da visita do médico psiquiatra três vezes por semana. Primeiramente o médico se reúne com a equipe de plantão para discutir casos internados de Saúde Mental e então a equipe da UPA compartilha as informações coletadas (motivo da internação, anamnese, exame do estado físico e mental, histórico, medicações prescritas e evolução). O médico tirará dúvidas da equipe, realizará ajustes de medicações quando necessário e alinhará demais condutas pertinentes a cada caso.

Em alguns casos em que a equipe necessite de uma avaliação mais precisa ou o médico perceba maior complexidade, estes poderão ser avaliados pelo próprio médico “no leito” e depois as decisões e observações sobre o paciente voltam a ser compartilhadas com a equipe da UPA, com vistas ao efetivo processo de Educação Permanente em Saúde.

### 7.2.3 Hospital Municipal de Araucária

#### *Pronto atendimento infantil*

Atende crianças de até 12 anos que apresentem quadros agudos de saúde mental relacionados ou não ao uso de substâncias psicoativas. Após a estabilização do quadro, o caso deve ser encaminhado ao CAPSi via contato telefônico ou outros meios digitais e deve ser enviado e-mail com o resumo da alta ao serviço de referência.

### *Atendimento às gestantes*

Com o objetivo de garantir acesso e assistência adequada às gestantes com transtorno mental de alto risco, relacionados ao não uso de álcool e outras drogas, o Departamento de Atenção Psicossocial conjuntamente com Departamento de Urgência e Emergência define o fluxo que segue:

1. Serviços encaminhadores: CAPS AD, CAPS II e CAPSi, UBS/UBSF em discussão de caso com qualquer um desses serviços, SAMU e procura direta;

2. São critérios para encaminhamento da gestante ao Pronto Socorro Obstétrico do HMA:

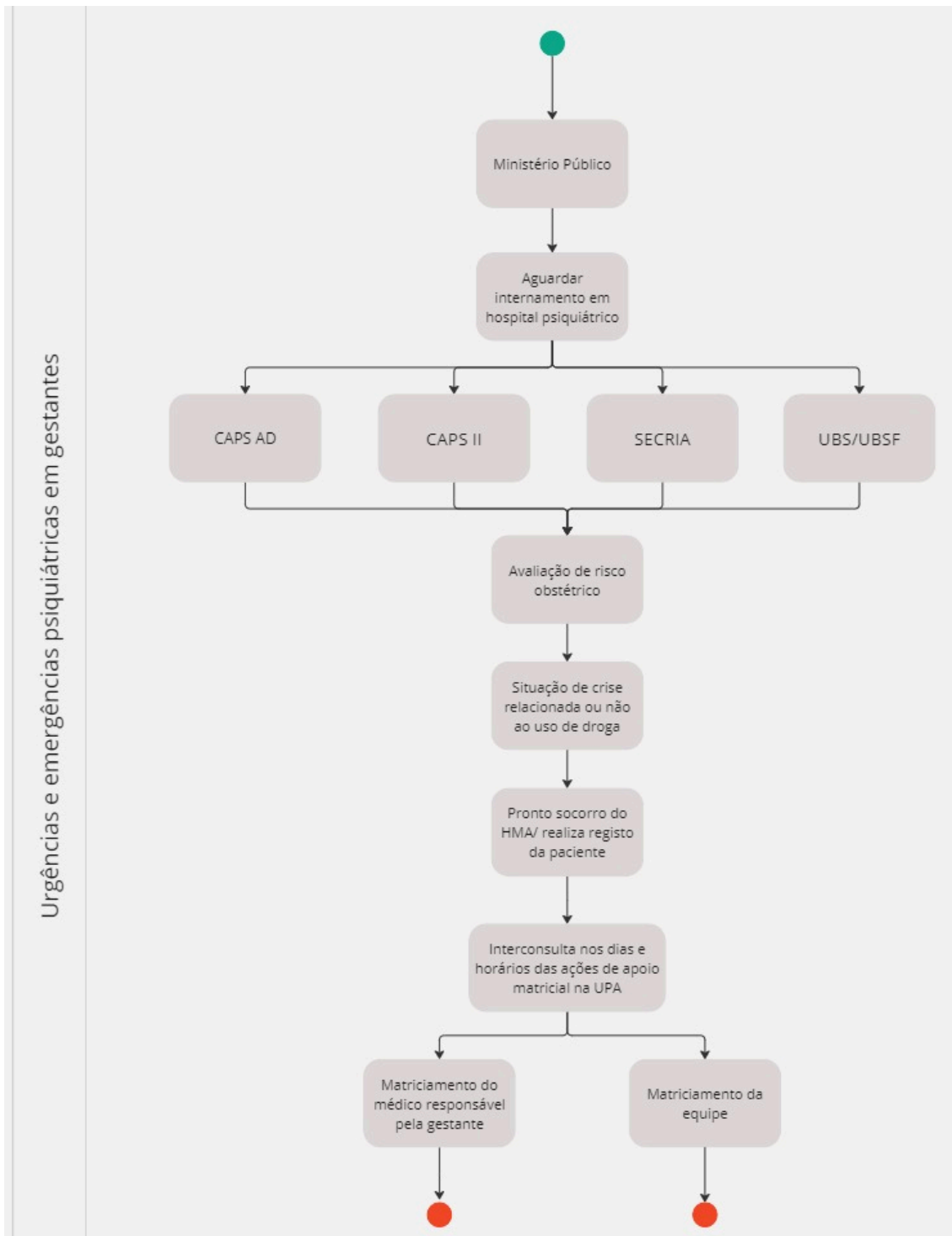
1. Gestantes com demandas de ministério público que aguardam internação em hospital especializado em psiquiatria;
2. Gestantes em situação de crise relacionada ou não ao uso de álcool e outras drogas, e
3. Gestantes para avaliação de risco obstétrico.

