23/04/2024

Número: **5000069-24.2024.8.08.0028**

Classe: **AÇÃO CIVIL PÚBLICA**
Órgão julgador: **Iúna - 1ª Vara**
Última distribuição : **16/01/2024**
Valor da causa: **R$ 100.000,00**
Assuntos: **Abuso de Poder**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DEFENSORIA PUBLICA DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO (AUTOR)	
MUNICIPIO DE IUNA (REU)	
MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO (CUSTOS LEGIS)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36514813	16/01/2024 19:34	Petição Inicial	Petição Inicial
36514815	16/01/2024 19:34	PROPAC_PP000105_2023	Documento de comprovação
36514816	16/01/2024 19:34	4 - Anexo 3 - Elementos do Estado_compressed-1-21	Documento de comprovação
36514817	16/01/2024 19:34	4 - Anexo 3 - Elementos do Estado_compressed-23-60	Documento de comprovação
36514818	16/01/2024 19:34	4 - Anexo 3 - Elementos do Estado_compressed-61-160	Documento de comprovação
36514819	16/01/2024 19:34	4 - Anexo 3 - Elementos do Estado_compressed-161-260	Documento de comprovação
36514820	16/01/2024 19:34	4 - Anexo 3 - Elementos do Estado_compressed-261-362	Documento de comprovação
36532512	17/01/2024 12:25	Certidão - Conferência Inicial	Certidão - Conferência Inicial
40346766	26/03/2024 18:13	Decisão	Decisão
41194925	11/04/2024 15:52	Intimação eletrônica	Intimação eletrônica
41324369	15/04/2024 11:01	Ciência de decisão	Petição (outras)
41346913	15/04/2024 14:03	Edital - Citação	Edital - Citação

DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESPÍRITO SANTO

AO DOUTO JUIZO DE DIREITO DA VARA DE FAZENDA PÚBLICA MUNICIPAL DE IÚNA /ES

Saúde mental. Número insuficiente de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ausência de CAPS I. Parâmetros normativos vigentes desde 2002 e 2012. Omissão injustificável. Controle de políticas públicas. Possibilidade de intervenção do Poder Judiciário reconhecida pelo STF - Tema nº 698 (RG). Direitos de pessoas com deficiência. Prioridade de tramitação, art. 9º, VII, da Lei 13.146 de 2015. Pedido de Liminar.

A **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**, nos termos do art. 1º, III, art. 5º e art. 134 da CRFB/88 c/c Lei nº 10.216 de 2001 e disposições da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, vem, mui respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, com fulcro no art. 1º, IV e art. 5º, II da Lei n.º 7.347/1985, art. 4º, XI, da Lei Complementar Federal nº. 80/94, e art. 3º da Lei n.º 7.853 de 1989, ajuizar a presente.

AÇÃO CIVIL PÚBLICA COM PEDIDO DE LIMINAR

Contra o **MUNICÍPIO DE IÚNA/ES**, pessoa jurídica de direito público interno, com endereço na Rua Des. Epaminondas do Amaral, nº 58, Centro, Iúna/ES, CEP 29.390-000, devendo ser citado na forma do art. 75 do CPC na pelos fundamentos de fato e de direito a seguir expostos:

1 - DOS FATOS

Em 12.05.2022, a Defensoria Pública Estadual instaurou procedimento (PP 000238/2022) para execução do **PROJETO FORTALECENDO A RAPS,** que inclui diversas ações inerentes ao tema, inclusive o monitoramento da implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dos Municípios Capixabas, dentre eles o Município de Iúna.

Além disso, um procedimento específico para o acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial de Iúna foi tombado sob o nº PP000105/2023.

Em 09.05.2023, a Defensoria Pública Estadual requisitou informações ao Município sobre as medidas adotadas para a implementação e para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial local, conforme o Ofício CDH nº 075.2023.

Em 09.08.2023 e 23.11.2023, a Instituição reiterou o requerimento de informações.

Destacamos que apesar das reiterações realizadas, até o momento não localizamos nenhuma resposta da Prefeitura acerca dos esclarecimentos solicitados.

Vale sublinhar que **o Município de IÚNA não conta com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).**

Isso, a despeito de **sua população, que em 2022 foi estimada pela Secretaria Estadual de Saúde em 29.490 pessoas**.

Ocorre que **desde fevereiro de 2002, a Portaria MS nº 336 traz balizas para a implementação dos chamados CAPS I, II, III e Infanto juvenil no Brasil**.

Em relação **ao CAPS I**, a Portaria MS nº 3.088 reiterou disposição no sentido de estabelecer o **equipamento para os Municípios ou Regiões com população acima de 20.000 habitantes**. É o que se extrai de seu art. 7º, § 4º, I, c/c anexo I.

Dito isso, a ausência de **equipamento do tipo CAPS I no Município de IÚNA configura-se como omissão injustificável**. O mesmo se diga em relação ao déficit dos demais equipamentos.

Acrescente-se que os **reflexos de uma Rede de Atenção Psicossocial frágil são imensos para a sociedade**, sobretudo para os **mais vulneráveis**. A seguir alguns destaques:

- **Proteção e cuidados inadequados** da população em relação às **taxas de suicídio**;

- **Internações psiquiátricas desnecessárias**, muitas vezes custeadas com recursos públicos;

- **Privação de liberdade de pessoas que deveriam estar** sob o pálio de **tratamento de saúde**, por vezes afastando-as dos cuidados pertinentes;

- **Dificuldade para a efetivação da Resolução CNJ nº 487**, de 15 de fevereiro de 2023, **que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário** e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança;

- **Desamparo de famílias carentes** que **não tem recursos para custear** consultas e atendimentos com **profissionais privados**;

- **Desalento para pessoas em situação de rua**;

- Proteção **deficitária dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes** em geral, sobretudo no que tange à **primeira infância**;

- Fragilização dos cuidados para **crianças e adolescentes institucionalizados**;

- **Sobrecarga de trabalho para os equipamentos já implementados** e por vezes **esgotamento das equipes** desses locais de atendimentos.

Ademais, **há prejuízo a pessoas com deficiência**, uma vez que muitos dos usuários dos serviços dos CAPS I se amoldam ao **conceito social de deficiência** previsto no art. 1º da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência[1] e no 2º da Lei nº 13.146 de 2015, os quais seguem transcritos:

> **Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência:**
>
> Artigo 1 [...] **Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial**, os quais, **em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades** de condições com as demais pessoas. – Destaques nossos.
>
> **Lei nº 14.146 de 2015:**
>
> Art. 2º Considera-se **pessoa com deficiência** aquela que tem **impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial**, o qual, **em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade** de condições com as demais pessoas. – Destaques nossos.

Fortifica-se ainda a indispensabilidade de se levar em crédito **os reflexos da pandemia de covid-19 sobre população**, que inclusive foram objeto de recente relatório[2] da Organização Mundial de Saúde (OMS)[3]:

> **Genebra, 17 de junho de 2022 (OMS)** — **A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou nesta sexta-feira (17) sua maior revisão mundial sobre saúde mental desde a virada do século**. O trabalho detalhado fornece um plano para governos, acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental.
>
> **Em 2019, quase um bilhão de pessoas – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – viviam com um transtorno mental.** O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade. Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, causando um em cada seis anos vividos com incapacidade. **Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis**. O abuso sexual infantil e o abuso por intimidação são importantes causas da depressão. Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental. A depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia.
>
> **Estigma, discriminação e violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares**; 20 países ainda criminalizam a tentativa de suicídio. Em todos os países, são as pessoas mais pobres e desfavorecidas que correm maior risco de problemas de saúde mental e que também são as menos propensas a receber serviços adequados.
>
> **Mesmo antes da pandemia de COVID-19, apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade**. Por exemplo, **71% das pessoas com psicose em todo o mundo não acessam serviços de saúde mental. Enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em**

---

[1] Possui status de norma constitucional, conforme o Decreto nº 6.949, de 25.8.2009 publicado no DOU de 25.8.2009 que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. E o Decreto Legislativo nº 186, de 9.7.2008 publicado no DOU de 10.7.2008 que aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.

[2] Conferir: World mental health report: Transforming mental health for all (who.int). Acesso em 17.09.2022.

[3] Conferir: OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). Acesso em 17.09.2022.

> **países de baixa renda**. Para a depressão, as lacunas na cobertura dos serviços são amplas em todos os países: **mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental e estima-se que o tratamento minimamente adequado para depressão varie de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda**. – Destaques nossos.

O referido relatório da Organização Mundial de Saúde contém inúmeras **orientações**, dentre elas destacamos o seguinte:

> **3. Reforçar a atenção à saúde mental mudando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços. Por exemplo:**
>
> **Estabelecer redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos e cubram um amplo espectro de atenção e apoio por meio de uma combinação de serviços de saúde mental integrados à atenção geral de saúde; serviços comunitários de saúde mental;** e serviços para além do setor da saúde.
>
> **Diversificar e ampliar as opções de atenção aos transtornos mentais mais comuns**, como depressão e ansiedade, que tem uma relação custo-benefício de 5 para 1. Essa ampliação inclui a adoção de um método de distribuição de tarefas que expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida também por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também inclui o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto. – Destaques nossos.

Por isso, a Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo entende que **passados mais de 20 anos desde a normatização dos CAPS I, a inexistência do equipamento no âmbito da Municipalidade não se justifica**, sobretudo porque a rigor **a população de Iúna deveria contar com, no mínimo, (um) CAPS I.**

Essa é inclusive a posição do Estado do Espírito Santo, conforme se depreende de **quadro constante em manifestação da GEPORAS** – conforme anexo.

Quadro nº 1 – Insuficiência de CAPS e valores de implantação:

População	Município	Serviço/ Tipo	CNES	Parâmetro	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S)	Valor de Implantação (MS)	Valor de custeio mensal por equipamento	Valor de custeio mensal total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS
29.490	IÚNA	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S- (2023-2024)	R$ 20.000,00	R$ 12.000,00	R$ 28.305,00	Proposta em análise	
		EMAESM- Tipo 1	2628082	3	1	2	S- 01(2022) S- 01 (2023)	Não há previsão	R$ 28.305,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	

Fonte: SESA, 2022, com adaptações e destaques da DPES.

A partir do quadro acima fica claro que **competiria ao Poder Público Municipal à implantação de 01 (um) CAPS I.**

Ou seja, **a população do Município de Iúna encontra-se carente**, impondo-se a adoção de providências.

Por isso, a Instituição propõe a presente ação civil pública para fins de **promoção integral dos direitos humanos das pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas**, e outras situações clínicas que as impossibilitem estabelecerem laços sociais e realizar projetos de vida no Município de Iúna [4,5].

2 - A LEGITIMIDADE DA DEFENSORIA PÚBLICA PARA A PRESENTE AÇÃO CIVIL PÚBLICA

De acordo com o art. 134 da Constituição Federal de 1988 e art. 1º da Lei Complementar nº 80/94 **a Defensoria Pública é considerada expressão e instrumento da Democracia, sendo um direito fundamental a prestação de assistência jurídica gratuita àqueles que se demonstrarem hipossuficientes** (art. 5o, LXXIV, CFRB), de forma integral e gratuita, tanto na esfera judicial como na extrajudicial, além da **defesa de direitos coletivos e da promoção dos direitos humanos.**

Esse comando é reforçado pela legislação de regência, a saber, a Lei nº 7.347/85 (ação civil pública), Lei nº 13.300/16 (mandado de injunção), LC nº 80/94 (Defensoria Pública), Lei nº 7.210/1984 (execução penal) e pelo atual Código de Processo Civil, dentre outras. **Especificamente em relação à tutela coletiva dos direitos das pessoas com deficiência, ganha destaque o art. 3º da Lei nº 7.853 de 1989**, inclusive com redação dada pela Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146 de 2015):

> Art. 3o **As medidas judiciais destinadas à proteção de interesses coletivos, difusos, individuais homogêneos e individuais indisponíveis da pessoa com deficiência poderão ser propostas** pelo Ministério Público, **pela Defensoria Pública**, pela União, pelos Estados, pelos Municípios, pelo Distrito Federal, por associação constituída há mais de 1 (um) ano, nos termos da lei civil, por autarquia, por empresa pública e por fundação ou sociedade de economia mista que inclua, entre suas finalidades institucionais, a proteção dos interesses e a promoção de direitos da pessoa com deficiência. (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência) – Grifo nosso.

Cumpre registrar que **o tema não carece de controvérsia jurídica desde o julgamento pelo Supremo Tribunal Federal da ADI nº 3943** em 2015, o qual aliás foi reforçado pela Suprema Corte por meio da RCL nº 22.614[6].

3 - AS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL: VULNERÁVEIS POR NATUREZA

Historicamente, **o sofrimento mental no Brasil foi tratado com a privação de liberdade em manicômios[7], até o advento da Lei 10.216 de 2001**, que rompeu com essa lógica, prevendo, dentre outros, **o direito a um tratamento, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental**, conforme art. 2º, pú, X.

---

[4] Em relação ao CAPS Infantojuvenil de IÚNA , a Defensoria Pública Estadual e a Defensoria Pública da União obtiverem interessante êxito junto à justiça federal: Após ação judicial, IÚNA terá Centro de Atenção Psicossocial | A Gazeta. Acesso em 18.09.2022.

[5] O trato inadequado de pessoas com intenso sofrimento mental já levou à condenação internacional do Estado Brasileiro pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, conforme sentença proferida pelo Tribunal em 04 de julho de 2006: Microsoft Word - Seriec_149_por.doc (corteidh.or.cr). Acesso em 25.09.2022.

[6] Conferir: Supremo Tribunal Federal (stf.jus.br). Acesso em 17 de meio de 2022.

[7] Conferir: Holocausto brasileiro: retrato de horrores de um hospício vira série de TV | Veja Saúde (abril.com.br) e UNAED: deficientes mentais estão apenas à espera da morte - ESHOJE. Acesso em 18.09.2022.

Acrescente-se, como dito, que **a parcela de pessoas com menor renda no país não tem condições de custear serviços privados de saúde mental**. Por isso, **a fragilização do serviço público de saúde lança os economicamente vulneráveis, por vezes, ao abandono, ao sofrimento intenso e ao esquecimento**, salvo, se eventualmente cometerem um ilícito quando terão a garantia formal de uma vaga em unidade prisional ou socioeducativa.

Em relação às **pessoas com deficiência**, a atuação da Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo para a promoção de seus direitos humanos decorre do art. 4º, XI, da LC nº 80/94:

> Art. 4º São funções institucionais da Defensoria Pública, dentre outras: [...] XI – exercer a defesa dos interesses individuais e coletivos da criança e do adolescente, do idoso, **da pessoa portadora de necessidades especiais**, da mulher vítima de violência doméstica e familiar e de outros grupos sociais vulneráveis que mereçam proteção especial do Estado; (Redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 2009). – Grifo nosso. – Destaques nossos.

Outrossim, as chamadas **Regras de Brasília sobre acesso à justiça** expressamente apresentam as pessoas com deficiência como categoria de vulneráveis. Eis trecho das Regras, em seu idioma original[8]:

> Sección 2ª Beneficiarios de las Reglas - **(4) Podrán constituir causas de vulnerabilidad, entre otras, las siguientes:** la edad, **la discapacidad**, la pertenencia a comunidades indígenas, a otras diversidades étnicas – culturales, entre ellas las personas afrodescendientes, así como la victimización, la migración, la condición de refugio y el desplazamiento interno, la pobreza, el género, la orientación sexual e identidad de género y la privación de libertad. La concreta determinación de las personas en condición de vulnerabilidad en cada país dependerá de sus características específicas, o incluso de su nivel de desarrollo social y económico. – Grifo nosso.

Assim sendo, resta hialina **a legitimidade da atuação da Instituição para o ajuizamento da presente demanda.**

4 - DO MÉRITO

4.1 - DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DO DIREITO AO TRATAMENTO COMUNITÁRIO PARA SAÚDE MENTAL

Primeiramente, cumpre ressaltar que **o Estado Brasileiro foi atingido pela Reforma Psiquiátrica em meados da década de 90**, tendo aderido a diversos compromissos internacionais, como a **Declaração de Caracas de 1990**, segundo a qual as partes[9]:

> **DECLARAM** 1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. **Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços**; 3. **Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis**; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) **propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário**; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de

---

[8] Conferir: 0_reglas brasilia.indd (eurosocial.eu). Acesso em 17 de meio de 2022.

[9] Conferir: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 28.08.2023

> serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6. **Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais**, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. – Destaques nossos.

Lembre-se de que **desde 2001 as pessoas com transtornos mentais passaram a ter seus direitos protegidos, uma vez promulgada a Lei 10.216/2001**, cujos artigos 1º, 2º e 3° seguem transcritos:

> Art. 1º **Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação** quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.
>
> Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.
>
> Parágrafo único. **São direitos da pessoa portadora de transtorno mental**:
>
> 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**. – Destaques nossos.
>
> Art. 3º É responsabilidade do Estado o **desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais,** com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

4.2 DAS BALIZAS NORMATIVAS PARA OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO TIPO I

O CAPS I possui previsão normativa no art. 7º, § 4º, da Portaria de Consolidação nº 3 de 2017:

> Art. 7º atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, I)

Outrossim, o art. 23 apresenta as seguintes características do CAPS Tipo I:

> Art. 23. As modalidades de serviços estabelecidas pelo art. 20 corresponderão às características abaixo discriminadas: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º)
>
> § 1º CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º)
>
> I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, I)
>
> II - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, II)
>
> III - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, III)
>
> IV - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, IV)
>
> V - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, V)
>
> VI - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, VI)
>
> § 2º A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º)
> I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, I)
>
> II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, II)
>
> III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, III)
>
> IV - visitas domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, IV)
>
> V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, V)

> VI - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, VI)
>
> VII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, VII)
>
> § 3º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º)
>
> I - 01 (um) médico com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, I)
>
> II - 01 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, II)
>
> III - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, III)
>
> IV - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, IV)

5. DANO MORAL COLETIVO

A mora do Poder Público Municipal, em tese, por mais de uma década enseja o reconhecimento do dever de indenização por danos morais coletivos.

A pretensão de indenização por danos morais coletivos no presente caso decorre das disposições do art. 5º, XXXV, da Constituição de 1988 e do art. 1º da lei nº 7.347 de 1985.

Aliás, de acordo com a jurisprudência:

> RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DANO MORAL COLETIVO. ALIENAÇÃO DE TERRENOS A CONSUMIDORES DE BAIXA RENDA EM LOTEAMENTO IRREGULAR. PUBLICIDADE ENGANOSA. ORDENAMENTO URBANÍSTICO E DEFESA DO MEIO AMBIENTE ECOLOGICAMENTE EQUILIBRADO. CONCEPÇÃO OBJETIVA DO DANO EXTRAPATRIMONIAL TRANSINDIVIDUAL.
> **1. O dano moral coletivo caracteriza-se pela prática de conduta antijurídica que, de forma absolutamente injusta e intolerável, viola valores éticos essenciais da sociedade, implicando um dever de reparação, que tem por finalidade prevenir novas condutas antissociais (função dissuasória), punir o comportamento ilícito (função sancionatório-pedagógica) e reverter, em favor da comunidade, o eventual proveito patrimonial obtido pelo ofensor (função compensatória indireta).**
> [...]
> (REsp 1539056/MG, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 06/04/2021, DJe 18/05/2021)

> ADMINISTRATIVO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. ABSTENÇÃO DE TRAFEGO COM EXCESSO DE PESO EM RODOVIAS FEDERAIS. INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAL E MORAL COLETIVO. ATENDIDOS OS PEDIDOS DA INICIAL. NÃO CONHECIMENTO DO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL QUE NÃO ATACA OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO RECORRIDA. CONHECIMENTO DO RECURSO. CABIMENTO DAS RESPECTIVAS INDENIZAÇÕES. PRECEDENTES.