3. Preferencialmente a abordagem e o manejo da gestante com demanda psiquiátrica deve acontecer conjuntamente com a psicóloga e/ou assistente social do hospital, e estas mantenham o acompanhamento da gestante durante todo período de permanência no hospital;

4. As equipes dos CAPS AD, CAPS II e CAPSi, darão suporte através de contato telefônico e demais meios digitais durante o período de atendimento;

5. O médico de um dos serviços de Atenção Especializada em Saúde Mental do município realizará matriciamento do médico responsável pela gestante e equipe através de interconsulta nos dias e horários das ações de apoio matricial na UPA

Figura 2: Fluxograma para atendimento das Urgências e Emergências Psiquiátricas em Gestantes



Fonte: Fluxo para atendimento das urgências/emergências psiquiátricas em gestantes, Departamento de atenção psicossocial, SMSA, PMA, 2020.

### *Leitos de Saúde Mental*

O ponto de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas deve oferecer suporte, por meio de internações de curta duração, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curta permanência.

Pressupõe a oferta de tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. Visando a integração com o Ponto de Atenção Hospitalar, o DAPS, em parceria com as equipes dos CAPS, desenvolveu uma proposta de implantação de leitos de internamento de curta duração no Hospital Municipal de Araucária em cumprimento à Portaria GM nº 1612 de 9 de setembro de 2005.

Embora não existam oficialmente leitos destinados à psiquiatria neste equipamento, há uma diversidade de casos e ações onde condutas são integradas com o hospital. Nestas circunstâncias há discussão dos casos de modo individualizado com as equipes. Nas situações que evidenciam agudização de sintomas psíquicos com indicação para tratamento em regime de internamento integral em psiquiatria, conta-se hoje com a estrutura da Unidade de Regulação de Leitos Psiquiátricos do Estado que disponibiliza vagas, conforme indicação médica e solicitação.

O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente.

### **7.3 Acumulação compulsiva de objetos e animais**

O Protocolo de Atenção à Pessoa em Situação de Acumulação pode ser acessado através do seguinte link:  
<https://araucaria.atende.net/atende.php?rot=1&aca=119&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1673032848783&file=41E16871FEDB9862637FEF9139B167257C9045B2&sistema=WPO&classe=UploadMidia>.

## **CAPÍTULO 8. REDE INTERSETORIAL AMPLIADA**

### **8.1 Saúde**

#### **8.1.1 CET**

O CET, Centro de Especialidades Terapêuticas “Bebê de Risco”, é um ambulatório especializado multiprofissional para o atendimento a crianças de 0 a 3 anos 11 meses e 29 dias, com fatores de risco no desenvolvimento neuropsicomotor. Esta equipe atua desde 2010 e é o serviço carinhosamente conhecido na rede como “Centrinho”.

Sua equipe atualmente consta de médica pediatra, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem, coordenadora e equipe de apoio. Está localizado na Travessa Estanislau Grebos, s/n e seus telefones são 3614-7710 e 3614-7705.

#### **8.1.2 SSE**

O Serviço de Saúde Especial (SSE) tem como função a assistência em nível de Atenção Especializada em habilitação e reabilitação direcionada a pacientes com deficiência intelectual de grau moderado, grave, severo/profundo, associado ou não a outras deficiências físicas, sensoriais e/ou múltiplas deficiências.

As ações organizam-se, especialmente, na construção de planos terapêuticos interdisciplinares (reabilitação/habilitação), dando suporte às famílias, reforçando seu empoderamento sobre as capacidades e habilidades no cuidado com a pessoa com deficiência, buscando autonomia e protagonismo frente a sua inclusão nos espaços sociais, educacionais, de lazer e de trabalho, com vistas à melhoria da qualidade de vida de toda a família. Esse acompanhamento acontece a partir das necessidades de cada indivíduo, considerando o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, bem como os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos.