> [...]
> **XVIII - O dano moral coletivo, compreendido como o resultado de lesão à esfera extrapatrimonial de determinada comunidade, dá-se quando a conduta agride, de modo ilegal ou intolerável, os valores normativos fundamentais da sociedade em si considerada, a provocar repulsa e indignação na consciência coletiva** (arts. 1º da Lei n. 7.347/1985, 6º, VI, do CDC e 944 do CC, bem como Enunciado n. 456 da V Jornada de Direito Civil).
> XIX - Entenda-se o dano moral coletivo como o de natureza transindividual que atinge classe específica ou não de pessoas. É passível de comprovação pela presença de prejuízo à imagem, a sentimento e à moral coletiva dos indivíduos como síntese das individualidades envolvidas, a partir de uma mesma relação jurídica-base. "O dano extrapatrimonial coletivo prescinde da comprovação de dor, de sofrimento e de abalo psicológico, suscetíveis de apreciação na esfera do indivíduo, mas inaplicável aos interesses difusos e coletivos" (REsp n. 1.410.698/MG, Rel. Ministro Humberto Martins, Segunda Turma, DJe 30/6/2015).
> **XX - O dano moral extrapatrimonial atinge direitos de personalidade do grupo ou coletividade como realidade massificada, que a cada dia reclama mais soluções jurídicas para sua proteção.** Isso não importa exigir da coletividade "dor, repulsa, indignação tal qual fosse um indivíduo isolado, pois a avaliação que se faz é simplesmente objetiva, e não personalizada, tal qual no manuseio judicial da boa-fé objetiva. Na noção inclui-se tanto o dano moral coletivo indivisível (por ofensa a interesses difusos e coletivos de uma comunidade) como o divisível (por afronta a interesses individuais homogêneos)" (REsp n. 1.574.350/SC, Rel. Ministro herman Benjamin, Segunda Turma, julgado em 3/10/2017, DJe 6/3/2019). Nesse sentido também o precedente desta Segunda Turma: REsp n. 1.057.274, Segunda Turma, Rel. Ministra Eliana Calmon, Dje 26/2/2010.
> [...]
> (AgInt no AREsp 1517245/MG, Rel. Ministro FRANCISCO FALCÃO, SEGUNDA TURMA, julgado em 07/11/2019, DJe 19/12/2019) – Destaques nossos.

6. DA LIMINAR

Em relação à liminar, vale salientar a possibilidade de seu deferimento em sede de ação civil pública, a teor das disposições do art. 12 da Lei nº 7.347 de 1985 e do art. 84 da Lei nº 8.078 de 1990, dentre outros, sem prejuízo do disposto no art. 300 e seguintes do atual Código de Processo Civil.

Para tanto, registramos que os elementos produzidos pela Defensoria Pública Estadual demonstram **a probabilidade do direito e o perigo de dano decorrente (1) das ausências de CAPS I em Iúna, bem como (2) da falta de um panorama concreto para a superação do déficit de CAPS I na localidade.**

7. DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Diante das **peculiaridades do caso concreto, bem como dos elementos documentais produzidos pela Defensoria Pública**, **caso Vossa Excelência entenda que o autor não se desincumbiu de provar os fatos constitutivos de seu direito**, solicita-se a **inversão do ônus da prova** nos termos do art. 373, § 1º, do CPC:

> Art. 373. O ônus da prova incumbe: I - ao autor, quanto ao fato constitutivo de seu direito; II - ao réu, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.
> **§ 1º Nos casos previstos em lei ou diante de peculiaridades da causa relacionadas à impossibilidade ou à excessiva dificuldade de cumprir o encargo nos termos do caput ou à maior facilidade de obtenção da prova do fato contrário, poderá o juiz atribuir o ônus da prova de modo diverso**, desde que o faça por decisão fundamentada, caso em que deverá dar à parte a oportunidade de se desincumbir do ônus que lhe foi atribuído.
> § 2º A decisão prevista no § 1º deste artigo não pode gerar situação em que a desincumbência do encargo pela parte seja impossível ou excessivamente difícil.

> § 3º A distribuição diversa do ônus da prova também pode ocorrer por convenção das partes, salvo quando: I - recair sobre direito indisponível da parte; II - tornar excessivamente difícil a uma parte o exercício do direito.
> § 4º A convenção de que trata o § 3º pode ser celebrada antes ou durante o processo. – Grifo nosso.

Outrossim, aplica-se ao caso o disposto no art. 6º, VIII, do CDC:

> Art. 6º São direitos básicos do consumidor:
>
> VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a **inversão do ônus da prova**, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências – grifo nosso;

8. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, a Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo requer seja **LIMINARMENTE** determinado, nos termos do art. 300 e seguintes do CPC, que o Município:

a) **Apresente, conforme orientação do STF no Tema 698, em até 120 (cento e vinte) dias, plano de implantação de sua Rede de Atenção Psicossocial,** que contemple a **ampliação do quantitativo de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, a fim de superar o déficit desses equipamentos em Iúna, nos termos indicados pela **Defensoria Pública em quadro nº 01 de fls. 04**, com informações da SESA[10] - no plano devem constar informações sobre **eventuais alterações legislativas orçamentárias** e sobre a **reserva de recursos** para a implantação do equipamento CAPS, dentre outros pontos;

b) **Implante, em até 180 (cento e oitenta) dias, 01 (um) CAPS I novo** em sua Rede de Atenção Psicossocial, **assegurando-se estrutura e equipe técnica mínima completa** nos termos da Portaria de Consolidação MS nº 03 de 2017;

c) **Abstenha-se de qualquer medida administrativa que possa levar à diminuição da atual Rede de Atenção Psicossocial local**, em especial no que tange à quantidade de CAPS implementados no Município;

d) Efetue a previsão, reserva ou suplementação orçamentária à Secretaria Municipal de Saúde ou a qualquer outro órgão pertinente dos **recursos financeiros** para a implantação e funcionamento dos equipamentos ora requeridos, adotando-se como **parâmetro os valores apresentados pela Defensoria Pública em quadro nº 01 de fls. 04**, com informações da SESA;

e) Caso contrário, pela designação de **audiência de justificação virtual;**

Em relação ao **MÉRITO**, a Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo pugna:

---

[10] Conferir: Justiça determina construção de 12 Centros de Atendimento Psicossocial na capital (acritica.com). Acesso em 18.09.2022.

d) Pela **confirmação dos pedidos formulados em sede de tutela de urgência**;

e) Em caso de indeferimento da liminar, pugna pelo **acolhimento dos pedidos anteriores em sede de cognição exauriente**;

f) A condenação do Município na obrigação de reparar os **danos morais coletivos em valor não inferior a R$ 100.000,00 (cem mil reais)**, em prol de Fundo que atenda aos requisitos do art. 13 da Lei 7.347 de 1985;

A Defensoria Pública requer ainda o deferimento dos seguintes **PEDIDOS PROCESSUAIS:**

g) Seja o réu instado a se **manifestar sobre os pedidos liminares no prazo de 72 horas**, conforme art. 2º da Lei nº 8.437 de 1992;

h) Seja determinada a **citação e intimação pessoal do Réu** no endereço acima fornecido, a fim de que, advertida da sujeição aos efeitos da revelia, nos termos do art. 285 do Código de Processo Civil, apresente, querendo, resposta aos pedidos ora deduzidos, no prazo de 15 (quinze) dias;

i) A **publicação de edital no órgão oficial**, a fim de que os interessados possam intervir no processo como litisconsortes, sem prejuízo de ampla divulgação pelos meios de comunicação social por parte dos órgãos de defesa do consumidor, nos termos do art. 94 do CDC, aplicável por força do artigo 21 da Lei Federal nº 7.347/85;

j) A condenação da parte requerida ao pagamento de **honorários em favor da Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo**: Conta Corrente 25.005.497; Código identificador 21-16; Banestes - 021; Agência 0675; CNPJ 19.690.110/0001-50.

l) A **inversão do ônus da prova** nos termos do art. 373, par. 1º do CPC;

m) Em caso de descumprimento das obrigações nos prazos judicialmente fixados, a condenação da parte ré ao pagamento de **multa correspondente a R$ 10.000,00 (dez mil reais) por dia de descumprimento de cada ordem judicial desobedecida**, dentre as obrigações tratadas nesta ação civil pública, valor sujeito a atualização monetária, a ser recolhido a Fundo que obedeça os requisitos previstos no art. 13 da Lei nº 7347/85, sem prejuízo de execução específica da mesma obrigação e sem embargo de eventual apuração da responsabilidade do agente desobediente;

n) O **julgamento antecipado dos pedidos** nos termos do art. 355 do CPC;

o) A **prioridade de tramitação processual** nos termos do art. 9º, VII, da Lei 13.146 de 2015;

p) Caso Vossa Excelência entenda pertinente, pela designação de **audiência pública**.

Por fim, a Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo protesta por todas as provas admitidas em direito.

Dá-se à causa o valor de R$ 100.000,00 (cem mil) reais.

HUGO FERNANDES MATIAS
Coordenador de Direitos Humanos e de Pessoa
com Deficiência
Defensor Público

CAMILA DÓRIA FERREIRA
Membro do Núcleo de Direitos Humanos
Defensora Pública

RAFAEL VIANNA MURY
Membro do Núcleo de Direitos Humanos
Defensor Público

RAFAEL PORTELLA
Membro do Núcleo de Direitos Humanos
Defensor Público

ADRIANA PERES MARQUES DOS SANTOS
Coordenadora da Infância e Juventude
Defensora Pública

TIAGO LUIZ BIANCO PIRES DIAS
Membro do Núcleo de Direitos Humanos
Defensor Público

MARINA DALCOMO
Membro do Núcleo de Direitos Humanos
Defensor Público

LUCAS MADDALENA
Membro do Núcleo de Direitos Humanos
Defensor Público

Ementa: Promoção de direitos humanos de pessoa em situação de vulnerabilidade. Grupo: pessoas que necessitam de serviços da rede de atenção psicossocial municipal. **Procedimento guarda chuvas. Municípios não abarcados pela Portaria 07.2022.**

PORTARIA DE INSTAURAÇÃO – CDPI-PCD
PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO N.º 04.2023

A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por meio da Coordenação de Direitos da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência, da Coordenação da Infância e Juventude e da Coordenação Cível, com fundamento nos artigos art. 5º, inciso LXXIV e art. 134 da Constituição Federal; no art. 4º, incisos II, III, VII, VIII, X, XI e § 2º, da Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994; no art. 1º-C, incisos II, VII, VIII, X, XI, §1º e § 2º, da Lei Complementar Estadual nº 55, de 23 de dezembro de 1994; no art. 5°, inciso II e § 1°, da Lei n.° 7.347 de 24 de julho de 1985;

CONSIDERANDO que a lei federal nº. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, acaba de completar 21 anos de sua entrada em vigor. E que referida lei teve como objetivo conferir maior dignidade às pessoas em sofrimento mental, determinando política de desinstitucionalização e promovendo uma ampla reforma da rede de atendimento a essas pessoas;

CONSIDERANDO que a Convenção Internacional sobre direitos da pessoa com deficiência e seu protocolo facultativo de Nova York de 30 de março de 2007 traz em seu bojo inúmeros direitos, incluindo a não discriminação e a adoção de políticas públicas que visem a integridade da pessoa com deficiência mental, intelectual e física, promovendo verdadeira revolução ao determinar a igualdade e acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços, incentivando a sua máxima independência possível;

CONSIDERANDO que a norma internacional acima foi internalizada pelo Direito brasileiro através do Decreto legislativo nº. 186 de 09 de julho de 2008 e, posteriormente teve a sua execução, em solo nacional, determinada pelo Decreto presidencial nº. 6.949 de 25 de agosto de 2009;

CONSIDERANDO a lei federal nº. 13.146 de 2015 e da revolução que este instrumento legislativo ocasionou no ordenamento jurídico pátrio, mormente, no que tange ao reconhecimento da plena capacidade das pessoas com deficiência, reiterando os compromissos assumidos, pelo país, com a Convenção;

CONSIDERANDO a necessidade de se implementar política institucional que vise a dar maior proteção às pessoas com deficiência, especialmente, aquelas que apresentam deficiência psicossocial e que estão submetidas a estigmas históricos, por vezes, sendo submetidas a internações e curatelas injustificadas;

CONSIDERANDO que o Estado do Espírito Santo e seus Municípios, em sua grande maioria, estão muito aquém do que determina a legislação em vigor sobre o tema, não cumprindo com o que determina a portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO ainda que, em virtude da enorme demanda decorrente das internações compulsórias para tratamento de pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas e em sofrimento mental, pelas redes de atendimento do Estado e dos Municípios e os retrocessos diversos retrocessos vivenciados na política de saúde mental;

CONSIDERANDO a necessidade da instituição firmar o seu compromisso no combate ao retorno de manicômios, bem assim a proximidade do dia alusivo à luta antimanicomial;

CONSIDERANDO que são funções institucionais da Defensoria Pública do Estado promover a difusão e a conscientização dos direitos humanos, da cidadania e do ordenamento jurídico, bem como exercer a defesa dos direitos individuais e coletivos da pessoa com deficiência;

RESOLVE, instaurar o presente **Procedimento Administrativo,** o qual tem por objeto a implementação do **PROJETO “FORTALECENDO A RAPS”** que visa fazer o diagnóstico acerca da rede de atendimento às pessoas em sofrimento mental, com deficiências intelectuais e aquelas que esteja em uso prejudicial de álcool e outras drogas existente no Estado do espírito Santo e seus municípios, objetivando o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps); a aproximação da Defensoria Pública da referida rede de atendimento, objetivando soluções extrajudiciais para os problemas enfrentados pelos assistidos da Defensoria e a promoção da educação em direitos das pessoas em sofrimento mental e com deficiência visando exercer um amplo debate sobre as questões relacionadas à saúde mental e inclusão junto aos órgãos municipais, estaduais e sociedade civil.

O Presente Procedimento será secretariado pela Coordenação de Direitos da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência com auxílio dos servidores e estagiários, a quem caberá diligenciar pelo cumprimento das determinações constantes desta Portaria, bem como zelar pelo respeito aos prazos estipulados.

Para instruir o presente Procedimento Administrativo, **DETERMINAM-SE** a seguintes diligências:

1. Autuar a presente portaria, acompanhada dos documentos de informações colhidos durante até a presente data;

2. Instaurar procedimentos referentes ao objeto central dessa Portaria relativamente aos Municípios do Estado do Espírito Santo que não constam da Portaria 007.2022;

3. No bojo dos procedimentos previstos no "item 3", oficiar as Secretarias de Saúde do Municípios respectivos, para que prestem informações acerca da rede de atendimento em saúde mental, devendo informar detalhadamente o funcionamento dos órgãos que são mantidos por cada ente esse fim e a demanda existente, bem assim demonstrando a necessidade de parceria com órgão para a promoção de avanços na referida área, inclusive requerendo agenda com os respectivos secretários para discutir o assunto;

Por fim, solicita-se que a **Secretaria da Coordenação de Direitos Humanos:**

1. Certifique o cumprimento do presente despacho;

2. Efetue os registros pertinentes nos sistemas da Coordenação de Direitos da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência da DPES;

3. Fiscalize o prazo de resposta, com reiteração automática em caso de descumprimento.

4. Após, abra nova vista dos autos aos subscritores.

Vitória, 09 de fevereiro de 2023.

HUGO FERNANDES MATIAS
Coordenador de Direitos da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência
Defensor Público Estadual

ADRIANA PERES MARQUES DOS SANTOS
Coordenadora de Infância e Juventude da
Defensora Pública Estadual

DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESPÍRITO SANTO

Vitória/ES, 03 de março de 2023.

OFÍCIO CONJUNTO CIJ/CDH/DPES Nº 075.2023

PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO N.º 04.2023

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IÚNA

E-mail: saude@iuna.es.gov.br

Assunto: solicitação de informações sobre a RAPS

Excelentíssimo(a) Senhor(a) Secretário(a),

Honrada em cumprimentá-lo (a), a **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO** vem, respeitosamente, à sua presença solicitar as seguintes informações em relação à rede de assistência psicossocial do Município:

1.1. A quantidade dos seguintes equipamentos, a especificação das respectivas equipes técnicas existentes, com detalhamento da forma de contratação:

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especificando suas modalidades e eventual quantitativo de leitos;

- Unidades de Acolhimento (UAs), especificando o número de vagas e eventual fila de espera para acesso ao serviço;

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), especificando suas modalidades e quantitativo de vagas em cada tipo de SRT, além de eventual fila de espera para acesso ao serviço;

- Equipes de Consultório na Rua (vinculadas à Atenção Básica);

- Equipes de Consultório de Rua (vinculadas à área de Saúde Mental);

- Equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) que atendem pessoas em sofrimento mental e em uso prejudicial de álcool e outras drogas;

- Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com protocolo de atendimento em saúde mental;

- Ambulatórios de Saúde Mental;

- Leitos de saúde mental em Hospital Geral;

- Leitos em Hospitais Psiquiátricos (HP);

- Vagas em Comunidades Terapêuticas (CT);

- Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) com apoio em saúde mental;

- Centro de Convivência em Saúde Mental;

- Projetos de Inclusão Produtiva em Saúde Mental, a exemplo de associações de geração de renda;

1.2. **Há planejamento para expansão e instalação de novos equipamentos, segundo normativas existentes no âmbito desta Secretaria de Saúde?**

1.3. **Há Plano de Ação Municipal para expansão da RAPS? Como está o seu cumprimento? Há verbas já liberadas (quando/quais/valores) pelo Ministério da Saúde e recebidas pelo Município para execução de serviços e/ou equipamentos da RAPS não executados (data do recebimento, valores, destinação e justificativa da não execução)?**

1.4. **Qual o orçamento e como está a execução orçamentária da política de saúde mental e de álcool e outras drogas, nos últimos 5 (cinco) anos e por modalidade de serviço / ponto de atenção da RAPS?**

1.4.1. **As implementações de CAPS III, CAPSad III e CAPSi (bem como de Unidades de Acolhimento, de leitos psiquiátricos e de SRTs, caso se constate a insuficiência desses equipamentos) estão previstas na Lei Orçamentária Anual e no Plano Plurianual do Município? Em caso positivo, os respectivos empenhos previstos já foram realizados?**

1.5. **Quais os dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em Unidade de Pronto Atendimento e em Hospitais de referência em relação a demandas em saúde mental, inclusive os referentes a álcool e outras drogas e a população em situação de rua?**

1.6. **Quais são os critérios para a internação em leitos psiquiátricos (em Hospital Geral e, se existente, Psiquiátrico - inclusive da rede privada, como "Clínicas**

Psiquiátricas")? E, no caso de leitos regionais, quais são os critérios para encaminhamento do paciente e como se organiza o fluxo para outros Municípios?

1.7. **Qual foi o número de internações psiquiátricas (em Hospitais Gerais e Psiquiátricos) e de encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas custeadas pelo Município nos últimos 03 (três) anos? Qual foi a quantia total gasta com elas?**

1.8. **Qual o número de internações compulsórias, seja na rede pública ou privada, ou seja, aquelas determinadas pela Justiça? Qual a origem de tais casos, para onde são encaminhados e quanto se gastou com elas nos últimos 03 (três) anos?**

1.9. **Qual o número de Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI) no âmbito do Município? Elas são devidamente notificadas ao Ministério Público e acompanhadas pela Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, conforme previsto na portaria 1391/2002 do Ministério da Saúde?**

1.10. **Quaisquer outras informações pertinentes.**

Aproveitamos o ensejo para colocar a Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo à disposição da Secretaria para quaisquer casos de dúvidas ou esclarecimentos.

Solicitamos que a resposta ao presente ofício seja encaminhada ao e-mail institucional **cdh@defensoria.es.def.br.**

Entende-se, como razoável, o **prazo de 30 (TRINTA) dias**, para **envio da resposta**, sem prejuízo de sua prorrogação, caso necessário.

Por fim, renovam-se votos de estima e mais alta consideração.

HUGO FERNANDES MATIAS
Coordenador de Direitos Humanos
Defensor Público Estadual

ADRIANA PERES MARQUES DOS SANTOS
Coordenadora de Infância e Juventude
Defensora Pública Estadual

Zimbra **cdh@defensoria.es.def.br**

ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023

De : Coordenação Direitos Humanos <cdh@defensoria.es.def.br> ter., 09 de mai. de 2023 10:51

1 anexo

Assunto : ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023

Para : saude@iuna.es.gov.br

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IÚNA

Cumprimentando-o cordialmente, a DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por intermédio do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos, vem diante de Vossa Senhoria, encaminhar o OFÍCIO CIJ/CDH/DPES Nº 075.2023, para ciência.

Ademais, renovamos votos de estima e consideração.

Favor informar o recebimento.

Atenciosamente,

Coordenação de Direitos Humanos
Defensoria Pública do Espirito Santo

075.2023 - SECRETARIA DE SAUDE DE IUNA - SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE A RAPS(assinado).pdf
446 KB

Zimbra **cdh@defensoria.es.def.br**

ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023- Reiteração

De : Coordenação Direitos Humanos <cdh@defensoria.es.def.br>
Assunto : ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023- Reiteração
Para : saude <saude@iuna.es.gov.br>
Cco : Hugo Matias <hugo.matias@defensoria.es.def.br>

qua., 09 de ago. de 2023 09:43
1 anexo

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IÚNA

Cumprimentando-o (a) cordialmente, a Defensoria Pública do Estado do Espirito Santo, por intermédio da Coordenação de Direitos Humanos, vem diante de Vossa Excelência **REITERAR** o ofício n°075/2023, para ciência e providências.

Solicitamos a gentileza de informar o recebimento do presente e-mail.

Por fim, renovamos votos de estima e mais alta consideração,

Cordialmente,
Coordenação de Direitos Humanos
Defensoria Pública do Estado do Espirito Santo

De: "Coordenação Direitos Humanos" <cdh@defensoria.es.def.br>
Para: "saude" <saude@iuna.es.gov.br>
Enviadas: Terça-feira, 9 de maio de 2023 10:51:26
Assunto: ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IÚNA

Cumprimentando-o cordialmente, a DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por intermédio do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos, vem diante de Vossa Senhoria, encaminhar o OFÍCIO CIJ/CDH/DPES Nº 075.2023, para ciência.

Ademais, renovamos votos de estima e consideração.

Favor informar o recebimento.

Atenciosamente,

Coordenação de Direitos Humanos
Defensoria Pública do Espirito Santo

075.2023 - SECRETARIA DE SAUDE DE IUNA - SOLIC DE INF SOBRE A RAPS(assinado).pdf
446 KB

De : Coordenação Direitos Humanos <cdh@defensoria.es.def.br> ter., 09 de mai. de 2023 10:51

1 anexo

Assunto : ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023

Para : saude@iuna.es.gov.br

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IÚNA

Cumprimentando-o cordialmente, a DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por intermédio do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos, vem diante de Vossa Senhoria, encaminhar o OFÍCIO CIJ/CDH/DPES Nº 075.2023, para ciência.

Ademais, renovamos votos de estima e consideração.

Favor informar o recebimento.

Atenciosamente,

Coordenação de Direitos Humanos
Defensoria Pública do Espirito Santo

075.2023 - SECRETARIA DE SAUDE DE IUNA - SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE A RAPS(assinado).pdf
446 KB

Re: ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023

De : Coordenação Direitos Humanos <cdh@defensoria.es.def.br> qui., 23 de nov. de 2023 16:25
Assunto : Re: ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023
Para : saude <saude@iuna.es.gov.br>

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IÚNA

Cumprimentando-o (a) cordialmente, a Defensoria Pública do Estado do Espirito Santo, por intermédio da Coordenação de Direitos Humanos, vem diante de Vossa Excelência REITERAR o ofício n°075.2023, para ciência e providências, no prazo de 15 (quinze) dias.

Solicitamos a gentileza de informar o recebimento do presente e-mail.

Por fim, renovamos votos de estima e mais alta consideração,

Cordialmente,
Coordenação de Direitos Humanos
Defensoria Pública do Estado do Espirito Santo

De: "Coordenação Direitos Humanos" <cdh@defensoria.es.def.br>
Para: "saude" <saude@iuna.es.gov.br>
Enviadas: Terça-feira, 9 de maio de 2023 10:51:26
Assunto: ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IÚNA

Cumprimentando-o cordialmente, a DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por intermédio do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos, vem diante de Vossa Senhoria, encaminhar o OFÍCIO CIJ/CDH/DPES Nº 075.2023, para ciência.

Ademais, renovamos votos de estima e consideração.

Favor informar o recebimento.

Atenciosamente,

Coordenação de Direitos Humanos
Defensoria Pública do Espirito Santo

De : Coordenação Direitos Humanos <cdh@defensoria.es.def.br> qua., 09 de ago. de 2023 09:43

1 anexo

Assunto : ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023-Reiteração

Para : saude <saude@iuna.es.gov.br>

Cco : Hugo Matias <hugo.matias@defensoria.es.def.br>

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IÚNA

Cumprimentando-o (a) cordialmente, a Defensoria Pública do Estado do Espirito Santo, por intermédio da Coordenação de Direitos Humanos, vem diante de Vossa Excelência **REITERAR** o ofício n°075/2023, para ciência e providências.

Solicitamos a gentileza de informar o recebimento do presente e-mail.

Por fim, renovamos votos de estima e mais alta consideração,

Cordialmente,
Coordenação de Direitos Humanos
Defensoria Pública do Estado do Espirito Santo

De: "Coordenação Direitos Humanos" <cdh@defensoria.es.def.br>
Para: "saude" <saude@iuna.es.gov.br>
Enviadas: Terça-feira, 9 de maio de 2023 10:51:26
Assunto: ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IÚNA

Cumprimentando-o cordialmente, a DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por intermédio do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos, vem diante de Vossa Senhoria, encaminhar o OFÍCIO CIJ/CDH/DPES Nº 075.2023, para ciência.

Ademais, renovamos votos de estima e consideração.

Favor informar o recebimento.

Atenciosamente,

Coordenação de Direitos Humanos
Defensoria Pública do Espirito Santo

075.2023 - SECRETARIA DE SAUDE DE IUNA - SOLIC DE INF SOBRE A RAPS(assinado).pdf
446 KB

De : Coordenação Direitos Humanos <cdh@defensoria.es.def.br> ter., 09 de mai. de 2023 10:51
1 anexo
Assunto : ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO 075/2023
Para : saude@iuna.es.gov.br

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IÚNA

Cumprimentando-o cordialmente, a DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por intermédio do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos, vem diante de Vossa Senhoria, encaminhar o OFÍCIO CIJ/CDH/DPES Nº 075.2023, para ciência.

Ademais, renovamos votos de estima e consideração.

Favor informar o recebimento.

Atenciosamente,

Coordenação de Direitos Humanos
Defensoria Pública do Espirito Santo

075.2023 - SECRETARIA DE SAUDE DE IUNA - SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE A RAPS(assinado).pdf
446 KB

CÓPIA DE PROCESSO

2022-XZ3FB

Disponível em https://e-docs.es.gov.br/p/2022-XZ3FB

RESUMO DO PROCESSO

Segue manifestação da GEPORAS referente oficio 208.2022 DPES REDE DE ASSISTENCIA PSICOSSOCIAL NO ESTADO.

Giovanna Giribaldi Alves da Silva
Equipe de Apoio e Suporte as Setoriais
Gerência de Demandas Judiciais em Saúde mandadosjudiciais@saude.es.gov.br
(27) 3347-5807 GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Estado da Saúde SESA | Gabinete |Gerência de Demandas Judiciais em Saúde
www.saude.es.gov.br

DADOS DA CÓPIA

Cópia gerada em: **21/07/2022 16:57:17** - Horário de Brasília - UTC-3
Por: GIOVANNA GIRIBALDI ALVES DA SILVA (ASSISTENTE GESTAO - DT - GEDEJ - SESA - GOVES)

DOCUMENTOS DO PROCESSO INCLUSOS NA CÓPIA (13)

#	DOCUMENTO	INCLUSO?	PÁGINAS
#1	2022-9NNWBQ - TERMO DE AUTUAÇÃO DO PROCESSO 2022-XZ3FB	Sim	1
#2	2022-R7NNDN - REGISTRO DO ENCAMINHAMENTO 2022-XNJHBB	Sim	1
#3	2022-9MJS74 - RAPS. Desenho e Pactuações ATUALIZADA COM LEITOS FINAL COMPLETA - EXTERNA	Sim	18
#4	2022-8BVQHK - Imagem Protocolo de Classificação de Risco	Sim	2
#5	2022-V2XCZ4 - PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL	Sim	18
#6	2022-W332V1 - FLUXO DE INSERÇÃO EM SRT	Sim	2
#7	2022-FNVZDG - Fluxo regulatório revisado	Sim	2
#8	2022-H92JSJ - Fluxo RAPS ES	Sim	2
#9	2022-6P11BN - DIRETRIZES CLÍNICAS SAÚDE MENTAL	Sim	270
#10	2022-FHHFLF - NOTA TÉCNICA 13-2022 - Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre o funcionamento após COVID-19	Sim	8
#11	2022-MG95FZ - NOTA TÉCNICA 11-2022 - Internações em Saúde Mental	Sim	10
#12	2022-LRH6LG - NOTA INFORMATIVA N007- Onbase 4352 Defensoria Pública	Sim	26
#13	2022-JLCF07 - REGISTRO DO ENCAMINHAMENTO 2022-JLCF07	Sim	1

TERMO DE AUTUAÇÃO DE PROCESSO

2022-XZ3FB

Disponível em https://e-docs.es.gov.br/p/2022-XZ3FB

RESUMO

Segue manifestação da GEPORAS referente oficio 208.2022 DPES REDE DE ASSISTENCIA PSICOSSOCIAL NO ESTADO.

Giovanna Giribaldi Alves da Silva
Equipe de Apoio e Suporte as Setoriais
Gerência de Demandas Judiciais em Saúde mandadosjudiciais@saude.es.gov.br
(27) 3347-5807 GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Estado da Saúde SESA | Gabinete |Gerência de Demandas Judiciais em Saúde
www.saude.es.gov.br

Realizado em: **21/07/2022 16:56:26** - Horário de Brasília - UTC-3

LOCAL
GOVES - SESA - GEDEJ - GERENCIA DE DEMANDAS JUDICIAIS EM SAUDE

INTERESSADO
GOVES - SESA - GEDEJ - GERENCIA DE DEMANDAS JUDICIAIS EM SAUDE

DOCUMENTOS ENTRANHADOS (13)
#1 - 2022-9NNWBQ - TERMO DE AUTUAÇÃO DO PROCESSO 2022-XZ3FB
#2 - 2022-R7NNDN - REGISTRO DO ENCAMINHAMENTO 2022-XNJHBB
#3 - 2022-9MJS74 - RAPS. Desenho e Pactuações ATUALIZADA COM LEITOS FINAL COMPLETA - EXTERNA
#4 - 2022-8BVQHK - Imagem Protocolo de Classificação de Risco
#5 - 2022-V2XCZ4 - PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL
#6 - 2022-W332V1 - FLUXO DE INSERÇÃO EM SRT
#7 - 2022-FNVZDG - Fluxo regulatório revisado
#8 - 2022-H92JSJ - Fluxo RAPS ES
#9 - 2022-6P11BN - DIRETRIZES CLÍNICAS SAÚDE MENTAL
#10 - 2022-FHHFLF - NOTA TÉCNICA 13-2022 - Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre o funcionamento após COVID-19
#11 - 2022-MG95FZ - NOTA TÉCNICA 11-2022 - Internações em Saúde Mental
#12 - 2022-LRH6LG - NOTA INFORMATIVA N007- Onbase 4352 Defensoria Pública
#13 - 2022-JLCF07 - REGISTRO DO ENCAMINHAMENTO 2022-JLCF07

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GIOVANNA GIRIBALDI ALVES DA SILVA
ASSISTENTE GESTAO - DT
GEDEJ - SESA - GOVES
assinado em 21/07/2022 16:56:26 -03:00

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 21/07/2022 16:56:26 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GIOVANNA GIRIBALDI ALVES DA SILVA (ASSISTENTE GESTAO - DT - GEDEJ - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-9NNWBQ

REGISTRO DE ENCAMINHAMENTO

2022-R7NNDN

Disponível em https://e-docs.es.gov.br/e/2022-R7NNDN

Realizado em: **18/07/2022 10:22:51** - Horário de Brasília - UTC-3

DE
GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)

PARA
GOVES - SESA - NEAE - NUCLEO ESPECIAL DE ATENCAO ESPECIALIZADA-SESA

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS (11)
2022-R7NNDN - REGISTRO DO ENCAMINHAMENTO 2022-XNJHBB
2022-LRH6LG - NOTA INFORMATIVA N007- Onbase 4352 Defensoria Pública
2022-MG95FZ - NOTA TÉCNICA 11-2022 - Internações em Saúde Mental
2022-FHHFLF - NOTA TÉCNICA 13-2022 - Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre o funcionamento após COVID-19
2022-6P11BN - DIRETRIZES CLÍNICAS SAÚDE MENTAL
2022-H92JSJ - Fluxo RAPS ES
2022-FNVZDG - Fluxo regulatório revisado
2022-W332V1 - FLUXO DE INSERÇÃO EM SRT
2022-V2XCZ4 - PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL
2022-8BVQHK - Imagem Protocolo de Classificação de Risco
2022-9MJS74 - RAPS. Desenho e Pactuações ATUALIZADA COM LEITOS FINAL COMPLETA - EXTERNA

MENSAGEM

Ao NEAE.
Segue a Nota Informativa Nº007/2022, em resposta à solicitação da Defensoria Pública do ES (OnBase Nº4352/2022), bem como fluxos, notas técnicas, PGASS/2022, dentre outros documentos pertinentes às questões elencadas.

Att,
Gabriela.

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GABRIELA BERTULOZO FERREIRA
PSICOLOGO - QSS
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 18/07/2022 10:22:51 -03:00

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 18/07/2022 10:22:51 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-R7NNDN

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

População	Município	Serviço/ Tipo	CNES	Parâmetro	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por equipamento (MS)	Valor de Custeio Mensal Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS SIM NÃO
REGIÃO CENTRAL NORTE												
9.751	Aguia Branca	EMAESM - Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S - 02- Tipo1 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
11.143	Água Doce do Norte	EMAESM - Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S - 02- Tipo 1-(2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
7.925	Alto Rio Novo	EMAESM - Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S - 02- Tipo1- (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
31.348	Baixo Guandu	EMAESM - Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S - 02- Tipo1- (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
		CAPS I	6145612	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	SIM
45.154	Barra de São Francisco	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S (2023)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S- Tipo 2 -01 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
		EMAESM- Tipo 2	9916148	1	1	0	Existente	Não há previsão	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	Proposta em análise	NÃO
15.207	Boa Esperança	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S (2023)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S- 02 -Tipo 1(2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
123.883	Colatina	CAPS II	5492335	1	1	0	N	Recebido	R$ 33.086,25	R$ 33.086,25	Não há	SIM
		CAPS AD II	7236158	1	1	0	N	Recebido	R$ 39.780,00	R$ 39.780,00	Não há	SIM
		CAPS ij - Microrregional	INEXISTENTE	1	0	1	S-01 (2023)	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 32.130,00	Não há	
		Emaesm - Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S- 02 - Tipo 1-(2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
		SRT - Municipalização - Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S-02 (2022)	R$ 20.000,00	R$ 10.000,00	R$ 20.000,00	Proposta em análise	
		ECnR - Tipo 1	INEXISTENTE	1	0	1	S-01(2022)	Não há previsão	R$ 9.500,00	R$ 9.500,00	ICEPi/SESA Nº 046/2021	
31.414	Conceição da Barra	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S-01 (2023)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		Emaesm- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S-01 (Tipo3) 2022	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	Proposta em análise	
		Emaesm - Tipo 3	2483920	0	1	0	Existente	Não há previsão	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	Não há	NÃO
23.182	Ecoporanga	Emaesm - Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S- 03 - Tipo 1(2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

12.853	Governador Lindemberg	Emaesm - Tipo 1	922692	2	1	1	S-01-Tipo 1 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	NÃO
30.821	Jaguaré	Emaesm - Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-03 - Tipo 1 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
		CAPS I	9520872	1	1	0	Existente- Habilitar	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	NÃO
175.516	Linhares	CAPS AD II	INEXISTENTE	2	0	2	S-02 (2022)	R$ 50.000,00	R$ 39.780,00	R$ 79.560,00	Não há	
		CAPS AD III	INEXISTENTE	1	0	1	S-01 (2023)	R$ 150.000,00	R$ 105.000,00	R$ 105.000,00	Não há	
		CAPS II	3462951	2	1	1	S-01 (2023)	Recebido	R$ 33.086,25	R$ 66.172,50	Não há	SIM
		CAPS III	INEXISTENTE	1	0	1	S-01 (2023)	R$ 50.000,00	R$ 84.134,00	R$ 84.134,00	Não há	
		CAPS ij	INEXISTENTE	1	0	1	S-01 (2023)	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 32.130,00	Não há	
		SRT - Municipalização - Tipo 1	INEXISTENTE	1	0	1	S-01 (2022)	R$ 20.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	Proposta em análise	
		Equipe de Consultório na Rua - Tipo 1	INEXISTENTE	1	0	1	S-01 (2022)	Não há previsão	R$ 9.500,00	R$ 9.500,00	ICEPi/SESA Nº 046/2021	
		EMAESM- Tipo 1	2403668	2	1	1	S-01 - Tipo 1(2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	NÃO
		EMAESM- Tipo 3	2403668	1	1	0	Existente	Não há previsão	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	Proposta em análise	NÃO
15.523	Mantenópolis	EMAESM- Tipo 1	2484560	3	1	2	S-02 - Tipo1-(2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	NÃO
		CAPS I (Verificar posibilidade de consòrcio com Alto Rio Novo)	INEXISTENTE	1	0	1	S-01(2023)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
12.978	Marilândia	EMAESM- Tipo 1	9288554	2	1	1	Existente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	Não há	SIM
		EMAESM- Tipo 2	INEXISTENTE	1	0	1	S-01- Tipo2 (2022)	Não há previsão	R$ 21.000,00	R$ 42.000,00	Proposta em análise	SIM
19.046	Montanha	**CAPS I**	INEXISTENTE	1	0	1	S-01(2023)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-03 Tipo 1(2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
5.586	Mucurici	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S-02- Tipo 1(2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
50.676	Nova Venécia	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-01- Tipo1 (2022) S-01-Tipo 2 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
		CAPS I	5976936	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	SIM
23.446	Pancas	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S-01 (2023)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S-01- Tipo 1(2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

		EMAESM- Tipo 2	2448653	1	1	1	Existente	Não há previsão	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	Proposta em análise	SIM
26.480	Pedro Canário	CAPS I	918679	1	1	0	Existente-Habilitar	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	NÃO
		EMAESM Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-03 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
27.353	Pinheiros	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S-01(2023)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-02-Tipo 2 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
7.952	Ponto Belo	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S- 01 Tipo2 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
19.141	Rio Bananal	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S-01 (2023)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-03 - Tipo 1(2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
8.736	São Domingos do Norte	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	1	0	1	S-01- Tipo 1 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	Proposta em análise	
		EMAESM Tipo 2	2445638	1	1	0	Existente- Habilitar	Não há previsão	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	Proposta em análise	NÃO
38.376	São Gabriel da Palha	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S-(2023)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	9833277	3	1	2	S-02- Tipo 1 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	NÃO
132.087	São Mateus	CAPS I - Qualificar para II	3454339	1	1	0	S- (2022)	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	SIM
		CAPS AD	7612680	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 39.780,00	R$ 39.780,00	Não há	SIM
		CAPS ij Microregional	INEXISTENTE	1	0	1	S-(2023)	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 32.130,00	Não há	
		ECnR - Tipo 1	INEXISTENTE	1	0	1	S-01(2022)	Não há previsão	R$ 9.500,00	R$ 9.500,00	ICEPi/SESA Nº 046/2021	
		SRT - Municipalização - Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S(2022)	R$ 20.000,00	R$ 10.000,00	R$ 20.000,00	Proposta em análise	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S-01 Tipo 3 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
12.555	São Roque do Canaã	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S-02 - Tipo 1(2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
30.410	Sooretama	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S- (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
		EMAESM- Tipo 2	INEXISTENTE	2	0	2	S- 02- Tipo 2(2022)					
		EMAESM - Tipo 3	2499517	1	1	0	Existente	Não há previsão	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	Proposta em análise	SIM
9.312	Vila Pavão	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S- 02 - Tipo 1 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

14.239	Vila Valério	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S- 02- Tipo 1 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	

REGIÃO METROPOLITANA

População	Município	Serviço/ Tipo	CNES	Parâmetro	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por equipamento	Valor de Custeio Mensal Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS
30.932	Afonso Cláudio	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S- (2025)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S- 01 (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
102.364	Aracruz	**CAPS II - Falta Habilitar**	6644678	1	1	0	Existente	R$ 30.000,00	R$ 33.086,25	R$ 33.086,25	Não há	NÃO
		CAPS ADII	INEXISTENTE	1	0	1	N	R$ 50.000,00	R$ 39.780,00	R$ 39.780,00	Não há	
		CAPS ij	INEXISTENTE	1	0	1	S	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 32.130,00	Não há	
		SRT- Tipo 1	INEXISTENTE	1	0	1	N	R$ 20.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	Proposta em análise	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-02	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
		Equipe de Consultório na Rua- Mod:1		1	1	0	Existente	Não há previsão	R$ 9.500,00	R$ 9.500,00	ICEPi/SESA Nº 046/2021	Não
12.544	Brejetuba	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S-01	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
385.593	Cariacica	CAPS AD II	INEXISTENTE	2	0	2	N	R$ 50.000,00	R$ 39.780,00	R$ 79.560,00	Não há	
		CAPS AD III -	INEXISTENTE	1	0	1	S - 2023	R$ 150.000,00	R$ 105.000,00	R$ 105.000,00	Não há	
		CAPS III	INEXISTENTE	1	0	1	N	R$ 50.000,00	R$ 84.134,00	R$ 84.134,00	Não há	
		CAPS ij	48720	2	1	1	N	Recebido	R$ 32.130,00	R$ 64.260,00	Não há	SIM
		SRT - Municipalização - Tipo 1	INEXISTENTE	1	0	1	N	R$ 20.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	Proposta em análise	
		SRT - Municipalização - Tipo 2	INEXISTENTE	1	0	1	N	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	Proposta em análise	
		Ampliar Equipe de CnR - Tipo 1		2	1	1	N	Não há previsão	R$ 9.500,00	R$ 19.000,00	ICEPi/SESA Nº 046/2021	
		CAPS II Cidade - Municipalizar	7342128	1	1	0	Municipalizar 2023	Recebido	R$ 33.086,25	R$ 33.086,25	Não há	SIM
		CAPS II Moxuara - Municipalizar	3773582	1	1	0	Municipalizar 2024	Recebido	R$ 33.086,25	R$ 33.086,25	Não há	SIM
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S- 02 (2022) S- 01 (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
12.867	Conceição do Castelo	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	SM	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