Atende crianças a partir de 4 anos e atua nas dependências do CMAEE-AI Rua Maria de Lourdes Grabowski Kampa, 70. Sua equipe conta com auxiliar de consultório odontológico, auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, neuropediatra, pediatra, psicóloga e terapeuta ocupacional.

#### **8.1.3 CPATT**

O Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais - CPATT, vinculado ao CRE Metropolitano, disponibiliza atendimento dentro do Processo Transsexualizador. Este serviço tem o objetivo de acompanhamento ao usuário no processo de

adequação física e/ou social à identidade de gênero vivida por pessoas transexuais e travestis.

O usuário deverá solicitar o encaminhamento na unidade básica de saúde de sua região. A idade mínima é 18 anos completos. O serviço realiza apenas procedimentos ambulatoriais de hormonioterapia e acompanhamento psicológico dentro do processo transexualizador.

Sendo um serviço especializado, de caráter eletivo, o serviço solicita que não priorizem os usuários em fila de espera e orienta que situações especiais sejam discutidas previamente com a equipe do ambulatório através do telefone (41) 3304-7567.

#### 8.1.4 Consultório na Rua

A Estratégia do Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condição de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Em junho de 2023 o município de Araucária passou a contar com mais este recurso, que possui veículo exclusivamente destinado a esta finalidade e inicialmente vai funcionar com dois profissionais de saúde e no período noturno (das 17:30h às 21:30h). Há previsão de ampliação da equipe e também que o serviço funcione alguns dias em período diurno.

De acordo com dados fornecidos pela Secretaria de Assistência Social, em junho de 2023 a população em situação de rua em Araucária chegava a quase 300 pessoas. O serviço, inaugurado pela SMSA e provisoriamente sob a supervisão do DAPS (Departamento de Atenção Psicossocial), foi implementado para garantir o acesso desta população aos serviços de saúde e ao sistema de garantia de direitos.

## 8.2 Estratégias de Reabilitação Psicossocial

### 8.2.1 Iniciativas de Geração de trabalho e renda

As estratégias de reabilitação psicossocial são compostas por iniciativas de geração de trabalho e renda/ empreendimentos solidários/cooperativas sociais. São as ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

### 8.2.2 Associação Dr. Régis Viola

A Associação Dr. Régis Viola é uma entidade civil, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, com atividades no município de Araucária/PR. A Associação foi fundada em 13 de novembro de 2003 pelos(as) usuários(as) do CAPS II, seus familiares, trabalhadores(as) e simpatizantes da causa da saúde mental.

A Associação tem como objetivo principal o fortalecimento da saúde mental no município de Araucária, sendo seus(as) atuais participantes usuários(as) e seus familiares que frequentam os seguintes serviços de saúde do SUS do município: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD), Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) e a Clínica de Especialidades Terapêuticas (CET).

Na trajetória do trabalho em saúde mental no município de Araucária vários empreendimentos ligados à geração de trabalho e renda foram desenvolvidos. Todavia, mesmo com o apoio da Associação Dr. Régis Viola e apresentando um forte impacto no processo de reabilitação psicossocial dos(as) usuários(as) envolvidos(as), infelizmente, por falta de investimento, esses empreendimentos se demonstraram frágeis e de pouca sustentabilidade, restringindo-se, portanto, ao modelo de uma oficina terapêutica.

Diante dessa realidade e constatando que um dos grandes desafios identificados no campo da saúde mental consistia na (re)inserção social dos(as) seus(as) usuários(as) por meio do trabalho, houve o constante desejo destes(as) e dos(as) trabalhadores(as) da saúde mental do município de Araucária/PR de um projeto que não ficasse restrito ao espaço do CAPS e que pudesse gerar trabalho e renda para os seus envolvidos.

Frente a esse enorme desafio, em meados de 2018 um grupo de usuários(as) e trabalhadores(as) participantes da Associação iniciaram um projeto relacionado ao reaproveitamento de resíduos das indústrias têxteis. A partir de uma parceria com a Secretaria de Trabalho e Emprego, três máquinas de costura retas foram cedidas e assim, nasceu o projeto “Arausol”.

Inspirado pelo projeto Arausol do CAPS II, os(as) usuários(as) e trabalhadores(as) do CAPS AD iniciaram em Abril de 2019 um projeto de horta sem o uso de agrotóxicos nas dependências do terreno do CAPS AD seguindo os princípios da Economia Solidária. Em 2022 o ainda SECRIA inicia uma Oficina de Suculentas, que em 2023 ganha então contornos de uma iniciativa de geração de renda, passando a participar de eventos e feiras juntamente aos demais serviços.

#### Arausol

A Arausol é um projeto da Associação Dr. Régis Viola - vinculado aos CAPS II - de geração de trabalho e renda voltada para usuários e seus familiares em

acompanhamento nos serviços de saúde mental do Município de Araucária. Tem como base os princípios da economia solidária e estrutura-se enquanto cooperativa. Opera reaproveitando resíduos têxteis para a confecção de artigos diversos para casa, produtos pets, etc. O projeto está vigente desde julho de 2018 nas dependências do CAPS II do Município e seu principal objetivo é a reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico, bem como a quebra de preconceitos e estigmas relacionados à saúde mental.

Ademais, foram feitas parcerias com a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de Curitiba e Região Metropolitana (LIBERSOL), divulgação online dos produtos, participação em bazares em Araucária e Curitiba e participação dos(as) usuários(as) em atividades de formação educacional voltada à Economia Solidária, Direitos sociais e formalização de empreendimentos.

#### Hortasol

Com início em Abril de 2019, a Hortasol - um projeto de horta sem o uso de agrotóxicos nas dependências do terreno do CAPS AD - segue os princípios da Economia Solidária. Trata-se de um modo de produção baseado na igualdade, autogestão e divisão justa de trabalho, propondo uma alternativa para a geração de trabalho, renda e dignidade (SINGER, 2008). Diferentemente do modo convencional de produção, no qual os meios de produção são de posse de uma única pessoa ou família, na Economia Solidária os meios de produção são de posse coletiva de todos os participantes.

Desta forma, o andamento de todo o projeto elaborado, a divisão de tarefas, as responsabilidades, a comercialização de bens e serviços, os lucros e dividendos, todas estas etapas são responsabilidades de todos(as). Tais características são contrárias ao que prevalece em empreendimentos heterogestionários, em que os que desempenham tais funções têm autoridade sobre os(as) demais (SINGER, 2009).

Na Economia Solidária, portanto, a autogestão é o seio dos empreendimentos, os quais são direcionados por todos os participantes, incentivando a construção de outras relações sociais, emancipadoras e equitativas.

Em resumo, destacam-se os seguintes valores da Economia Solidária:

- posse e/ou controle coletivo dos meios de produção, distribuição, comercialização e crédito;
- gestão democrática, transparente e participativa dos empreendimentos econômicos e/ou sociais;
- distribuição igualitária dos resultados (sobras ou perdas) econômicos dos empreendimentos.



### **8.3 Assistência Social**

#### **8.3.1 CRAS**

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) organiza-se através de uma rede de proteção social, podendo esta ser básica (CRAS) ou especial (CREAS), no que apresentam especificidades.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e Distrito Federal. Dada sua capilaridade nos territórios, se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social. Vinculado ao trabalho dos CRAS ocorrem os serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, executados nas próprias unidades e também nos adolescentos e também o serviço de convivência para pessoas idosas, também realizado nas unidades e também no Centro de Convivência da Pessoa Idosa.

É pois, através dos CRAS que são desenvolvidas as ações continuadas relativas ao PAIF - serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - que integra o nível de proteção social básica do SUAS, através da promoção dos meios necessários para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, prevenir a ruptura de seus vínculos, bem como também o acesso aos seus direitos de cidadania e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida, mediante as seguintes ações:

- Acolhimento individual ou familiar;
- acompanhamento em serviços socioeducativos, de convivência ou através de ações socioassistenciais;
- encaminhamentos para a rede de proteção social existente no território e para os demais serviços das outras políticas sociais e;
- orientação e apoio na garantia de direitos de cidadania e de convivência familiar e comunitária.

Quem é atendido pelo CRAS?

Toda família que se encontra em situação de risco social e precisa de orientações relacionadas ao trabalho de assistentes sociais pode procurar o CRAS para ser atendida.

O público atendido pelos profissionais é formado principalmente por:

- Homens e mulheres em condição de desproteção social;
- Idosos;
- Crianças retiradas do trabalho infantil;

- Pessoas cadastradas no Cadastro Único;
- Cidadãos com deficiência;
- Indivíduos cadastrados no Benefício de Prestação Continuada (BPC) e;
- Beneficiários de programas sociais, como Bolsa Família.

### 8.3.2 CREAS

O CREAS é a unidade pública estatal de abrangência municipal ou regional que tem como papel constituir-se em lócus de referência, nos territórios, da oferta de trabalho social especializado no SUAS a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos.

O perfil dos usuários atendidos pelo CREAS caracteriza-se pela situação de risco social ou pessoal, nas quais seus direitos foram violados ou ameaçados. Cita-se alguns exemplos: abuso sexual, violência física ou psicológica, o abandono ou afastamento do convívio familiar, evidenciando-se o rompimento ou fragilização desses vínculos.