34.232	Domingos Martins	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S- 2024	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	7404867	3	1	2	S-01 (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
21.752	Fundão	**CAPS I- Falta Habilitar**	317489	1	1	0	Existente	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	NÃO
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	SM	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
126.270	Guarapari	CAPS II	3467678	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 33.086,25	R$ 33.086,25	Não há	SIM
		CAPS AD - Falta Habilitar	974595	1	1	0	Existente	R$ 50.000,00	R$ 39.780,00	R$ 39.780,00	Não há	NÃO
		CAPS ij	INEXISTENTE	1	0	1	N	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 32.130,00	Não há	
		Equipe de Consultório na Rua- Mod:1	INEXISTENTE	1	0	1	N	Não há previsão	R$ 9.500,00	R$ 9.500,00	ICEPi/SESA Nº 046/2021	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-01 (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
26.377	Ibatiba	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	SM	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	2448262	3	1	2	SM	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	NÃO
12.620	Ibiraçu	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	SM	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
17.225	Itaguaçu	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-01	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
10.674	Itarana	EMAESM- Tipo 1	2483718	2	1	1	SM	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	NÃO
16.856	João Neiva	CAPS I	4044657	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	SIM
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	SM	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
11.071	Laranja da Terra	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S-01	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
16.883	Marechal Floriano	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	N	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S- 01	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
12.362	Santa Leopoldina	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	SM	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
40.888	Santa Maria de Jetibá	CAPS I	7213182	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	SIM
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-03	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
23.857	Santa Teresa	CAPS I	6483895	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	SIM

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	SM	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
523.357	Serra	CAPS ij	9266453	2	1	1	N	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 64.260,00	Não há	SIM
		CAPS AD II	3972909	3	1	2	N	R$ 50.000,00	R$ 39.780,00	R$ 119.340,00	Não há	SIM
		CAPS II	5986656	3	1	2	N	R$ 30.000,00	R$ 33.086,25	R$ 99.258,75	Não há	SIM
		CAPS III	INEXISTENTE	2	0	2	N	R$ 50.000,00	R$ 84.134,00	R$ 168.268,00	Não há	
		SRT - Municipalização - Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	N	R$ 20.000,00	R$ 10.000,00	R$ 20.000,00	Proposta em análise	
		CAPS AD III	INEXISTENTE	2	0	2	S- 01Qualificar o ADII p ADIII (2023)	R$ 150.000,00	R$ 105.000,00	R$ 210.000,00	Não há	
		Ampliar Equipe de CnR - Tipo 1		3	1	2	S- 01 (2022)	Não há previsão	R$ 9.500,00	R$ 28.500,00	ICEPi/SESA Nº 046/2021	SIM
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	6	0	6	S-03 (2022-2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 72.000,00	Proposta em análise	
25.563	Venda Nova do Imigrante	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S- Se tiver Cofinanciamento	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	2403358	3	1	2	N	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	SIM
79.123	Viana	CAPS II	INEXISTENTE	1	0	1	SM	R$ 30.000,00	R$ 33.086,25	R$ 33.086,25	Não há	
		CAPS AD II	INEXISTENTE	1	0	1	SM	R$ 50.000,00	R$ 39.780,00	R$ 39.780,00	Não há	
		CAPS ij - Microrregional	INEXISTENTE	1	0	1	SM	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 32.130,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	SM	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
499.417	Vila Velha	CAPS ij	9473963	2	1	1	N	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 64.260,00	Não há	SIM
		CAPS AD II	3461777	3	1	2	N	R$ 50.000,00	R$ 39.780,00	R$ 119.340,00	Não há	SIM
		CAPS II	9736301	3	1	2	N	R$ 30.000,00	R$ 33.086,25	R$ 99.258,75	Não há	SIM
		CAPS III	INEXISTENTE	2	0	2	N	R$ 50.000,00	R$ 84.134,00	R$ 168.268,00	Não há	
		CAPS AD III	INEXISTENTE	2	0	2	S- 01 (Até 2025) Novo ou Qualificar	R$ 150.000,00	R$ 105.000,00	R$ 210.000,00	Não há	
		Ampliar Equipe de CnR - Tipo 1		3	1	2	N	Não há previsão	R$ 9.500,00	R$ 28.500,00	ICEPi/SESA Nº 046/2021	SIM
		SRT - Municipalização - Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	N	R$ 20.000,00	R$ 10.000,00	R$ 20.000,00	Proposta em análise	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	6	0	6	S-01 (2022) S- 02 (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 72.000,00	Proposta em análise	

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

366.188	Vitória	**CAPS ij**	5526175	2	1	1	N	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 64.260,00	Não há	SIM
		CAPS II	12351	2	1	1	N	R$ 30.000,00	R$ 33.086,25	R$ 66.172,50	Não há	SIM
		CAPS III	7603592	1	1	0	N	Recebido	R$ 84.134,00	R$ 84.134,00	Não há	SIM
		CAPS AD II	INEXISTENTE	2	0	2	N	R$ 50.000,00	R$ 39.780,00	R$ 79.560,00	Não há	
		CAPS AD III	12041	1	1	0	N	Recebido	R$ 105.000,00	R$ 105.000,00	Não há	SIM
		SRT - Municipalização - Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	N	R$ 20.000,00	R$ 10.000,00	R$ 20.000,00	Proposta em análise	
		Equipe de CnR - Tipo 1	INEXISTENTE	4	4	0	Existente					
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	N	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
REGIÃO SUL												
População	**Município**	**Serviço/ Tipo**	**CNES**	**Parâmetro**	**Existente**	**Déficit**	**Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)**	**Valor de Implantação (MS)**	**Valor de Custeio Mensal Por equipamento (MS)**	**Valor de Custeio Mensal Total (MS)**	**Valor de Custeio (MS)**	**Habilitado pelo MS SIM NÃO**
30.424	Alegre	CAPS I	3633586	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	SIM
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
		SRT Tipo 1	INEXISTENTE	1	0	1	SM-Ausente	R$ 20.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	Proposta em análise	
14.766	Alfredo Chaves	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	1	0	1	S- 01	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00	Proposta em análise	
		EMAESM - Tipo 3	2403234	1	1	0	Existente	Não há previsão	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	Proposta em análise	SIM
29.594	Anchieta	CAPS I	2813483	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	SIM
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S- 01 (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
7.652	Apiacá	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
12.071	Atílio Vivacqua	EMAESM- Tipo 1	6791697	2	1	1	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
10.048	Bom Jesus do Norte	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
		CAPS ij - Microrregional - Cachoeiro e Vargem Alta	INEXISTENTE	1	0	1	N	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 32.130,00	Não há	
		CAPS AD II	6957986	2	1	1	N	R$ 50.000,00	R$ 39.780,00	R$ 79.560,00	Não há	SIM

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

211.333	Cachoeiro de Itapemirim	CAPS II - Municipalizar o existente	3744264	2	1	1	N	R$ 30.000,00	R$ 33.086,25	R$ 66.172,50	Não há	SIM
		CAPS AD III	INEXISTENTE	1	0	1	N	R$ 150.000,00	R$ 105.000,00	R$ 105.000,00	Não há	
		CAPS III	INEXISTENTE	1	0	1	N	R$ 50.000,00	R$ 84.134,00	R$ 84.134,00	Não há	
		Equipe de Consultório na Rua- Mod:1	INEXISTENTE	3	0	3	S- 01 (2022)	Não há previsão	R$ 9.500,00	R$ 28.500,00	ICEPi/SESA Nº 046/2021	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-01- Tipo2 (2022)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
		SRT - Municipalização - Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S- com disponibilidade do terreno da SESA	R$ 20.000,00	R$ 10.000,00	R$ 20.000,00	Proposta em análise	
37.958	Castelo	CAPS I	6860133	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	SIM
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
4.353	Divino de São Lourenço	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
6.825	Dores do Rio Preto	EMAESM- Tipo 1	2446448	2	1	1	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
31.216	Guaçuí	CAPS I	5934923	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
		SRT - Municipalização - Tipo 1	INEXISTENTE	1	0	1	SM-Ausente	R$ 20.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	Proposta em análise	
8.989	Ibittirama	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
14.017	Iconha	EMAESM- Tipo 1	9365532	2	1	1	Qualificar a Tipo 1 para Tipo 2	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	SIM
13.528	Irupi	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
34.736	Itapemirim	**CAPS I - Falta Habilitar**	9260447	1	1	0	Existente - Habilitar a depender do SAIPS2023	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	NÃO
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S- 02 (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
29.490	Iúna	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S- (2023-2024)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Proposta em análise	
		EMAESM- Tipo 1	2628082	3	1	2	S- 01(2022) S- 01 (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	NÃO
12.330	Jerônimo Monteiro	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S-01 (2022) S- 01- Tipo 2 (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
38.934	Marataízes	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	S-(2023)	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Proposta em análise	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S-01	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

26.448	*Mimoso do Sul	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	SM- Ausente	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
17.662	Muniz Freire	**CAPS I - Falta Habilitar**	862215	1	1	0	Habilitar o CAPS A depender do SAIPS	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	2547090	3	1	2	N	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	SIM
15.624	Muqui	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	N	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S- 02- 2022 e 2023	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
21.956	Piúma	CAPS I	INEXISTENTE	1	0	1	SM- Ausente	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	SM- Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	
11.705	Presidente Kennedy	EMAESM- Tipo 1	9920706	2	1	1	S-01- (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
11.753	Rio Novo do Sul	EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	SM-Ausente	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
10.675	São Jose do Calçado	CAPS I	3425673	1	1	0	Existente- Discutir na CIR,19/05/22	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	SIM
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	2	0	2	S- 01(2002) S-01 2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 24.000,00	Proposta em análise	
21.644	Vargem Alta	CAPS I	3855430	1	1	0	Existente	Recebido	R$ 28.305,00	R$ 28.305,00	Não há	SIM
		EMAESM- Tipo 1	INEXISTENTE	3	0	3	S- 01 (2023)	Não há previsão	R$ 12.000,00	R$ 36.000,00	Proposta em análise	

* CAPS I - Mimoso do Sul - município ausente na oficina de pactuação, contudo a Ref Técnica de SM da Regional de Saúde Sul informou que está em curso o projeto de implantação do CAPS.

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

CENTRAL-NORTE

Município - Sede	Municípios Referenciados	Serviço/ Tipo	CNES	Parâmetro	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por equipamento (MS)	Valor de Custeio Anual Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS SIM NÃO
Nova Venécia/ Barra de São Francisco ou Ecoporanga A DEFINIR MUNICÍPIO	Nova Venécia/ Vila Pavão/Barra de São Francisco/Ecoporanga/Água Doce do Norte São Gabriel da Palha/ e Vila Valério	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	S- 2023	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
Pinheiros ou Montanha	Pinheiros/ Boa Esperança/ Montanha/ Mucurirci/ Ponto Belo	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	S- 2023	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
São Mateus	São Mateus/ Pedro Canário / Conceição da Barra e Jaguaré	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	S- 2023	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
Linhares	Linhares /Sooretama	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	S até 2025	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
Colatina	Colatina/São Roque do Canaã/Baixo Guandu/Marilândia/Mantenópolis/Alto Rio Novo/	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	S até 2025	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
Governador Lindeberg	Governador Lindenberg/São Domingos do Norte/Aguia Branca/ Rio Bananal/ Pancas	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	S até 2025	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	

METROPOLITANA

Município - Sede	Município	Serviço/ Tipo	CNES	Parâmetro	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por equipamento (MS)	Valor de Custeio Mensal Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS SIM NÃO
Aracruz	Aracruz/João Neiva Ibiraçu e Fundão	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
Santa Maria de Jetibá	Santa Maria de Jetibá/ Santa Teresa/Santa Leopoldina/Itarana/Itaguaçu/Laranja da Terra.	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
Venda Nova do Imigrante	VNI/Afonso Cláudio/ Conceição do Castelo/ Ibatiba/Brejetuba	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	

SUL

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

Município - Sede	Município	Serviço/ Tipo	CNES	Parâmetro	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por equipamento (MS)	Valor de Custeio Mensal Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS SIM NÃO
Anchieta ou Itapemirim	Alfredo Chaves/Anchieta/Iconha/Itapemirim/Marataízes/Piúma/Presidente Kennedy/Rio Novo do Sul	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Aguardando Nova Oficina de Pactuação em 19/05/2022	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
Mimoso do Sul	Mimoso do Sul/Atílio Vivacqua/Muqui	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Aguardando Nova Oficina de Pactuação em 19/05/2023	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
Guaçuí	Guaçuí/São José do Calçado/Bom Jesus do Norte/Dores do Rio Preto/Divino de São Lourenço/Ibitirama/Apiacá/Jerônimo Monteiro	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Aguardando Nova Oficina de Pactuação em 19/05/2024	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
Cachoeiro de Itapemirim	Vargem Alta e Cachoeiro de Itapemirm/Castelo	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	NÃO	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
Muniz Freire	Muniz Freire/Iúna/Irupi Alegre	CAPS IJ - Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Aguardando Nova Oficina de Pactuação em 19/05/2026	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00	R$ 385.560,00	Não há	
Município - Sede	**Municípios Referenciados**	**Serviço/ Tipo**	**CNES**	**Parâmetro**	**Existente**	**Déficit**	**Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)**	**Valor de Implantação (MS)**	**Valor de Custeio Mensal Por equipamento (MS)**	**Valor de Custeio Anual Total (MS)**	**Valor de custeio (SESA)**	**Habilitado pelo MS SIM NÃO**
Colatina	Colatina/São Roque do Canaã/Baixo Guandu/Pancas/Marilândia/Governador Lindemberg/São Domingos do Norte	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	N	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Linhares	Linhares/Rio Bananal/Sooretama/	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	N	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Nova Venécia	Nova Venécia/São Gabriel da Palha/Águia Branca/Barra de São Francisco/Água Doce do Norte/Vila Pavão/Ecoporanga/Ponto Belo/Vila Valério	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	N	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
São Mateus	São Mateus/Jaguaré/ /Boa Esperança/Conceição daBarra/Pinheiros/Pedro Canário/Montanha/ Mucurici	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	N	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Município - Sede	**Município**	**Serviço/ Tipo**	**CNES**	**Parâmetro**	**Existente**	**Déficit**	**Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)**	**Valor de Implantação (MS)**	**Valor de Custeio Mensal Por equipamento (MS)**	**Valor de Custeio Mensal Total (MS)**	**Valor de custeio (SESA)**	**Habilitado pelo MS SIM NÃO**

2022-9MJS74 - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL 15/07/2022 16:52 PÁGINA 11 / 18

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

Aracruz	Aracruz/João Neiva/ Ibiraçu/Fundão	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Domingos Martins	Domingos Martins/ Marechal Floriano	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Santa Maria de Jetibá	Santa Maria de Jetibá/ Santa Teresa/ Santa Leopoldina/Itarana/ Itaguaçu/ Laranja da Terra	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Venda Nova do Imigrante	VNI/Afonso Cláudio/ Conceição do Castelo/ Ibatiba/Brejetuba	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Cariacica	Cariacica / Viana	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Serra	Serra	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Vitória	Vitória	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Vila Velha	Vila Velha/ Guarapari	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTENTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Município - Sede	**Município**	**Serviço/ Tipo**	**CNES**	**Parâmetro**	**Existente**	**Déficit**	**Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)**	**Valor de Implantação (MS)**	**Valor de Custeio Mensal Por equipamento (MS)**	**Valor de Custeio Mensal Total (MS)**	**Valor de custeio (SESA)**	**Habilitado pelo MS SIM NÃO**
Anchieta	AlfredoChaves/Iconha/ Anchieta/ Piúma/	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Cachoeiro de Itapemirim	Cachoeiro de Itapemirim/Rio Novo doSul/VargemAlta/Castelo	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Itapemirim	Itapemirim/Marataízes/ Presidente Kennedy	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Guaçuí	Guaçuí/Alegre/Apiacá/São José do Calçado/Bom Jesus do Norte/Dores do Rio Preto/Divino de São Lourenço/Jerônimo Monteiro	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Mimoso do Sul	Mimoso do Sul/Muqui/Atílio Vivacqua/	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
Muniz Freire	Muniz Freire/Ibitirama/ Iúna/Irupi	Centro de Convivência e Cultura Microrregionalizado	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	Não há previsão	Não há financiamento	Não há financiamento	Não há	
REGIÃO CENTRAL/NORTE												

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

Município - Sede	Municípios Referenciados	Serviço/ Tipo	CNES	Parâmetro	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por equipamento (MS)	Valor de Custeio Anual Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS SIM NÃO
Colatina	Colatina/Baixo Guandu/Mantenópolis/Pancas/São Domingos do Norte/São Gabriel da Palha	Unidade Acolhimento Adulto	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00	Não há	
	Colatina/Baixo Guandu/Mantenópolis/Pancas/São Domingos do Norte/São Gabriel da Palha	Unidade Acolhimento IJ	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00	Não há	
Linhares	Águia Branca/Alto Rio Novo/Governador Lindemberg/Linhares/Marilândia/Rio Bananal/Sooretama/Vila Valério	Unidade Acolhimento Adulto	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00	Não há	
	Águia Branca/Alto Rio Novo/Governador Lindemberg/Linhares/Marilândia/Rio Bananal/Sooretama/Vila Valério	Unidade de Acolhimento IJ	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00	Não há	
São Mateus	Conceição da Barra/Jaguaré/Pedro Canário e São Mateus	Unidade de Acolhimento Adulto	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00	Não há	
	Conceição da Barra/Jaguaré/Pedro Canário e São Mateus	Unidade de Acolhimento IJ	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 30.000,00	R$ 300.000,00	Não há	

REGIÃO METROPOLITANA

Município - Sede	Municípios Referenciados	Serviço/ Tipo	CNES	Parâmetro	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por equipamento (MS)	Valor de Custeio Anual Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS SIM NÃO
Aracruz	Aracruz/João Neiva/Ibiraçu/Fundão	Unidade Acolhimento Adulto	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00	Não há	
	Aracruz/João Neiva/Ibiraçu/Fundão	Unidade Acolhimento IJ	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00	Não há	
Cariacica	Cariacica/Viana//Domingos Martins/Ibatiba/Marechal Floriano e Venda Nova do Imigrante	Unidade Acolhimento Adulto	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00	Não há	
	Cariacica/Viana/Domingos Martins/Ibatiba/Marechal Floriano e Venda Nova do Imigrante	Unidade de Acolhimento IJ	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00	Não há	

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

Serra	Serra/Itaguaçu/Itarana/Laranja da Terra	Unidade de Acolhimento Adulto	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00	Não há	
	Serra/Itaguaçu/Itarana/Laranja da Terra	Unidade de Acolhimento IJ	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00	Não há	
Vitória	Santa Leopoldina/Santa Maria de Jetibá/Santa Teresa/São Roque do Canaã	Unidade Acolhimento Adulto	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00	Não há	
	Santa Leopoldina/Santa Maria de Jetibá/Santa Teresa/São Roque do Canaã	Unidade Acolhimento IJ	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00	Não há	
Vila Velha	Vila Velha/Guarapari/Afonso Cláudio/Brejetuba/Conceição do Castelo/	Unidade de Acolhimento Adulto	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00	Não há	
	Vila Velha/Guarapari/Afonso Cláudio/Brejetuba/Conceição do Castelo/	Unifade de Acolhimento IJ	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00	Não há	

REGIÃO SUL

Município - Sede	Municípios Referenciados	Serviço/ Tipo	CNES	Parâmetro	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por equipamento (MS)	Valor de Custeio Anual Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS SIM NÃO
Cachoeiro de Itapemirim	Todos os municipios do Sul	Unidade Acolhimento Adulto	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00	Não há	
	Todos os municipios do Sul	Unidade Acolhimento IJ	INEXISTETNTE	1	0	1	Não	R$ 70.000,00	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00	Não há	