#### **Contato telefônico:**

Para ter acesso aos contatos telefônicos atualizados dos CREAS de Araucária, indicamos o *Site* Portal do Cidadão da Prefeitura de Araucária:

<https://araucaria.atende.net/cidadao>

E digitar CREAS no campo de acesso presente em **Prefeitura» Lista de Ramais Vinculado** ao trabalho do CREAS estão as unidades de atendimento especializado, a saber, o CRAM, o COMSE e o Centro Pop, apresentados a seguir.

### 8.3.3 CRAM

Os Centros de Referência são espaços de acolhimento/atendimento psicológico, social, orientação e encaminhamento jurídico à mulher em situação de violência, que proporcione o atendimento e o acolhimento necessários à superação da situação de violência ocorrida, contribuindo para o fortalecimento da mulher e o resgate da sua cidadania.

### 8.3.4 COMSE

O COMSE realiza o acompanhamento do cumprimento das medidas socioeducativas de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviço a Comunidade, que se fundamenta no atendimento especializado, na escuta qualificada, no acompanhamento dos adolescentes e de suas famílias de forma integrada aos demais serviços socioassistenciais e às políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, cultura, esporte e lazer.

### 8.3.5 CENTRO POP

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua constitui-se em uma unidade de referência da PSE de Média Complexidade, de natureza pública e estatal. Diferentemente do CREAS, que atua com diversos públicos e oferta, obrigatoriamente, o PAEFI, o Centro POP volta-se, especificamente, para o atendimento especializado à população em situação de rua, devendo ofertar, obrigatoriamente, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

### 8.3.6 Acolhimento Institucional

Os serviços de acolhimento institucional integram os serviços de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social atuando de forma a suportar os casos atendidos nos CRAS, CREAS e unidades especializadas, de forma integrada ao Sistema de Garantia de Direitos, que engloba, dentre outros, Conselho Tutelar, Segurança Pública, Ministério Público, dentre outros. Os serviços de acolhimento municipais acolhem crianças, famílias, idosos, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, seja em unidades próprias (Casas 1, 2 e Casa da Cidadania), seja na rede privada referenciada.

## 8.4 Conselho Tutelar

O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos na Lei 8069/90 ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente). Fundamental para a garantia dos direitos das crianças e adolescentes, sua atuação é pautada na defesa e promoção dos direitos, recebendo e encaminhando denúncias de violações dos direitos infantojuvenis, além de atuar preventivamente em situações de risco.

O Conselho Tutelar está vinculado ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA foi criado pela Lei Municipal Nº 1109/1997. O CMDCA é um órgão consultivo, deliberativo, normativo, controlador e fiscalizador das ações de atendimento à infância e à juventude no âmbito municipal. O CMDCA é vinculado administrativamente à SMAS - Secretaria Municipal de Assistência Social. Assim, o Conselho Tutelar deverá apresentar mensalmente relatório de suas atividades do mês findo ao CMDCA.

<b>Conselho</b>	<b>Endereço</b>	<b>Telefone</b>
Conselho Tutelar Leste	Rua Ceará, 15, Cachoeira	Fixo: 3614 1784 (08h às 17h) Plantão 24h: 9 99221323
Conselho Tutelar Oeste	Rua Joaquina Tonchak, 880 - Pequim	Fixo: 3614 1794 (08h às 17h) Plantão 24h: 9 99221343

## **9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante este percurso de quase dois anos, o DAPS, através da Secretaria Municipal de Saúde, vislumbrou outras possibilidades de atuação, sempre atento às transformações pelas quais passam a sociedade. Dentre elas, podemos citar o Grupo de Trabalho Prevenção da Mortalidade por Suicídio de Araucária com início das atividades em junho de 2022. A criação deste GT (vinculado à CT de Saúde Mental) encontra eco no Plano Municipal de Saúde, em busca da Diretriz Fortalecimento da Rede Municipal de Saúde, com o objetivo de Qualificar a Rede de Atenção Psicossocial, através das metas 35 e 36, quais sejam: Reduzir internamentos por tentativa de suicídio de moradores de Araucária e Reduzir a taxa de mortalidade por suicídio.

Outra iniciativa do DAPS foi o cadastramento de propostas das Residências em Saúde. Através da Secretaria Municipal de Saúde, foi realizado em 2022 o Credenciamento Provisório junto ao MEC para Residência Médica - Programa de Psiquiatria. Neste momento o município aguarda visita técnica da CEREM-PR para confirmação do credenciamento provisório, para então proceder com as demais etapas. Em paralelo, o DAPS também enviou proposta de parceria com a Escola de Saúde Pública do Paraná para habilitar o município a ser campo de estágio da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, e neste momento também aguarda resolução do mérito.

Vale ressaltar também a criação de um grupo técnico em junho de 2023, a partir da observação de uma necessidade crescente de melhorar a articulação de rede para discussão dos casos de gestantes em alto risco relacionados à saúde mental (principalmente aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas). Este grupo teve origem de forma orgânica e contou desde o início com membros da Saúde - incluindo DAPS, DAP, HMA, entre outros -, Secretaria de Assistência Social e Conselho Tutelar. Já na segunda reunião foi percebido se tratar de uma Rede de Proteção Especial das Gestantes em Risco de Saúde Mental, e está em vias de ser oficializada.

Assim, é com muita satisfação que concluímos este trabalho, um documento escrito a muitas mãos e corações, alinhados na perspectiva de uma saúde mental crítica, participativa e para todos. Sabemos que ainda existe um longo trabalho pela frente, mas temos certeza de que contamos com profissionais sérios, comprometidos com os valores do SUS e que buscam construir bases sólidas para que se ergam as mudanças necessárias à melhoria dos serviços para a população.

## 10. REFERÊNCIAS

ARAUCÁRIA. Prefeitura Municipal. **Projeto de Implantação da RAPS no Município de Araucária**. Araucária, PR: Prefeitura Municipal de Araucária, 2018.

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

BASSO, A. [et.al]. **Matriciamento psiquiátrico na UPA**: Atendimento de saúde mental na Urgência e Emergência Clínica. 2022.

BELLANDI, C. GOMES, I. **IBGE divulga uma década de informações sobre a saúde dos escolares**. 2022. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34340-ibge-divulga-uma-decada-de-informacoes-sobre-a-saude-dos-escolares>>. Acesso em: 08 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relato\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental\\_relatorio.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336/GM/MS, 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 12 dez. 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 14/ GM/ MS, 29 de Julho de 2002**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/poc0014\\_03\\_08\\_2022.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/poc0014_03_08_2022.html)>  
. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:  
<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)>.  
Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:  
<<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:  
<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:  
<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)>.  
Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:  
<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/171\\_direitos\\_usuarios.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/171_direitos_usuarios.html)>. Acesso em: 24 fev. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088/GM/MS, 23 de janeiro 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_re\\_p.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_re_p.html)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:  
<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2023.



BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção básica: Saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_me\\_ntal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_me_ntal.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_ad\\_olescen\\_tes\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_ad_olescen_tes_sus.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_estrategico\\_cuidado\\_pessoas\\_nece\\_ssidades.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_nece_ssidades.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Sistema para Detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas:** Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2016. Disponível em: <[https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9\\_Guia.pdf](https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Guia.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Transtorno do espectro autista (TEA) na criança.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <[https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/unidade\\_de\\_atencao-primaria/definicao-tea/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/unidade_de_atencao-primaria/definicao-tea/)>. Acesso em: 31 ago. 2022.

CAMPOS, G; DOMITTI, A. **Apoio Matricial e Equipe de referência:** uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8yjdjMRCQj/#>>. Acesso em: 12 dez. 2023.

CAMPOS, G.; CUNHA, G.; FIGUEIREDO, M. **Práxis e Formação Paideia:** apoio e gestão em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CECCIM, R.; MACHADO, N. **Contato domiciliar em Saúde Coletiva.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

CURITIBA, Prefeitura Municipal. **Diretrizes institucionais dos centros de atenção psicossocial.** Curitiba, PR: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018. Disponível em: <<https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-especializada/saude-mental.html>>. Acesso em: 12 dez. 2023.





CURITIBA, Prefeitura Municipal. **Linha Guia da Saúde Mental**. Curitiba, PR: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018. Disponível em:

<<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Linha%20Guia%20Saude%20Mental%20SM%20Curitiba.PR.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2023.

DINIZ, A. **Projeto Terapêutico Singular**: tecendo o cuidado integral na atenção básica e psicossocial. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.

GARCIA, P.; REIS, R. **Redes de atenção à saúde**: Rede de atenção psicossocial - RAPS. São Luiz do Maranhão: Universidade Federal do Maranhão (EDUFMA), 2018. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7823685/mod\\_resource/content/1/Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20-%20RAPS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7823685/mod_resource/content/1/Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20-%20RAPS.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2023.

GONÇALVES, D. [et.al.] **Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária**: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, mar, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/q37TMyXRjLhniN4GMGDWwbQ/?format=pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2023.

IGLESIAS, A. AVELLAR, L. **Matriciamento em Saúde Mental**: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 4, pp. 1247-1254. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>>. Acesso em: 24 mai. 2022.