LEITOS -CENTRAL/NORTE

Municipio	Descrição Localização do Servço	CNES	Necessidade	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por Leito (MS)	Valor de Custeio Anual por leito Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS SIM NÃO
Linhares	Leitos de SM- Hospital Geral de Linhares		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Baixo Guandu	Leitos de SM- Novo Hospital		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Barra de São Francisco	Leitos de SM- Hospital Alceu Melgaço		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
São Gabriel da Palha	Leitos de SM- Hospital Santa Rita		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Nova Venécia	Leitos de SM- Hospital São Marcos		**Propõe ampliação**								
Ecoporanga	Leitos de SM- Hospital de Ecoporanga		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
São Mateus	LEITOS DE SM ???? OU PORTA DE ENTRADA DE U/E PSIQ ?????		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	

LEITOS - METROPOLITANA

Municipio	Descrição Localização do Servço	CNES	Necessidade	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por Leito (MS)	Valor de Custeio Anual por leito Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS SIM NÃO

2022-9MJS74 - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL 15/07/2022 16:52 PÁGINA 14 / 18

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Implantação de novos Serviços Ambulatoriais Especializados

Aracruz	Leitos de SM- Hospital Maternidade São Camilo		10 leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Afonso Cláudio	Leitos de SM- Hospital São Vicente de Paulo		10leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Domingos Martins	Leitos de SM- Hospital Phaasdoma		10 leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
João Neiva	Leitos- Hospital Sagrado Coração de Maria		10leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Santa Teresa	Leitos de SM - Hospital Madre Regina Prottmann		10 leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Santa Maria de Jetibá	Leitos SM- Hospital Concórdia		10 leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Vila Velha	Ampliação leitos no HIMABA		15 leitos/ Infantojuvenil	0	15	S	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	

LEITOS - SUL

Municipio	Descrição Localização do Serviço	CNES	Necessidade	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por Leito (MS)	leito Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS
Anchieta	Leitos de SM- Hospital Municipal e Maternidade Padre Humberto (MEPES)		10 leitos/ Adulto	0	10	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Cachoeiro de Itapemirim	Leitos de SM- HIFA		10leitos/ Infantojuvenil	0	10	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Castelo	Leitos de SM- Hospital Municipal de Castelo		8 leitos/ Adulto	0	8	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Guaçuí	Leitos de SM- Hospital Santa Casa de Guaçuí		8 leitos/ Adulto	0	8	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Itapemirim	Leitos de SM- Hospital Menino Jesus		8 leitos/ Adulto	0	8	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Iúna	Leitos de SM- Santa Casa		8 leitos/Adulto	0	8	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Mimoso do Sul	Leitos de SM- Apóstlo Pedro		**Proposta Ampliação**			Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
São José do Calçado	Leitos de SM- Hospital Estadual São José do Calçado		8 leitos/ Adulto	0	8	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	

CENTRAL/NORTE- LEITOS EM HOSPITAIS GERAIS

(1) -HRAS-JUSTIFICATIVA: GC RAPS - JÁ REALIZAM ATENDIMENTO HÁ ANOS E NÃO ESTÃO RECEBENDO POR ISSO/ JÁ TEM EQUIPE PSICOSSOCIAL/ O MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS ENTENDE A NECESSIDADE DOS LEITOS UMA VEZ QUE A REDE SERÁ AMPLIADA E QUE SERÃO SEDE DE SERVIÇOS REGIONAIS (CAPS IJ/ SRT E UA)

(2) - Barra de São Francisco-JUSTIFICATIVA: GC RAPS e a area técnica de SM Mental do município entende a necessidade de manter a proposta dos leitos de saúde mental no hospital Alceu Melgaço BSF COM O FUNCIONAMENTO DO caps
(3) São Gabriel da Palha- JUSTIFICATIVA: reunião EM 11/02/2022 no município/ condicionado ao funcionamento do CAPS

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

PROPOSTA DE ABERTURA E AMPLIAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS - POR REGIÃO DE SAÚDE

LEITOS -CENTRAL/NORTE

Municipio	Descrição Localização do Serviço	CNES	Necessidade	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por Leito (MS)	Valor de Custeio Anual por leito Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS SIM NÃO
Linhares	Leitos de SM- Hospital Geral de Linhares		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Baixo Guandu	Leitos de SM- Novo Hospital		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Barra de São Francisco	Leitos de SM- Hospital Alceu Melgaço		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
São Gabriel da Palha	Leitos de SM- Hospital Santa Rita		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Nova Venécia	Leitos de SM- Hospital São Marcos		**AMPLIAR +8 LEITOS**	8	0	N	R$ -	R$ 5.610,11		**PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO**	
Ecoporanga	Leitos de SM- Hospital de Ecoporanga		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
São Mateus	LEITOS DE SM ???? OU PORTA DE ENTRADA DE U/E PSIQ ?????		8 leitos/ Adulto	0	8	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	

LEITOS - METROPOLITANA

Municipio	Descrição Localização do Serviço	CNES	Necessidade	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N) Sem manifestação (SM)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por Leito (MS)	Valor de Custeio Anual por leito Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS SIM NÃO
Aracruz	Leitos de SM- Hospital Maternidade São Camilo		10 leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Afonso Cláudio	Leitos de SM- Hospital São Vicente de Paulo		10leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Cariciacica	Hospital Geral de Cariacica Em construção		10leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Domingos Martins	Leitos de SM- Hospital Phaasdoma		10 leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
João Neiva	Leitos- Hospital Sagrado Coração de Maria		10leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Santa Teresa	Leitos de SM - Hospital Madre Regina Prottmann		10 leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Santa Maria de Jetibá	Leitos SM- Hospital Concórdia		10 leitos/ Adulto	0	10	N	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Vila Velha	Ampliação leitos no HIMABA		15 leitos/ Infantojuvenil	0	15	S	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	

LEITOS - SUL

Municipio	Descrição Localização do Serviço	CNES	Necessidade	Existente	Déficit	Pactuado Sim (S) Não (N)	Valor de Implantação (MS)	Valor de Custeio Mensal Por Leito (MS)	leito Total (MS)	Valor de custeio (SESA)	Habilitado pelo MS
Anchieta	Leitos de SM- Hospital Municipal e Maternidade Padre Humberto (MEPES)		10 leitos/ Adulto	0	10	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Cachoeiro de Itapemirim	Leitos de SM- HIFA		10leitos/ Infantojuvenil	0	10	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Castelo	Leitos de SM- Hospital Municipal de Castelo		8 leitos/ Adulto	0	8	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Guaçuí	Leitos de SM- Hospital Santa Casa de Guaçuí		8 leitos/ Adulto	0	8	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Itapemirim	Leitos de SM- Hospital Menino Jesus		8 leitos/ Adulto	0	8	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção
Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde

Principais Investimentos Previstos - 2022-2023 - Proposta Estadual

NOVA PPI CAPIXABA - PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

REDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

PROPOSTA DE ABERTURA E AMPLIAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS - POR REGIÃO DE SAÚDE

Iúna	Leitos de SM- Santa Casa		8 leitos/Adulto	0	8	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
Mimoso do Sul	Leitos de SM- Apóstlo Pedro		**AMPLIAR+10 LEITOS**	10		Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	
São José do Calçado	Leitos de SM- Hospital Estadual São José do Calçado		8 leitos/ Adulto	0	8	Pactuar: SESA/Hospitais	R$ 33.000,00	R$ 5.610,11	R$ 67.321,32	Repassa até habilitação pelo MS	

ASSINATURAS (3)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GABRIELA BERTULOZO FERREIRA
PSICOLOGO - QSS
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 10:32:32 -03:00

JORDANA CRISTINA SANTOS DA SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 12:23:17 -03:00

FRANCIELY DA COSTA GUARNIER
PSICOLOGO - DT
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 16:52:00 -03:00

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 15/07/2022 16:52:01 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-9MJS74

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 15/07/2022 12:56:41 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: CÓPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-8BVQHK

2022-8BVQHK - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 15/07/2022 12:56 PÁGINA 2 / 2

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

2022-V2XCZ4 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 15/07/2022 12:57 PÁGINA 1 / 18

Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

REALIZAÇÃO

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Ricardo de Oliveira

SUBSECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PARA ASSSUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Joanna D'Arc Victória Barros de Jaegher

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Eida Maria Borges Gonsalves

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Priscila Bacchetti Cezar Weber

NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Débora Sobreira da Silva

COORDENAÇÃO DO PROJETO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nathalia Borba Raposo Pereira

AUTORES: Elaine de Oliveira Leppaus, Fernanda Schwanz Coutinho, Gabriela Bertulozo Ferreira, Indira de Paula Nunes Pinto, Lais Fardin Novaes, Larissa Almeida Rodrigues, Natália Maria de Souza Pozzatto, Nathalia Borba Raposo Pereira, Renata Ribeiro Herkenhoff, Vicente de Paulo Ramatis Lima.

CONSULTORIA

Maria Emi Shimazaki

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Ficha Catalográfica

Versão: 2018

Equipe Responsável: Elaine de Oliveira Leppaus, Fernanda Schwanz Coutinho, Gabriela Bertulozo Ferreira, Indira de Paula Nunes Pinto, Lais Fardin Novaes, Larissa Almeida Rodrigues, Natália Maria de Souza Pozzatto, Nathalia Borba Raposo Pereira, Renata Ribeiro Herkenhoff, Vicente de Paulo Ramatis Lima.

2022-V2XCZ4 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 15/07/2022 12:57 PÁGINA 3 / 18

SUMÁRIO

SIGLAS OU ACRÓSTICOS 4

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE 5

INTRODUÇÃO 5

CONSULTA PÚBLICA 6

OBJETIVOS 6

PÚBLICO ALVO 6

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 6

    6.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL 7

CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL 9

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL 11

ANEXO - Fluxo de regulação de leitos de saúde mental 15

REFERÊNCIAS 16

SIGLAS OU ACRÓSTICOS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ERSM	Equipe de Referência em Saúde Mental
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HGT	Hemoglicoteste
NERI	Núcleo Especial de Regulaçao de Internação
PA	Pressão Arterial
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SUS	Sistema Único de Saúde
TAX	Temperatura Axilar

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse entre os autores do Protocolo.

INTRODUÇÃO

Pautada nos princípios da Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a Política Nacional de Saúde Mental prevê prioridade absoluta aos atendimentos realizados no âmbito territorial e comunitário, assegurando aos usuários do sistema de saúde o direito de acesso ao melhor tratamento, consentâneo às suas necessidades e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. O cuidado em saúde mental se desenvolve nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como em dispositivos intersetoriais e iniciativas desenvolvidas nos grupos familiares e comunitários.

As questões de saúde mental são condições crônicas e demandam atendimento continuado no sistema de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade e visando a integralidade da atenção. Essas condições, ao longo do tempo, podem agudizar e requerer intervenções específicas e imediatas, com a convocação de outros pontos de atenção além dos já envolvidos no acompanhamento continuado.

Entre os instrumentos de regulação do acesso assistencial estão as diretrizes e os protocolos clínicos e operacionais. Os protocolos clínicos têm a função de orientar o uso de recursos terapêuticos estratégicos, otimizando as tecnologias utilizadas e qualificando a assistência prestada.

O Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental se coloca assim como uma ferramenta de apoio à decisão clínica na regulação do acesso aos pontos de atenção da RAPS para os casos agudos. É um processo de gestão do risco clínico que tem por objetivo estabelecer prioridades para o atendimento dos usuários de saúde mental que acessam o sistema de saúde e também definir o recurso assistencial mais adequado a cada caso. Portanto, tem entre seus objetivos a identificação dos casos mais graves, permitindo um atendimento mais rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Além da definição do risco, o Protocolo também atua como apoio para que as equipes dos serviços de saúde avaliem o recurso mais adequado a cada caso, buscando qualificar os encaminhamentos e o seguimento dos pacientes na rede de atenção à saúde.

CONSULTA PÚBLICA

O documento foi submetido à Consulta Pública durante o mês de agosto de 2018 na página eletrônica da Secretaria de Estado da Saúde e divulgado nos Grupos Condutores Regionais da RAPS do Espírito Santo.

OBJETIVOS

- Personalizar o atendimento aos usuários de saúde mental;
- Avaliar o usuário logo na sua chegada a um serviço de saúde;
- Definir e desencadear a resposta mais indicada a cada caso: atendimento no tempo certo e com recurso adequado;
- Apoiar a organização o fluxo regulatório de acesso aos serviços de saúde mental;
- Agilizar o atendimento aos casos mais graves e urgentes;
- Evitar o uso de tecnologias invasivas e/ou de alta complexidade sem a devida avaliação (ex.: internação sem indicação);
- Qualificar o acesso ao recurso necessário de forma eficiente e equânime;
- Normatizar a abordagem assistencial à crise em saúde mental no Estado.

PÚBLICO ALVO

Esse Protocolo se destina aos profissionais de saúde dos pontos de atenção da RAPS, aí incluídos os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de urgência e emergência (ex.: prontos-socorros, pronto atendimentos), os Hospitais Gerais, bem como profissionais das Centrais de Regulação do Estado, Superintendências Regionais de Saúde e municípios do Espírito Santo.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

De acordo com a Cartilha “Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde”, do Ministério da Saúde,

> A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica

> de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Na avaliação de casos de saúde mental, os atendimentos devem ser singulares (personalizados) e, além do quadro clínico apresentado, deve-se levar em conta aspectos como o contexto familiar e vulnerabilidade social na determinação do risco/gravidade. Os usuários devem ser atendidos em ambientes seguros e tranquilos.

Cada serviço de saúde deve buscar conhecer a rede de atenção existente em seu território, seja em âmbito local, municipal, regional ou estadual, a fim de otimizar a garantir a melhor orientação a cada caso e evitar a realização de encaminhamentos sem implicação.

Por encaminhamento implicado entende-se a necessidade de que o profissional responsável pelo encaminhamento se inclua no processo, responsabilizando-se pelo estabelecimento de um endereço para a demanda e acompanhando o caso até seu destino, sendo por vezes necessário que o serviço que encaminha faça um trabalho junto ao serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso.

Nos atendimentos pré-hospitalares e hospitalares, e nos casos de solicitação de internação em saúde mental, é fundamental que o serviço de saúde que recebeu o paciente realize o diagnóstico diferencial, excluindo possíveis causas médicas não relacionadas a um transtorno mental (causas orgânicas) para o quadro apresentado, e a avaliação da saúde mental.

AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Na avaliação em saúde mental, é preciso fazer uma anamnese apropriada, que inclua tanto a história da saúde física quanto de condições mentais e comportamentais, seguida de avaliação da saúde física para identificar condições concomitantes e orientar a pessoa sobre medidas preventivas. Essas ações devem ser realizadas com o consentimento da pessoa, sempre que possível.

Após a avaliação da saúde física e realização do diagnóstico diferencial, a avaliação em saúde mental deve conter as seguintes informações, que podem ser coletadas junto ao paciente e/ou junto ao familiar/responsável:

a) Anamnese

- Queixa principal: sintoma razão principal que levou a pessoa a buscar atendimento; quando, por que e como começou;
- História pregressa de condições mentais e comportamentais: problemas semelhantes no passado, eventuais internações psiquiátricas ou medicamentos prescritos para condições de sofrimento mental, bem como sobre eventuais tentativas de suicídio; presença de tabagismo e o uso de álcool e substâncias;
- História clínica geral: problemas de saúde física e os medicamentos usados; lista dos medicamentos atuais; alergias a medicamentos; comorbidades orgânicas associadas;
- História familiar de condições mentais e comportamentais: possível história familiar de condições mentais e comportamentais, se algum familiar teve sintomas semelhantes ou recebeu tratamento para uma condição mental ou comportamental;
- História psicossocial: fatores de estresse atuais, métodos de enfrentamento e apoio social; atual funcionamento sócio-ocupacional (como é o funcionamento da pessoa em casa, no trabalho e nos relacionamentos); informações básicas que incluam local de residência, escolaridade, história de trabalho ou emprego, estado civil, número e idade dos filhos, renda, estrutura doméstica e condições de vida;

b) Exame físico

A avaliação da saúde física deve conter minimamente: pressão arterial (PA); frequência cardíaca (FC); frequência respiratória (FR); temperatura axilar (TAX); hemoglicoteste (HGT); informações sobre fatores de risco: sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, uso nocivo de álcool ou outras substâncias, comportamentos de risco e doenças crônicas; existência de comorbidades (condições clínicas coexistentes com o quadro psiquiátrico apresentado).

c) Exame psíquico

- Nível de consciência; escala de Glasgow; aparência global; atitude geral, comportamento, discurso/linguagem, pensamento, humor/afeto, sensopercepção (fenômenos alucinatórios), juízo de realidade, vontade, pragmatismo, inteligência e crítica de morbidade.

d) Hipótese diagnóstica

e) Conduta terapêutica.

Cabe destacar que, ainda que os itens “c”, “d” e “e” sejam prerrogativas do profissional médico, a avaliação em saúde mental dever ser feita por toda a equipe multidisciplinar. As percepções de todos os profissionais envolvidos no cuidado devem ser discutidas, no sentido de garantir um olhar integral à pessoa atendida.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Nos moldes da Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a internação em saúde mental é medida excepcional e só deve ser acionada após o esgotamento dos recursos extra-hospitalares. Pertence a um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que deve ser elaborado nos territórios onde os sujeitos vivem, não devendo ser, em hipótese alguma, a única ou primeira opção de tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico.

A referida Lei também define que as internações em saúde mental somente serão autorizadas mediante laudo médico individual circunstanciado que caracterize seus motivos. É fundamental que esse laudo seja atual e descreva o estado de saúde em que se encontra o sujeito para quem se solicita a vaga de internação, de modo a subsidiar a tomada de decisão do médico regulador.

Além do laudo, é necessário apresentar avaliação interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, emitida pelo CAPS do município de residência do paciente, quando os municípios contarem com esse serviço. Em municípios que não possuam CAPS, a avaliação interdisciplinar poderá ser emitida por Equipe de Referência de Saúde Mental (ERSM) ou equipe da Atenção Básica de Saúde do município, sempre descrevendo as medidas terapêuticas já adotadas, para tratamento do caso.

Definem-se as seguintes modalidades de internação em saúde mental:

- Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. Nesses casos, o juiz competente levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. Mesmo as internações compulsórias devem ser avaliadas conforme os critérios aqui descritos e precedidas de laudo médico circunstanciado, no sentido de garantir equidade no acesso aos serviços.

A internação involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (BRASIL, 2001).

Para internação de crianças e adolescentes, além das demais legislações cabíveis, deve-se considerar o disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente, especialmente o disposto no Artigo 12, que estabelece a obrigação aos estabelecimentos de saúde de proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável.

Quando necessárias, após adequada avaliação e classificação do risco, as internações em saúde mental podem ser solicitadas, de acordo com o fluxo anexo, ao Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI), uma unidade operacional integrante da estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA) responsável por regular o acesso às tecnologias de saúde, visando ofertar o acesso em tempo oportuno, de forma equânime, ordenada e racional, qualificando o fluxo regulatório dos usuários no Sistema de Saúde conforme a sua prioridade clínica.

Seguindo as definições da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), o NERI tem como objetos

> a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (Brasil, 2008).

Entre as atribuições desse Núcleo está a regulação do acesso ao Componente Hospitalar da RAPS, seja na rede própria, filantrópica ou complementar, quando necessário. Visa contribuir com a integralidade da assistência às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

As solicitações de internação são recebidas pelo NERI, avaliadas e classificadas conforme a prioridade clínica, pelo médico regulador, que é o profissional com autoridade e competência técnica para discernir o grau de urgência e prioridade de cada caso, seguindo as informações que lhe forem disponibilizadas, visando dar a melhor resposta possível às necessidades dos usuários.

2022-V2XCZ4 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 15/07/2022 12:57 PÁGINA 12 / 18

A realidade social e condições de saúde da população, bem como a RAPS, são dinâmicas e passam por mudanças constantes ao longo do tempo. Por isso, esse Protocolo deve ser reavaliado sempre que surgir tal necessidade, respeitando-se sempre os princípios do SUS, as diretrizes da Política de Saúde Mental a integralidade da atenção à saúde.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

A construção desse Protocolo inspirou-se no Protocolo de Manchester, que garante a utilização de critérios uniformes de classificação de risco ao longo do tempo e com diferentes equipes e, assim, a prioridade de atendimento e classificação do risco em saúde mental será categorizada através das cores:

- **Vermelho**: Caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato. Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deteriorização do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros.
- **Laranja**: Risco significativo. Condições que potencialmente ameaçam à vida e requerem rápida intervenção.
- **Amarelo**: Casos de gravidade moderada. Condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas rapidamente.
- **Verde**: Condições que apresentam um potencial para complicações.
- **Azul**: Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, sem alterações dos sinais vitais.

Recomenda-se que os casos classificados como Amarelo, Verde ou Azul sejam encaminhados aos serviços equipes dos territórios de origem dos pacientes - como Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS, ERSM, Ambulatórios de Saúde Mental -, devendo estes serviços responsabilizar-se pelo acompanhamento continuado dos mesmos.

VERMELHO

Emergência considerada de RISCO GRAVE, que justifica direcionamento prioritário e atendimento clínico e/ou especializado imediato.

Qualificadores:

- Tentativa de suicídio em qualquer circunstância, com ou sem agitação psicomotora;
- Episódio depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos associado à ideação suicida, com planejamento ou história anterior de tentativa de suicídio;
- Episódio de Mania (euforia) com ou sem sintomas psicóticos associado comportamento inadequado com risco para si e/ou terceiros
- Autonegligência (perda do autocuidado) grave com doenças clínicas associadas (comorbidades orgânicas);
- Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e outras drogas);
- Quadro psicótico com delírios, alucinações, alteração do comportamento, podendo estar associado a confusão mental, ansiedade e impulsividade com risco para si e/ou terceiros;
- Episódio de autoagressividade (automutilação, cutting) com risco de morte eminente
- Episódio de agitação psicomotora, agressividade auto e/ou heterodirigida, com ideação, planejamento e/ou tentativa de homicídio ou suicídio;
- Quadro de alcoolismo ou dependência química a outras drogas com sinais de agitação e/ou agressividade auto e/ou heterodirigida, várias tentativas anteriores de tratamento extra-hospitalar sem êxito, com riscopsicossocialelevado.

LARANJA

Urgência considerada de RISCO ELEVADO, com necessidade de classificação imediata, que justifica atendimento clínico e/ou especializado em que não há riscos imediatos de vida.

Qualificadores:

- Quadro depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos, com ideação suicida sem planejamento, porém sem apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar;

- Quadro psicótico agudo, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade, porém sem apoio sociofamiliar;
- Autonegligência (perda do autocuidado) grave;
- Alcoolismo ou dependência química a outras substâncias com sinais de abstinência leve ou moderado que não consegue se abster com programa de tratamento extra-hospitalar, com evidência de risco social;
- Quadros refratários à abordagem ambulatorial e especializada;
- Episódio conversivos/dissociativos, com alteração aguda do comportamento e risco à própria integridade ou à de terceiros;
- Determinações judiciais.

AMARELO

Urgência considerada de RISCO MODERADO, que justifica solicitação de tratamento em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório Especializado em Saúde Mental e/ou Atenção Primária à Saúde com apoio do NASF.

Qualificadores:

- Quadro depressivo moderado com ou sem ideação suicida, com apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar;
- Quadro psicótico agudo, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade auto e heterodirigida, com apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar;
- Alcoolismo ou dependência química a outras drogas com sinais de abstinência leve que consegue participar de programa de tratamento especializado ambulatorial;
- Histórico psiquiátrico pregresso com tentativa de suicídio e/ou homicídio e internação prévia.

2022-V2XCZ4 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 15/07/2022 12:57 PÁGINA 14 / 18

VERDE

Síndromes e/ou sinais e sintomas considerados de RISCO BAIXO, sem indicação de Atenção 24 horas e que justificam solicitação de tratamento em Atenção Primária à Saúde com apoio da ERSM, NASF e/ouESF.

Qualificadores:

- Síndromes Depressivas Leves;
- Transtorno Afetivo Bipolar: episódio depressivo ou maníaco sem risco para si ou para terceiros;
- Insônia;
- Síndromes conversivas/dissociativas sem risco para si ou para terceiros
- Sintomas psicossomáticos, crises de ansiedade;
- Episódios de uso nocivo/abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas;
- Luto / Reação adaptativa.

AZUL

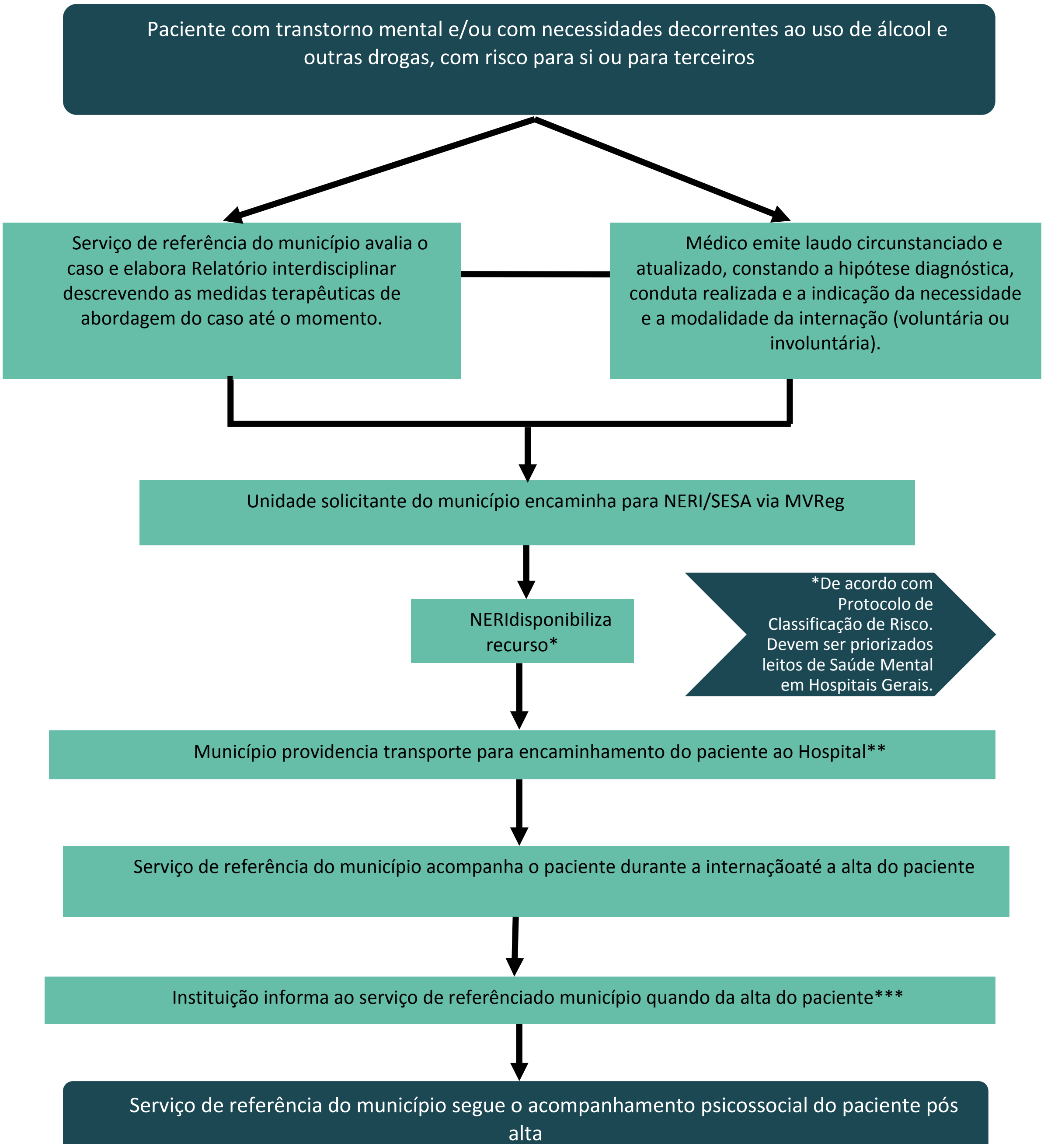
Situações inespecíficas, síndromes, sinais e/ou sintomas considerados NÃO URGENTES que justifiquem referenciar para acompanhamento na Atenção Primária e/ou Especializada.

Qualificadores:

- Condições psiquiátricas crônicas estabilizadas;
- Manutenção do acompanhamento ambulatorial multiprofissional para pacientes com transtornos mentais crônicos em uso de medicação estabilizados;
- Demandas administrativas (trocas e requisições de receitas médicas, laudos médicos);
- Orientações e apoio familiar.

ANEXO

REGULAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL



Paciente com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas, com risco para si ou para terceiros

Serviço de referência do município avalia o caso e elabora Relatório interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento.

Médico emite laudo circunstanciado e atualizado, constando a hipótese diagnóstica, conduta realizada e a indicação da necessidade e a modalidade da internação (voluntária ou involuntária).

Unidade solicitante do município encaminha para NERI/SESA via MVReg

NERIdisponibiliza recurso*

*De acordo com Protocolo de Classificação de Risco. Devem ser priorizados leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais.

Município providencia transporte para encaminhamento do paciente ao Hospital**

Serviço de referência do município acompanha o paciente durante a internaçãoaté a alta do paciente

Instituição informa ao serviço de referênciado município quando da alta do paciente***

Serviço de referência do município segue o acompanhamento psicossocial do paciente pós alta

*Os pacientes portadores de comorbidades orgânicas crônicas estabilizadas (ex.: insuficiência renal, hepática, DPOC, HAS, DM, etc.) devem ser regulados PREFERENCIALMENTE para leitos em Hospitais Gerais devido ao risco aumentado de complicações clínicas. Para pacientes com comorbidades orgânicas não estabilizadas deve-se avaliar a necessidade de regulação para leito de hospital de referência para a comorbidade, em vez de leito de saúde mental.

**A admissão do paciente em qualquer instituição deverá ocorrer em até 72 horas após a comunicação da disponibilização da vaga. Caso o NERI não receba a comunicação de internação do paciente pela instituição, o leito irá retornar vago ao sistema de regulação e será disponibilizado para outro paciente. As justificativas da não internação e respostas ao não atendimento, serão de responsabilidade do Município a partir a disponibilização do recurso pelo NERI.

*** Em casos de internação por determinação judicial, caso solicitado pela autoridade judiciária, cabe à instituição enviar relatórios de acompanhamento à autoridade judiciária.

2022-V2XCZ4 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 15/07/2022 12:57 PÁGINA 17 / 18

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

_____. **Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**: Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Com algumas adaptações à realidade local.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Norma geral de regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental**. Paraná: 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AFNormaGeralLeitosSaudeMental010716__2.pdf>

Sistema Manchester de classificação de Risco: **Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. Tradução do livro Emergency Triage / Manchester Triage Group; editado por Kevin Mackway- Jones, Janet Marsden, Jill Windle, 2ª edição. Editora: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2010.

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 15/07/2022 12:57:10 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: CÓPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-V2XCZ4

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE
Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde
Gerência de Política e Organização das Redes de Atenção em Saúde

FLUXOGRAMA DE INSERÇÃO DE USUÁRIOS NO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)

Pessoas com transtorno mental grave.

CAPS (para os municípios que possuem este equipamento), Equipe de Referência em Saúde Mental e/ou Atenção Primária à Saúde do município que realizam o acompanhamento do usuário solicita por e-mail o *Check List* para elaboração do Relatório Circunstanciado e Interdisciplinar à Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (ATSM) da Secretaria de Estado da Saúde.

A Equipe de Saúde que acompanha o usuário avalia o caso e elabora Relatório Circunstanciado e interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, bem como os critérios estabelecidos na **Portaria Estadual Nº 069-R/2014 e Portaria GM/MS Nº 3.588/2017**.

O Médico emite laudo circunstanciado e atualizado, constando a hipótese diagnóstica (CID-10) e grau de Independência/Dependência.

Município encaminha para o Núcleo Especial de Atenção Especializada (NEAE)/SESA endereçada à ATSM com o nome do município solicitante, cópia de documentos pessoais do usuário, Relatório circunstanciado interdisciplinar e laudo médico atualizado com grau de Independência/Dependência.

À ATSM analisa os documentos enviados e convida o município solicitante a apresentar o caso para a Comissão de Avaliação e Acompanhamento Técnico dos SRTs e esta comissão emite um parecer **FAVORÁVEL** ou **DESFAVORÁVEL** à inserção do usuário. **Parecer Desfavorável** – encerra-se o caso e posteriormente o município pode solicitar nova apresentação do caso.

Parecer Desfavorável – encerra-se o caso e posteriormente o município pode solicitar nova apresentação do caso.

Parecer favorável, à ATSM encaminha por meio eletrônico (e-mail) o *Check List* para inserção que contem quais documentações o município deverá disponibilizar para inserção e se iniciará o Protocolo de Inserção (consiste no período de adaptação de forma humanizada e gradativa do novo morador na residência e aos já moradores).

O município ficará responsável pelo transporte e deverá disponibilizar um profissional de saúde do CAPS ou Equipe de Referência em Saúde Mental ou Unidade Básica de Saúde do município acompanha o usuário durante as visitas de adaptação. Ressaltamos que o município é responsável pelo usuário até que a inserção seja efetivada.

Efetiva-se a inserção no Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

O coordenado(a) dos SRTs informa a ATSM/SESA e ao município por meio oficial e eletrônico a efetivação da inserção do usuário no SRT.

2022-W332V1 - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL 15/07/2022 16:53 PÁGINA 1 / 2

Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE

ASSINATURAS (3)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GABRIELA BERTULOZO FERREIRA
PSICOLOGO - QSS
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 10:10:29 -03:00

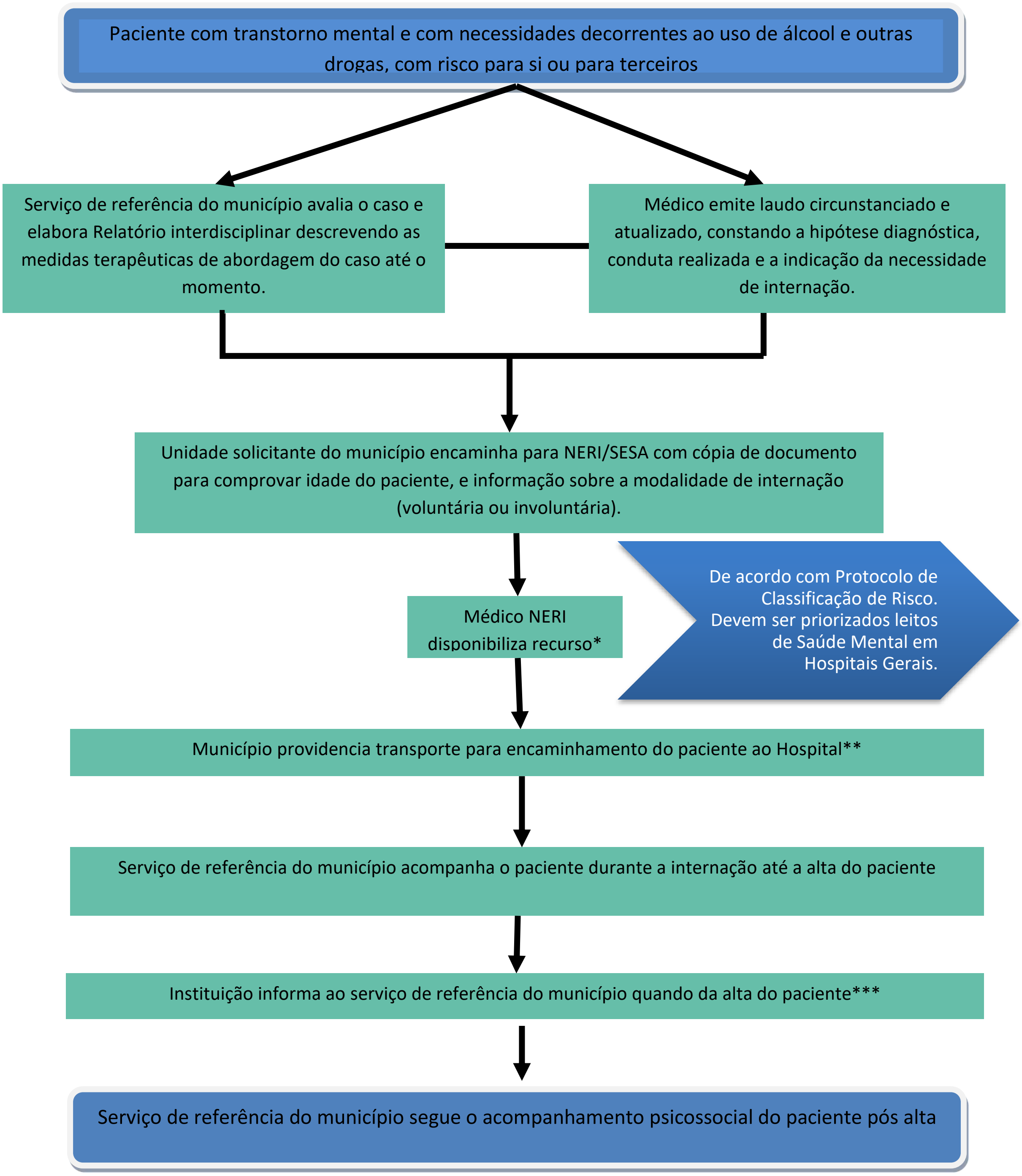
JORDANA CRISTINA SANTOS DA SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 12:54:27 -03:00

FRANCIELY DA COSTA GUARNIER
PSICOLOGO - DT
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 16:52:58 -03:00

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 15/07/2022 16:52:59 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-W332V1

FLUXO – REGULAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL



Paciente com transtorno mental e com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas, com risco para si ou para terceiros

Serviço de referência do município avalia o caso e elabora Relatório interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento.

Médico emite laudo circunstanciado e atualizado, constando a hipótese diagnóstica, conduta realizada e a indicação da necessidade de internação.

Unidade solicitante do município encaminha para NERI/SESA com cópia de documento para comprovar idade do paciente, e informação sobre a modalidade de internação (voluntária ou involuntária).

Médico NERI disponibiliza recurso*

De acordo com Protocolo de Classificação de Risco. Devem ser priorizados leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais.

Município providencia transporte para encaminhamento do paciente ao Hospital**

Serviço de referência do município acompanha o paciente durante a internação até a alta do paciente

Instituição informa ao serviço de referência do município quando da alta do paciente***

Serviço de referência do município segue o acompanhamento psicossocial do paciente pós alta

*Os pacientes portadores de comorbidades orgânicas crônicas estabilizadas (ex.: insuficiência renal, hepática, DPOC, HAS, DM, etc.) devem ser regulados PREFERENCIALMENTE para leitos em Hospitais Gerais devido ao risco aumentado de complicações clínicas. Para pacientes com comorbidades orgânicas não estabilizadas deve-se avaliar a necessidade de regulação para leito de hospital de referência para a comorbidade, em vez de leito de saúde mental.

**A admissão do paciente em qualquer instituição deverá ocorrer em até 72 horas, após a comunicação da disponibilização da vaga. Caso o NERI não receba a comunicação de internação do paciente pela instituição, o leito irá retornar vago ao sistema de regulação e disponibilizado para outro paciente. As justificativas da não internação e respostas ao não atendimento, serão de responsabilidade do Município a partir a disponibilização do recurso pelo NERI.

*** Em casos de internação por determinação judicial, caso solicitado pela autoridade judiciária, cabe à instituição enviar relatórios de acompanhamento à autoridade judiciária.