MANN, C. G. **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**: no Cuidado em Saúde Mental. Disponível em: <<https://blog.cenatcursos.com.br/projeto-terapeutico-singular-pts-no-cuidado-em-saude-mental/#:~:text=O%20cuidado%20em%20sa%C3%BAde%20mental,mas%2C%20princi%20palmente%2C%20atrav%C3%A9s%20do%20olhar>>. Acesso em: 21 jun. 2022.

OLIVEIRA, P. **Economia solidária [Entrevista]**: Entrevista com Paul Singer. Estudos Avançados. São Paulo, SP: 2008, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/WYVnc8gJVQYFDnrCgbZxjCG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 dez. 2023.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. **Oficina do APSUS**: Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde. Oficina 8 - Saúde Mental. Curitiba: SESA, 2014.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. **Instrutivo para Aplicação do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental**. Disponível em: <<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@43bbda91-2e97-4461-9799-bcd751927f3e&emPg=true>>. Acesso em:

16 nov. 2021.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, Prefeitura. **Protocolo de tratamento de transtornos desafiador opositor e transtorno de conduta:** Risperidona. Disponível em: <[https://saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/arqufunc/2018/risperidona\\_to\\_d.pdf](https://saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/arqufunc/2018/risperidona_to_d.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2022.

SUZANO, Prefeitura Municipal. **Linha de Cuidado da Rede de Atenção Psicossocial de Suzano-SP.** Suzano, SP: Prefeitura Municipal, 2021. Disponível em: <https://suzano.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Protocolo-Geral-RAPS-final.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2023.

## 11. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Linha Guia de Saúde Mental do Município de Araucária			
Edição	Elaborado por (Nome/data)	Aprovado por (Nome/data)	Descrição da Edição
01	Câmara Técnica de Saúde Mental	Comissão Gestora das Câmaras Técnicas Processo nº 124.805/2023	Elaboração da Linha Guia

**ANEXO 1: PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR**



**Prefeitura do Município de Araucária**  
Secretaria Municipal de Saúde

**PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR**

**NOME:** \_\_\_\_\_ **IPM:** \_\_\_\_\_

**Hipótese Diagnóstica:** \_\_\_\_\_

**UBS:** \_\_\_\_\_

**Equipe de referência:** \_\_\_\_\_

**DEMANDA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBJETIVOS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ESTRATÉGIAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Reavaliação em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## ANEXO 2: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3
	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09		Data da notificação
	4	UF	5	Município de notificação	
					Código (IBGE)
	6	Unidade Notificadora			
		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros		Código Unidade	9
7		Nome da Unidade Notificadora		Data da ocorrência da violência	
8		Unidade de Saúde		Código (CNES)	
Notificação Individual	10		Nome do paciente		11
					Data de nascimento
	12	(ou) Idade	13	Sexo	14
			<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado		Gestante
			<input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		15
			<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		Raça/Cor
16		Escolaridade			
		<input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica			
17		Número do Cartão SUS		18	
				Nome da mãe	
Dados de Residência	19	UF	20	Município de Residência	
					Código (IBGE)
	21		Distrito		
	22		Bairro		23
			Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	24		Número		25
		Complemento (apto., casa, ...)		26	
		Geo campo 1			
27		Geo campo 2		28	
		Ponto de Referência		29	
		CEP			
30		(DDD) Telefone		31	
		Zona		32	
		<input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		Pais (se residente fora do Brasil)	
<b>Dados Complementares</b>					
Dados da Pessoa Atendida	33		Nome Social		34
					Ocupação
	35		Situação conjugal / Estado civil		
			<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
36		Orientação Sexual		37	
		<input type="checkbox"/> 1- Heterossexual <input type="checkbox"/> 3- Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		Identidade de gênero:	
		<input type="checkbox"/> 2- Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> 3- Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
38		Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39	
		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?	
		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
		<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência	
					Código (IBGE)
	42		Distrito		
	43		Bairro		44
			Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	45		Número		46
		Complemento (apto., casa, ...)		47	
		Geo campo 3		48	
		Geo campo 4			
49		Ponto de Referência		50	
		Zona		51	
		<input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
52		Local de ocorrência		53	
		<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção		Ocorreu outras vezes?	
		<input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 09 - Outro		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
		<input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		54	
		A lesão foi autoprovocada?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	

SVS 03.06.2015

Violência	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	<b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espandamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da agressão	<b>59</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	<b>60</b> Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	<b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<b>62</b> Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
Encaminhamento	<b>63</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	<b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	<b>68</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
<b>69</b> Data de encerramento			
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
<b>Observações Adicionais:</b> _____ _____ _____			
<b>TELEFONES ÚTEIS</b> <b>Disque-Saúde</b> 0800 61 1997 <b>Central de Atendimento à Mulher</b> 180 <b>Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes</b> 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		
	Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
Nome _____		Assinatura _____	
Função _____			
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 03.06.2015			