ASSINATURAS (3)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GABRIELA BERTULOZO FERREIRA
PSICOLOGO - QSS
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 10:03:41 -03:00

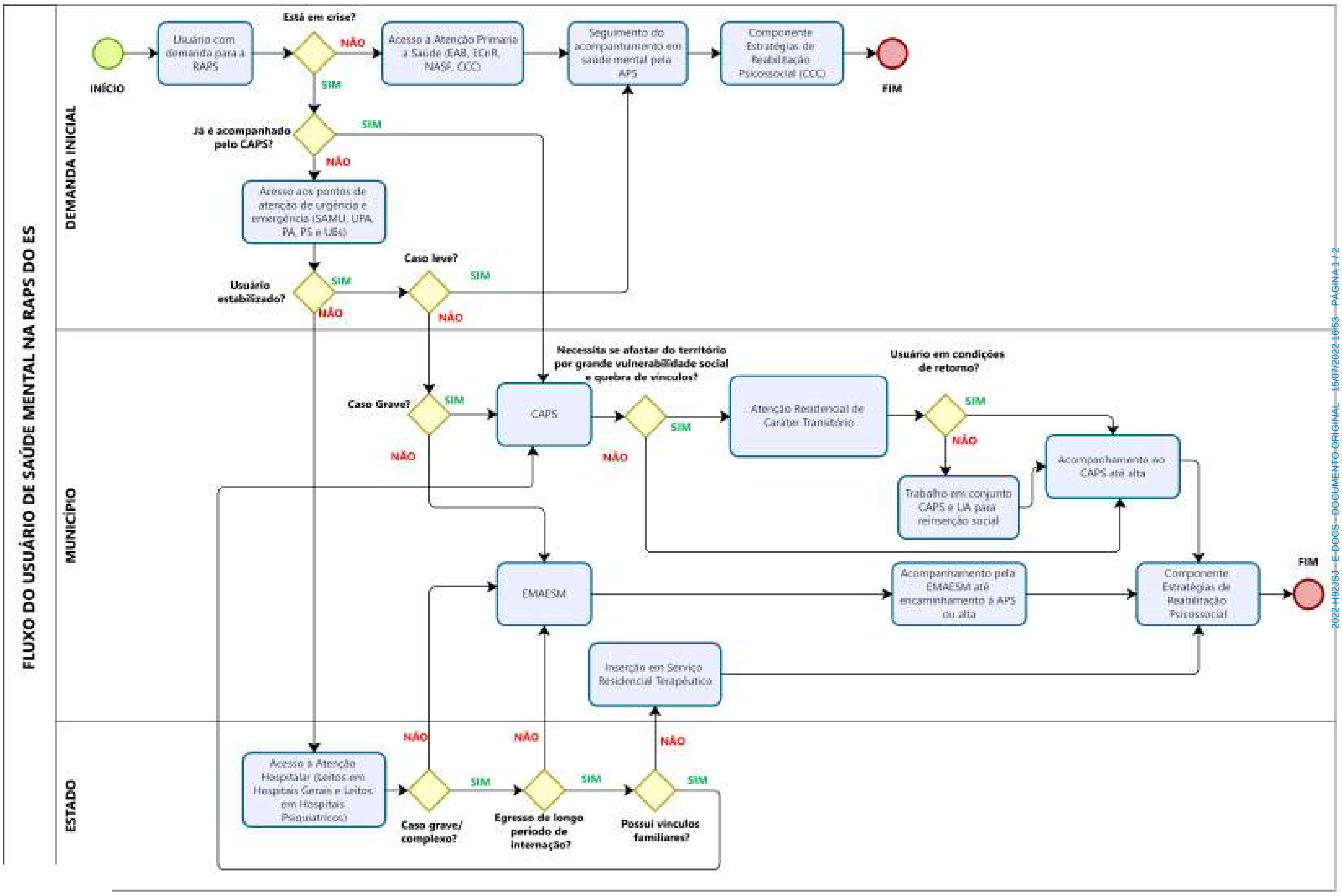
JORDANA CRISTINA SANTOS DA SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 12:54:39 -03:00

FRANCIELY DA COSTA GUARNIER
PSICOLOGO - DT
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 16:53:35 -03:00

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 15/07/2022 16:53:35 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-FNVZDG

FLUXO DO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL NA RAPS DO ES


DEMANDA INICIAL
MUNICÍPIO
ESTADO
INÍCIO
Usuário com demanda para a RAPS
Está em crise?
NÃO
SIM
Acesso à Atenção Primaria a Saúde (EAB, ECnR, NASF, CCC)
Seguimento do acompanhamento em saúde mental pela APS
Componente Estratégias de Reabilitação Psicossocial (CCC)
FIM
Já é acompanhado pelo CAPS?
SIM
NÃO
Acesso aos pontos de atenção de urgência e emergência (SAMU, UPA, PA, PS e UBs)
Usuário estabilizado?
SIM
NÃO
Caso leve?
SIM
NÃO
Caso Grave?
SIM
NÃO
CAPS
Necessita se afastar do território por grande vulnerabilidade social e quebra de vínculos?
SIM
NÃO
Atenção Residencial de Caráter Transitório
Usuário em condições de retorno?
SIM
NÃO
Trabalho em conjunto CAPS e UA para reinserção social
Acompanhamento no CAPS até alta
EMAESM
Acompanhamento pela EMAESM até encaminhamento à APS ou alta
Componente Estratégias de Reabilitação Psicossocial
FIM
Inserção em Serviço Residencial Terapêutico
Acesso à Atenção Hospitalar (Leitos em Hospitais Gerais e Leitos em Hospitais Psiquiátricos)
Caso grave/ complexo?
NÃO
SIM
Egresso de longo período de internação?
NÃO
SIM
Possui vínculos familiares?
NÃO
SIM

ASSINATURAS (3)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GABRIELA BERTULOZO FERREIRA
PSICOLOGO - QSS
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 10:02:07 -03:00

JORDANA CRISTINA SANTOS DA SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 13:00:30 -03:00

FRANCIELY DA COSTA GUARNIER
PSICOLOGO - DT
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 16:53:56 -03:00

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 15/07/2022 16:53:56 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-H92JSJ

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

Diretrizes Clínicas em Saúde Mental

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Diretrizes Clínicas em Saúde Mental

1ª edição

Vitória – ES

2018

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

PAULO CESAR HARTUNG GOMES

Governador do Estado do Espírito Santo

RICARDO DE OLIVEIRA

Secretário de Estado da Saúde

JOANNA D'ARC DA VITÓRIA BARROS DE JAEGHER

Subsecretária de Estado da Saúde para Asssuntosde Regulação e Organização da Atenção à Saúde

EIDA MARIA BORGES GONSALVES

Gerente de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde

NATHALIA BORBA RAPOSO PEREIRA

Coordenação do projeto da Rede de Atenção Psicossocial

GABRIELA BERTULOZZO FERREIRA

LARISSA ALMEIDA RODRIGUES

NATÁLIA MARIA DE SOUZA POZZATTO

NATHALIA BORBA RAPOSO PEREIRA

Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

AUTORIA: Andressa de Oliveira Perobelli, Andressa Poloni Anholeti, Anelise Nunes Gorza, Adriana Araújo de Souza Santos, Arielle Nascimento, Barbara Frigini De Marchi, Bruno Lima Alves, Carolina Fonseca Dadalto, Cláudia de Oliveira, Daniela Reis e Silva, Daniele Stange Calente, Fábio Bremenkamp Cunha, Fernanda Stange Rosi, Gabriela Bertulozo Ferreira, Indira de Paula Nunes Pinto, Irina Natsumi Hiraoka Moriyama, Larissa Almeida Rodrigues, Leiliane Inácio, Lincoln Carlos Macedo Gomes, Marcos Meireles, Maria Benedita Barbosa Reis, Mariluce Cornachini Sousa, Mirella Alvarenga, Natália Maria de Souza Pozzatto, Nathalia Borba Raposo Pereira, Rafael de Lima Aguilar Fernandes, Renata Tavares Imperial, Roberta Belizário Alves, Tatiane Neves Borja, Vinicius Santos Maciel, Zanandré Avancini de Oliveira.

CONSULTORIA

Maria Emi Shimazaki

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Diretrizes Clínicas em Saúde Mental

Ficha Catalográfica

Produção, Distribuição e Informações:

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

Subsecretaria de Estado da Saúde para Asssuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde

Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde

Endereço: Rua Eng. Guilherme José Monjardim Varejão, 225. Ed. Enseada Plaza. Enseada do Suá. CEP: 29050-260 – Vitória-ES

Versão: 2018	Data da Aprovação: ___ / ___ / 2018
Equipe Responsável: Andressa de Oliveira Perobelli, Andressa Poloni Anholeti, Anelise Nunes Gorza, Adriana Araújo de Souza Santos, Arielle Nascimento, Barbara Frigini De Marchi, Bruno Lima Alves, Carolina Fonseca Dadalto, Cláudia de Oliveira, Daniela Reis e Silva, Daniele Stange Calente, Fábio Bremenkamp Cunha, Fernanda Stange Rosi, Gabriela Bertulozo Ferreira, Indira de Paula Nunes Pinto, Irina Natsumi Hiraoka Moriyama, Larissa Almeida Rodrigues, Leiliane Inácio, Lincoln Carlos Macedo Gomes, Marcos Meireles, Maria Benedita Barbosa Reis, Mariluce Cornachini Sousa, Mirella Alvarenga, Natália Maria de Souza Pozzatto, Nathalia Borba Raposo Pereira, Rafael de Lima Aguilar Fernandes, Renata Tavares Imperial, Roberta Belizário Alves, Tatiane Neves Borja, Vinicius Santos Maciel, Zanandré Avancini de Oliveira.	Data para revisão: ___ / ___ / 2018

AGRADECIMENTOS

Não serei o poeta de um mundo caduco
Também não cantarei o mundo futuro
Estou preso à vida e olho meus companheiros
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças
Entre eles, considero a enorme realidade
O presente é tão grande, não nos afastemos
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas

Mãos dadas, poema de Carlos Drummond de Andrade

Uma pausa e um respiro antes de começar. O que se lerá a seguir é um texto técnico, político, científico, afirmativo, poético. Foi escrito muito, por muitos, e muito há ainda a dizer. Sempre haverá. Os agradecimentos, estes também são muitos, e sempre insuficientes.

Obrigado primeiro e sempre às pessoas que frequentam os serviços de Atenção Psicossocial, verdadeiros protagonistas de uma história que precisa e merece ser contada. A trajetória da saúde mental se faz por, com, a partir de, e para vocês. Esse texto também. Nós, como profissionais, nos formamos todos os dias também assim.

Obrigado aos trabalhadores e trabalhadoras que fundaram e fundam todos os dias o SUS e aos que traçaram os rumos de um novo caminho para o cuidado em saúde mental em nosso país. Obrigado a quem segue em nosso lado por esse caminho. Aos nossos colegas de trabalho e profissão, companheiros de lutas, que nos ensinam e nos inspiram no cotidiano.

Escrevemos juntos, por acreditar que juntos é que realidade se constrói. Esperança que se tece de mãos dadas é o que alimenta nosso presente e nosso porvir. Escrever, partilhar o que se sabe, sente, lê, estuda e acredita, em tempos tão velozes, é um ato de generosidade. Doa-se um pouco de si em cada linha. Obrigado ao Grupo de Trabalho que tão generosamente se colocou nesse texto: Andressa de Oliveira Perobelli, Andressa Poloni Anholeti, Anelise Nunes Gorza, Adriana Araújo de Souza Santos, Arielle Nascimento, Barbara Frigini De Marchi, Bruno Lima Alves, Carolina Fonseca Dadalto, Cláudia de Oliveira, Daniela Reis e Silva, Daniele Stange Calente, Fábio Bremenkamp Cunha, Fernanda Stange Rosi, Gabriela Bertulozo Ferreira, Indira de Paula Nunes Pinto, Irina Natsumi Hiraoka Moriyama, Larissa Almeida Rodrigues, Leiliane Inácio, Lincoln Carlos Macedo Gomes, Marcos Meireles, Maria Benedita Barbosa Reis, Mariluce Cornachini Sousa, Mirella Alvarenga, Natália Maria de Souza Pozzatto, Nathalia Borba Raposo Pereira, Rafael de Lima Aguilar Fernandes, Renata Tavares Imperial, Roberta Belizário Alves, Tatiane Neves Borja, Vinicius Santos Maciel, Zanandré Avancini de Oliveira.

Obrigado a Maria Emi Shimazaki, nossa consultora, que foi lançando as bases e apoiando essa trajetória de escrita.

A Joanna Barros de Jaegher que apostou e propiciou o solo necessário para que esse trabalho se desenvolvesse.

Aos colegas da Secretaria de Estado da Saúde que pousaram os olhos sobre o material e o enriqueceram com suas contribuições: Andrêssa Borel Encarnação e Elizandra Cirne Rodrigues; ao Núcleo Especial de Condições Agudas (NEACAS), Núcleo Especial de Vigilância em Saúde do Trabalhador e (NEVISAT) e Superintendência Regional de Saúde – Sul.

Aos colaboradores externos que trabalharam na validação das Diretrizes: Centro de Estudos de Psiquiatria do Espírito Santo (CEPES), Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) 15ª Região, Associação Brasileira de Prevenção ao Suicídio (ABEPS), Apoio a Perdas Irreparáveis (API) – Vitória, Grupo de Trabalho de Prevenção ao Suicídio do Espírito Santo e Associação de Terapia Familiar do Espírito Santo (ATEFES).

Aos leitores, que darão sentido próprio a essa escrita na medida em que as páginas seguirem.

À memória. Que não nos deixa esquecer e conforma a base do futuro que queremos.

À liberdade. Que nos inspira, nos guia, nos constrói e nos une.

Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
Outubro/2018

Sumário

LISTA DE SIGLAS 7
INDICE DE ILUSTRAÇÕES 11
1 APRESENTAÇÃO 13
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS 17
  2.1 CONDIÇÃO DE SAÚDE 17
  2.2 DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE 17
  2.3 VALIDAÇÃO INTERNA 17
  2.4 VALIDAÇÃO EXTERNA 17
  2.5 PROFISSIONAIS E PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE 18
  2.6 POPULAÇÃO ALVO 18
3 SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA 19
4 NOÇÕES FUNDAMENTAIS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL 28
  4.1 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 28
  4.2 ACOLHIMENTO 29
  4.3 ABORDAGEM FAMILIAR 31
  4.4 REDE 32
  4.5 INTERSETORIALIDADE 33
  4.6 MATRICIAMENTO 34
  4.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 37
  4.8 REDUÇÃO DE DANOS 38
  4.9 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS 39
  4.10 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL 43
  4.11 AVALIAÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL 45
  4.12 ESTRATIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 48
  4.13 CRISE, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL 50
  4.14 VIGILÂNCIA EM SAÚDE 53
5 RECOMENDAÇÕES PARA A ATENÇÃO NOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 59
  5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS 61
    5.1.1 AÇÕES DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 64
    5.1.2 PONTOS DE ATENÇÃO 66

5.2 ATENÇÃO ESTRATÉGICA....72
  5.2.1 AÇÕES DE CUIDADO NA ATENÇÃO ESTRATÉGICA....74
5.3 ATENÇÃO HOSPITALAR....77
  5.3.1 AÇÕES DE CUIDADO NA ATENÇÃO HOSPITALAR....79
  5.3.2 PONTOS DE ATENÇÃO....82
5.4 ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL....84
  5.4.1 PONTOS DE ATENÇÃO E INICIATIVAS....84
5.5 ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA....87
  5.5.1 AÇÕES DE CUIDADO NAS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA....90
  5.5.2 PONTOS DE ATENÇÃO....93
5.6 ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO....95
  5.6.1 PONTOS DE ATENÇÃO....96
6 GRANDES SÍNDROMES....101
6.1 ESTADO CONFUSIONAL AGUDO (*DELIRIUM*)....101
  6.1.1 FISIOPATOLOGIA E FATORES RELACIONADOS....102
  6.1.2 MANIFESTAÇÃO CLÍNICA....102
  6.1.3 DIAGNÓSTICO....104
  6.1.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL....105
  6.1.5 ABORDAGEM TERAPÊUTICA....106
6.2 SÍNDROMES ANSIOSAS....109
  6.2.1 DIAGNÓSTICO....111
  6.2.2 ABORDAGEM TERAPÊUTICA....112
  6.2.3 ATENDIMENTO À CRISE ASSOCIADA À ANSIEDADE....114
6.3 SÍNDROMES DEPRESSIVAS....115
  6.3.1 ETIOLOGIA....116
  6.3.2 DIAGNÓSTICO....117
  6.3.3 SITUAÇÕES COMUNS EM SÍNDROMES DEPRESSIVAS....119
  6.3.4 TRATAMENTO....120
  6.3.5 CONCLUSÃO....122
6.4 SÍNDROMES PSICÓTICAS....123
  6.4.1 PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO....124
  6.4.2 ABORDAGEM PSICOSSOCIAL....129
  6.4.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO....131
7 TEMAS FUNDAMENTAIS....135

7.1 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DURANTE GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO 135
  7.1.1 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA GESTAÇÃO 135
  7.1.2 O PARTO 142
  7.1.3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PUERPÉRIO 142
7.2 INTERVENÇÕES PRECOCES 149
  7.2.1 O LUGAR DO “PRECOCE”: PROMOÇÃO DE SAÚDE 153
7.3 ESPECIFICIDADES NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL 156
7.4 TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS 166
  7.4.1 PADRÕES DE USO 166
  7.4.2 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS 168
  7.4.3 PREVENÇÃO 170
  7.4.4 AVALIAÇÃO E MANEJO 172
  7.4.5 ACOLHIMENTO E AÇÕES DE CUIDADO 174
  7.4.6 PRINCIPAIS COMORBIDADES ASSOCIADAS AO USO DE SPA 177
  7.4.7 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA 179
7.5 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE 183
7.6 CUIDADO A PESSOAS EM RISCO DE SUICÍDIO 187
  7.6.1 POSVENÇÃO DO SUICÍDIO 195
  7.6.2 LUTO 196
  7.6.3 NOTIFICAÇÃO 200
7.7 AGITAÇÃO PSICOMOTORA 203
  7.7.1 APRESENTAÇÃO CLÍNICA 204
  7.7.2 FATORES DE RISCO 204
  7.7.3 AVALIAÇÃO DO PACIENTE 205
  7.7.4 MANEJO 206
  7.7.5 CONTENÇÃO FÍSICA 212
  7.7.6 CONTENÇÃO MECÂNICA (como segurar o indivíduo no leito) 214
  7.7.7 CUIDADOS APÓS A CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA 216
7.8 AUTISMO 220
  7.8.1 PRINCIPAIS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA): KANNER E ASPERGER 221
  7.8.2 TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) 222
  7.8.3 TEA COMO UM TRANSTORNO MENTAL 223
  7.8.4 DIAGNÓSTICO 223

7.8.5 DIRETRIZES PARA O CUIDADO 224
7.8.6 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) 225
7.8.7 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) 225
7.8.8 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO 226
7.9 INSTITUCIONALIZAÇÃO E SOFRIMENTO MENTAL 228
7.9.1 SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL 229
7.9.2 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS 231
7.9.3 UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS 232
7.9.4 UNIDADES PRISIONAIS 236
7.9.5 HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO 237
7.9.6 INTERNAÇÃO HOSPITALAR E INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA 240
7.10 SAÚDE MENTAL E TRABALHO 246
7.10.1 "COM O QUE VOCÊ TRABALHA?" – O TRABALHO COMO DETERMINANTE DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA 246
7.10.2 "COMO É O SEU TRABALHO?" – O TRABALHO COMO FATOR DE SOFRIMENTO E ADOECIMENTO MENTAL 247
7.10.3 "COMO PODEMOS TRABALHAR JUNTOS?" – ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO 249
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 255
GRUPO DE TRABALHO 258
ANEXO I 260
ANEXO II 263
ANEXO III 264
ANEXO IV 265

LISTA DE SIGLAS

A

ABEPS – Associação Brasileira de Prevenção ao Suicídio
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS -Agentes Comunitários de Saúde
AEE - Atendimento Educacional Especializado
ALT-Alanina Aminotransferase
APAEs - Associações de Pais e Amigos do Excepcionais
API – Apoio a Perdas Irreparáveis
APS - Atenção Primária à Saúde
ARCT - Atenção Residencial de Caráter Transitório
AST - Apartato Aminotransferase
ATEFES – Associação de Terapia Familiar do Espírito Santo
AVAI - Anos de Vida Ajustados por Incapacitação
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVD - Atividades da Vida Diária

B

BNZ - Benzodiazepínicos
BPA/C - Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
BPA/I - Boletim de Produção Ambulatorial Individual

C

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CFM - Conselho Federal de Medicina
CID-10 - Classificação Internacional de Doenças 10ª edição
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CnaR - Consultório na Rua
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS - Centros de Referência da Assistência Social
CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CTs – Comunidades Terapêuticas

D

DPP - Depressão Pós-parto
DSM V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V)

E

EAS - Elementos e Sedimentos Anormais

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ECG - Eletrocardiograma
ECT - Eletroconvulsoterapia
EEG - Eletroencefalograma
EEM - Exame do estado mental
ERSM - Equipes de Referência em Saúde Mental
EV - Via Endovenosa

F

FDA -Food and Drug Administration

G

FDA -Food and Drug Administration

H

HCTP - Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HIV - Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

I

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IEPA - International Early Psychosis Association
ILPIs - Instituições de Longa Permanência para Idosos
IM - Via Intramuscular
IMAOs - Inibidores da Monoaminoxidase
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
ISRS- Inibidores Específicos da Recaptação da Serotonina

L

LCR - Líquido Cefalorraquidiano
LEP - Lei de Execução Penal

M

MS - Ministério da Saúde
MSE - Medida Socioeducativa

N

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde Da Família
NEACAS – Núcleo Especial de Atenção às Condições Agudas

O

OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

P

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator
PAIUAD - Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas
PDR - Plano Diretor de Regionalização da Saúde
PEA - População Economicamente Ativa
PEP -Primeiro Episódio Psicótico
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISARI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNASH - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PNH - Política Nacional de Humanização
PNP - Pré-natal Psicológico
PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PSF - Programa Saúde da Família
PST - Projetos de Saúde no Território
PTS - Projeto Terapêutico Singular
PVC - Programa de Volta Para Casa