### ANEXO 3: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL



ESTADO DO PARANÁ Secretaria de Estado da Saúde – SESA Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS Divisão de Atenção à Saúde Mental - DVSAM			
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL			
Nome do usuário:		Número de Prontuário:	
Ocupação:			
Nome e inscrição profissional (profissional que realizou atendimento):			
Serviço de saúde:		Data:	
Instruções de preenchimento <sup>1</sup> :			
1) Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses;			
2) Todos os grupos devem ser preenchidos;			
3) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma;			
4) Realize a somatória dos números circulados;			
5) 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
	Ideação suicida sem planejamento	0	4
	Ideação suicida com planejamento <sup>2</sup> ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	0	10

<sup>1</sup> Realizada preferencialmente pelo profissional de nível superior e vinculada à elaboração do plano de cuidados e/ou ao Projeto Terapêutico Singular.

<sup>2</sup> Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência

	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
<b>GRUPO II</b>	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
	<i>Delirium tremens</i> (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
<b>GRUPO III</b>	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
<b>GRUPO IV</b>	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	
	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

<b>GRUPO V</b>	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	<b>PONTUAÇÃO TOTAL:</b> <b>ESTRATIFICAÇÃO:</b>
42 a 70	MÉDIO RISCO	
72 a 240	ALTO RISCO	
<b>Condições Especiais</b>	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.	
<b>Eventos agudos</b>	Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico.	

Autoria de Aline Pinto Guedes, Débora de F. Guelfi Waihrich, Flávia Caroline Figel, Júlia Eliane Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela da Costa Souza, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Suelen Leticia Gonçalo, Vanessa Carvalho de Souza Leal Wladimir Cid Bastos Gonçalves.

Colaboração: Técnicos das regionais de saúde e COSEMS.



## ANEXO 4: ATA DE APROVAÇÃO DA LINHA GUIA DE SAÚDE MENTAL

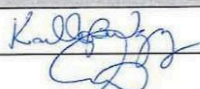

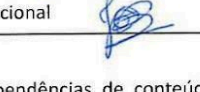


### ATA DE REUNIÃO Câmara Técnica de Saúde Mental - Nº. 06/2023

**Data da reunião:** 19 de dezembro de 2023 **Início:** 8h30  
**Local:** Sala de reuniões do NEPES **Término:** 11h00  
**Pauta:** 1 - Revisão final da Linha Guia para posterior envio ao NQS;  
2 - Linha de Cuidado Depressão no adulto.

#### Discussão:

No dia dezenove de dezembro de dois mil e vinte e três, das 8h30 às 11h00, na sala dois do NEPES, realizou-se a reunião da Câmara Técnica de Saúde Mental, com as seguintes participações:

Lista de presença	
Karlla Beatriz Wiezzer	RTG psicologia 
Ana Carolina de Souza Leskovar	assessora DAPS 
Nouey Staldiff Lourenço	Assistente Social 
Thais Paim Marinho	Psicóloga 
Luís Fernando dos Santos Farias	Psicólogo 
Jhenifer Geisa Burnagi	Terapeuta Ocupacional 

A reunião foi iniciada com deliberações sobre as pendências de conteúdo, diagramação e formatação da Linha Guia da Saúde Mental de Araucária que foram apontadas após reunião com Alexandra Tomé, do Comitê Gestor das Câmaras Técnicas.

O documento foi aprovado por unanimidade pelos membros da Câmara Técnica presentes à reunião.

Secretaria Municipal  
de Saúde

+55 41 3614-1470  
smsa@araucaria.pr.gov.br  
Rua Pedro Druszczyk, 111, 2º Andar - Centro  
CEP 83702 080 - Araucária / PR

Discutidas as possibilidades de recomposição da Câmara Técnica de Saúde Mental. Membros indicados por DAPS, DAP e DAE no último ano solicitaram desligamento, e novas indicações devem ser realizadas até a próxima reunião.

Decidiu-se iniciar o trabalho sobre a Linha de Cuidado da Depressão no Adulto na próxima reunião da Câmara Técnica de Saúde Mental, a ser realizada em trinta de janeiro de dois mil e vinte e quatro.

**Quadro – Plano de ação**

Ação	Responsável	Prazo
Enviar nomes dos membros da CT Saúde Mental indicados por DAE, DAP e DAPS	todos	

Não havendo mais assunto a tratar lavra-se esta Ata.



**Secretaria Municipal  
de Saúde**

+55 41 3614-1470  
smsa@araucaria.pr.gov.br  
Rua Pedro Druszczyk, 111, 2º Andar - Centro  
CEP 83702 080 - Araucária / PR