Q

QDC - Questionário do Desenvolvimento da Comunicação

R

RAAS - Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale (Escala de Agitação e Sedação de Richmond)
RN - Recém-nascido

S

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV - Suporte Avançado de Vida
SENAD - Secretaria Nacional sobre Drogas
SESA - Secretaria de Estado da Saúde
SGD - Sistema de Garantia de Direitos
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SMIJ - Saúde Mental Infantojuvenil
SNC- Sistema Nervoso Central
SPA - Substâncias Psicoativas
SPG - Síndrome da Porta Giratória
SRS – Superintendência Regional de Saúde
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS - Sistema Único de Saúde

T

T4 Livre- Tiroxina livre circulando no sangue
TAB - Transtorno Afetivo Bipolar
TEA - Transtornos do Espectro do Autismo
TEPT - Transtorno por Estresse Pós-Traumático
TGD - Transtornos Globais (ou invasivos) do Desenvolvimento
TMC - Transtornos Mentais Comuns
TOC - Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TSH - Thyroid Stimulating Hormone (Hormônio Estimulador da Tireóide)

U

UA - Unidade de Acolhimento
UAi - Unidade de Acolhimento Infantojuvenil
UBS - Unidade Básica de Saúde
UCTP - Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
UPA - Unidades de Pronto Atendimento
USF - Unidade de Saúde da Família

V

VDRL- Venereal Disease Research Laboratory (Teste para Detecção de Sífilis)
VI - Via Oral

INDICE DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1: Componentes e pontos de atenção da RAPS 60
Figura 2: Crise: avaliação da cena 89
Figura 3: Rede de cuidados e proteção a crianças e adolescentes 157
Figura 4: Evolução da agitação psicomotora 207
Figura 5: Faixa de contenção mecânica 214
Figura 6: Contenção mecânica 215
Figura 7: Contenção mecânica no leito 216

FLUXOS

Fluxo 1: Avaliação para rastreio do *delirium* 108
Fluxo 2: Manejo do paciente agitado 218

GRÁFICOS

Gráfico 1: População residente, segundo sexo e faixa etária, Espírito Santo, 2010 19
Gráfico 2: Percentual da população residente segundo cor ou raça, Espírito Santo, 2010 20
Gráfico 3: Óbitos por suicídio (número absoluto) por faixa etária, Espírito Santo, 2016 23
Gráfico 4: Óbitos por suicídio (taxa por 100 mil habitantes) por faixa etária e sexo, Espírito Santo, 2016 24
Gráfico 5: Internações por ano de atendimento segundo lista de morbidade CID-10, Capítulo CID-10: V - Transtornos mentais e comportamentais, Espírito Santo, 2008 a 2017 24
Gráfico 6: Internações por transtornos mentais e comportamentais por faixa etária e sexo, Espírito Santo, 2008 a 2017 25
Gráfico 7: Evolução do gasto com internações compulsórias em saúde mental, Espírito Santo, 2011 a 2017 (em milhões) 25
Gráfico 8: Número de notificações de transtorno mental relacionado ao trabalho de 2007 a 2017 55

QUADROS

Quadro 1: Condições comumente associadas ao Estado Agudo Confusional 102
Quadro 2: Avaliação do pacienete com suspeita de *Delirium* 103
Quadro 3: Critérios diagnósticos 104
Quadro 4: Abordagem medicamentosa do *Delirium* 107
Quadro 5: Escala de sedação e agitação de Richmond 109
Quadro 6: Exames indicados 112
Quadro 7: Informações gerais sobre os psicofármacos utilizados no tratamento das síndromes ansiosas 113
Quadro 8: Exames e procedimentos necessários ao diagnóstico diferencial 126
Quadro 9: Fatores de risco para a depressão gestacional 137
Quadro 10: Consequências da depressão gestacional para a mulher 137
Quadro 11: Complicações obstétricas da depressão gestacional 138
Quadro 12: Princípios gerais na utilização de psicofármacos durante a gravidez 139
Quadro 13: Riscos de psicofármacos durante a gravidez 139
Quadro 14: Principais classes de psicofármacos utilizados na gravidez 140
Quadro 15: Principais riscos e consequências associados aos psicofármacos 141

Quadro 16: Exemplos de sintomas de angústia no puerpério.......143
Quadro 17: Diagnósticos diferenciais e comorbidades psiquiátricas de depressão pós-parto.......145
Quadro 18: Fatores de risco para depressão pós-parto.......145
Quadro 19: Consequências da depressão pós-parto.......145
Quadro 20: Como identificar a depressão pós-parto.......146
Quadro 21: Princípios gerais no aleitamento materno.......146
Quadro 22: Principais classes de psicofármacos utilizados no puerpério.......147
Quadro 23: Padrões de uso de substâncias psicoativas.......167
Quadro 24: Substâncias psicoativas: efeitos agudos, características da abstinência e efeitos do uso prolongado.......168
Quadro 25: Fatores de risco e de proteção.......171
Quadro 26: O que evitar e o que oportunizar.......175
Quadro 27: Principais classes de medicamentos, efeitos colateriais e precauções.......179
Quadro 28: Avaliação de risco para o comportamento suicida.......192
Quadro 29: 13 sinais de risco para o comportamento suicida.......194
Quadro 30: Mitos sobre o suicídio.......194
Quadro 31: Posturas recomendadas ao lidar com uma pessoa enlutada.......200
Quadro 32: Dados clínicos que podem sugerir a presença de uma condição médica geral ou neurológica.......203
Quadro 33: Preditores de comportamento violento.......204
Quadro 34: Fatores de risco para o comportamento violento.......205
Quadro 35: Prioridades no atendimento ao paciente agitado.......206
Quadro 36: Pprincipais objetivos do manjeo de pacientes com agitação psicomotora.......206
Quadro 37: Intervenções ambientais.......207
Quadro 38: Intervenções comportamentais.......208
Quadro 39: Princípios da intervenção farmacológica.......209
Quadro 40: Classes de medicamentos utilizados na agitação psicomotora.......210
Quadro 41: Medicamentos de Via Oral disponíveis na assistência farmacêutica básica e utilizados no manejo da agitação psicomotora.......210
Quadro 42: Medicamentos de Via Intramuscular disponíveis na assistência farmacêutica básica e utilizados no manejo da agitação psicomotora.......211

1 APRESENTAÇÃO

> Acreditar no mundo é o que mais nos falta; nós perdemos completamente o mundo, nos desapossamos dele. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos. [...] É em nível de cada tentativa que se avalia a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle. Necessita-se, ao mesmo tempo, de criação e povo (DEULEUZE,1992,p.218)

Assim como as concepções sobre loucura e doença mental passaram por várias transformações em épocas e locais distintos, também as concepções sobre o cuidado em saúde mental o fizeram, acompanhando esse movimento. Foi a partir do século XVII que a experiência da loucura se dissociou da razão. Foram marcantes a “grande internação” ocorrida na França nesse século e o movimento higienista de recolhimento dos inadaptados à nova ordem social (loucos, mendigos, idosos, crianças abandonadas) em grandes instituições, após o advento da Revolução Industrial. Paulatinamente, criaram-se instituições voltadas exclusivamente para os loucos e os médicos passaram a assumir um papel central no tratamento destinado a essas pessoas. A loucura adquire status de doença mental e surge o hospital psiquiátrico (FOUCAULT, 1972).

No Brasil, foi comum a figura dos hospitais colônia: afastados dos centros urbanos, com atividades preponderantemente voltadas ao trabalho agrícola e frequentemente com péssimas condições e superlotação. A população desses hospitais atingiu seu auge na década de 1970, quando os manicômios superlotados passaram a ser alvo de denúncias dos trabalhadores de saúde mental, de violações dos direitos humanos elementares, torturas e maus tratos, e sobretudo de ineficácia na tarefa a que se propunham, ou seja, tratar os transtornos mentais. Dentre os inúmeros movimentos sociais que, a partir dos anos 60, passaram a reivindicar os direitos civis dos grupos marginalizados e estigmatizados por suas diferenças, as violações dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico passaram a ser problematizadas e ganharam visibilidade.

Dada a gravidade da situação instalada, iniciou-se no Brasil o movimento denominado **Reforma Psiquiátrica**, inspirado em modelos implantados em outros países, com o objetivo de fechamento das instituições asilares e sua substituição progressiva por serviços abertos de base comunitária integrados ao seu território. Dentro desse novo desenho, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passam a exercer o papel desafiador de atender a essa população em serviços abertos e conectados com os demais serviços e com diferentes pontos de inclusão social em seu território de atuação, de acordo com a singularidade necessária a cada usuário. Esses usuários vindos de internações prolongadas e recorrentes ocasionadas pelo modelo hospitalocêntrico geralmente tinham rompido seus vínculos familiares e sociais e não tinham suporte para as condições básicas de vida: moradia, alimentação, direitos de cidadania e acesso aos equipamentos sociais. Assim, o tratamento em saúde mental passa a ter como alvo o trabalho de inclusão social,a garantia de direitos e o progressivo ganho de autonomia, ao invés do antigo modelo de “correção do defeito” causado pela loucura (problema-solução, doença-cura).

A nova abordagem insere a saúde mental no campo da conquista e reinvenção da cidadania, que passa pelos tradicionais direitos civis, políticos e sociais, mas implicando-se em uma luta mais específica pelo reconhecimento de direitos particulares dos usuários dos serviços e seus familiares. Trata-se de “uma cidadania especial” a ser inventada, marcada pela diferença colocada com a experiência da loucura e da desrazão. Essa “clientela de cuidado contínuo” passa a ser assistida numa instituição que visa transformar as relações de poder entre instituição-clientela, transformando estes em sujeitos ativos do processo de reelaboração do sofrimento e de “reinvenção da vida”. Daí decorre a importância de dispositivos coletivos e grupais de tratamento, sociabilidade, suporte mútuo e de ação concreta no tecido social.

O campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando seu foco de abordagem e buscando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área buscando uma nova recomposição sustentada sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, que implicam em uma mudança cultural profunda na sociedade (VASCONCELOS, 1997).

Marco legal da reorientação do modelo assistencial, a **Lei Federal Nº 10.216**, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, assegurando-lhes que seu tratamento dar-se-á com humanidade e respeito, em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, ficando a internação, como medida excepcional a ser adotada apenas quando os demais recursos estiverem esgotados.

Como parte desse movimento e, mesmo antes da promulgação da Lei 10.216/2001, vários serviços de saúde mental começaram a ser criados: os já citados CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são exemplos de dispositivos estratégicos e essenciais para o cuidado em saúde mental.

Em 2010, instituem-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Dentro das RAS, instituem-se redes de atenção temáticas, que devem se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam pessoas ou populações. Após pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas cinco redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, e a **Rede de Atenção Psicossocial** (RAPS).

A RAPS, que foi instituída em 23 de dezembro de 2011 na Portaria Ministerial Nº 3.088, congrega os objetivos, princípios e diretrizes para o cuidado em saúde mental e define os componentes e pontos de atenção que, juntos, atuam para viabilizar esse cuidado. Várias portarias desdobram-se dessa normativa, definindo e regulando os pontos de atenção que compõem a RAPS. Em 28 de setembro de 2017, após deliberação tripartite, o Ministério da Saúde agregou todas as portarias de seus atos normativos em seis Portarias de Consolidação, divididas em eixos temáticos. Assim, diz-se que as portarias que normatizavam as RAS temáticas prioritárias foram revogadas por consolidação, o que significa que seu conteúdo – e alterações – consta agora das Portarias de Consolidação. Ao longo desse documento, quando feita menção à legislação da RAPS, é comum que se faça referência a uma Portaria de Consolidação.

Ainda, em 14 de dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou a Resolução Nº 32 (BRASIL, 2017), que introduz algumas modificações na legislação da RAPS.

Com essa breve contextualização, pode-se perceber que **o campo político em que se insere a saúde mental é um campo dinâmico e atravessado por constantes tensionamentos e modificações**. E é nesse contexto de mudanças nem sempre previsíveis, de alguns retrocessos, mas também de afirmação de práticas de cuidado que dão certo, que esse documento é forjado. Ao longo do texto, far-se-á referência sempre à legislação vigente à época de sua escrita, sabendo-se o quão movediço esse campo se encontra.

O texto que ora se lê foi escrito por muitas mãos – e por que não dizer, muitos corações? O Grupo de Trabalho responsável por sua elaboração congrega atores de diferentes trajetos profissionais, de diferentes formações e que atuam em diferentes áreas. Em comum, trazem uma história que se inscreve no campo da saúde mental com um constante e afirmativo compromisso com o fortalecimento dessa política e o desejo de estar junto, de compartilhar saberes e experiências, de somar para multiplicar, fazendo reverberar pelos territórios narrativas de um cuidado que se mostra potente nas tessituras dos cotidianos das pessoas assistidas.

Faz-se oportuno frisar que, não obstante as tensões que possam existir e mudanças que ainda possam ocorrer na legislação, todo o documento das Diretrizes Clínicas em Saúde Mental foi construído amparando-se em literatura da área, narrativas de experiências locais e externas, conhecimento técnico e teórico dos autores - profissionais e estudiosos do campo da saúde mental, todos desejosos de contribuir, através da construção coletiva e compartilhamento dessa narrativa, para o fortalecimento do sistema de saúde e da saúde mental, em especial.

Esse texto pode ser lido como um instrumento para fundamentar práticas de cuidado e também o desenvolvimento de estratégias de educação permanente em saúde mental, servindo como uma ferramenta que norteia as iniciativas dos profissionais.

Entretanto, de início cabe dizer que esse Grupo de Trabalho não se pretende neutro, pelo contrário, rechaça a pretensa neutralidade que disfarça algumas atitudes autoritárias. Em uníssono com Cristina Rauter: "não pensamos a prática clínica como técnica sustentada por um corpo teórico do qual esta seria 'aplicação'. Não se trata também de propor uma nova técnica terapêutica que viesse resolver os problemas das demais técnicas. Trata-se de problematizar a prática clínica, de propor estratégias singulares, que digam respeito aos problemas também singulares que esta nos propõe" (2015). O Grupo afirma uma posição, que é, a um só tempo, ética, estética e política, e convida o leitor a conhecer e trilhar esse caminho.

Em tempo, cabe esclarecer que as Diretrizes Clínicas em Saúde Mental não devem ser utilizadas como um protocolo rígido ou um rol taxativo de ações em saúde mental, mas devem ser apropriadas pelos profissionais e equipes de saúde como um instrumento para subsidiar, apoiar e orientar o cuidado em situações em que se faz presente o sofrimento mental. Compreendendo-se que o campo da saúde mental é marcado pela criação permanente de abordagens que busquem se aproximar das singularidades dos sujeitos, novas possibilidades de contato e intervenções são sempre bem vindas. Afinal, **o cuidado em saúde mental, tal como a vida, é poiese: elaboração, produção, criação de novos possíveis**.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Federal Nº 10.216, de 06 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2010.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017: Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2017.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed 34, 1992.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. **Reportagem em página eletrônica**. Publicado em 10 Out. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839>. Acesso em 19 Ago. 2018.

RAUTER, C. Clínica Transdisciplinar: Afirmação da multiplicidade em Deleuze/Spinoza. **Revista Trágica**: estudos da filosofia da imanência, 1º quadrimestre de 2015, vol. 8, nº. 1.

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. **Cadernos do IPUB**, n. 7, 1997.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 CONDIÇÃO DE SAÚDE

As Diretrizes Clínicas em Saúde Mental agregam importantes diretrizes e ferramentas para o cuidado em saúde mental, aqui entendida como algo maior do que a ausência de transtornos mentais. Fala-se em saúde mental e não em doença mental e, tal qual a abordagem da Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende-se que **a saúde mental é parte integrante da saúde global dos sujeitos, afeta e é afetada por múltiplos fatores**: sociais, psicológicos, biológicos, econômicos e ambientes.

Serão abordadas as noções fundamentais para o cuidado nesse campo, as atribuições dos pontos de atenção, as principais síndromes referentes à saúde mental (síndromes psicóticas, depressivas, ansiosas e síndrome mental orgânica), alguns temas considerados fundamentais (álcool e drogas, comportamento suicida, institucionalização, entre outros) e as especificidades do cuidado em algumas populações e ciclos de vida específicos.

2.2 DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores das Diretrizes Clínicas em Saúde Mental não possuem conflito de interesse de ordem financeira, comercial, política, acadêmica e pessoal.

2.3 VALIDAÇÃO INTERNA

O documento das Diretrizes Clínicas em Saúde Mental foi enviado a setores da Secretaria de Estado da Saúde para conhecimento e contribuições, sendo validado em outubro de 2018 pela Referência Técnica em Saúde Prisional, pela Superintendência Regional de Saúde (SRS) – Sul, pelo Núcleo Especial de Vigilância em Saúde do Trabalhador (NEVISAT) e pelo Núcleo Especial de Atenção a Condições Agudas (NEACAS).

2.4 VALIDAÇÃO EXTERNA

O documento das Diretrizes Clínicas em Saúde Mental foi enviado a setores da Secretaria de Estado da Saúde para conhecimento e contribuições, sendo validado em outubro de 2018 pelo Centro de Estudos em Psiquiatria do Espírito Santo (CEPES), Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) 15ª Região, Associação Brasileira de Prevenção ao Suicídio (ABEPS), Apoio a Perdas Irreparáveis (API) – Vitória, Grupo de Trabalho de

Prevenção ao Suicídio do Espírito Santo e Associação de Terapia Familiar do Espírito Santo (ATEFES).

2.5 PROFISSIONAIS E PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Diretrizes Clínicas em Saúde Mental são voltadas para todos os profissionais de saúde, aí incluídos tanto profissionais de nível técnico/médio, como de nível superior, de todos os pontos de atenção da RAS e seus componentes: desde a Atenção Básica até a Atenção Hospitalar, passando pela Atenção Estratégica, pontos de atenção às urgências e emergências, estratégias de desinstitucionalização e Atenção Residencial de Caráter Transitório, além das práticas de Vigilância em Saúde que podem ser executadas pelos profissionais dos referidos pontos de atenção e dos serviços específicos na área. Entende-se que todos são corresponsáveis pelo cuidado, que deve ser integral, singular e resolutivo.

Seu conteúdo não visa aprofundar todos os temas trabalhados, de modo que não atende a demandas de especialização profissional, mas de alinhamento técnico e teórico entre profissionais que participam do cuidado em saúde mental.

Oferece-se também como uma ferramenta para o gestor que busca iniciativas para (re)organizar sua rede de saúde local.

2.6 POPULAÇÃO ALVO

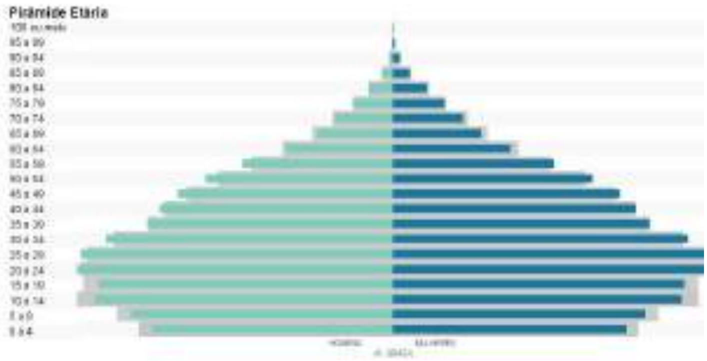
As Diretrizes Clínicas em Saúde Mental abordam o cuidado em saúde mental para o público de todos os sexos e faixas etárias. Algumas questões específicas do cuidado são abordadas em capítulos temáticos, como a atenção a gestantes e puérperas, a intervenção com bebês, as especificidades do público infantojuvenil, por exemplo.

3 SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

O Estado do Espírito Santo possui 78 municípios divididos, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) 2011, em quatro Regiões de Saúde: Norte, Central, Metropolitana e Sul. A maioria dos municípios é de pequeno e médio porte, sendo que 52,56% possuíam, em 2010, menos de 20 mil habitantes, 33,33% situavam-se na faixa entre 20 e 50 mil habitantes, e apenas 9 municípios (11,54%) apresentavam população maior que 100 mil habitantes. 48% da população total do estado e 56,5% da população urbana residem na Região Metropolitana da Grande Vitória, formada por sete municípios (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), realizado em 2010, o Espírito Santo contava com 3.514.952 pessoas e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,74, ocupando a 7ª posição no ranking nacional. No que se refere à faixa etária da população, o maior percentual da população se encontra entre os 20 e 24 anos (9,2%) e 25 e 29 anos (9,2%) e essa distribuição pode ser conferida noGráfico 1.

Gráfico 1: População residente, segundo sexo e faixa etária, Espírito Santo, 2010

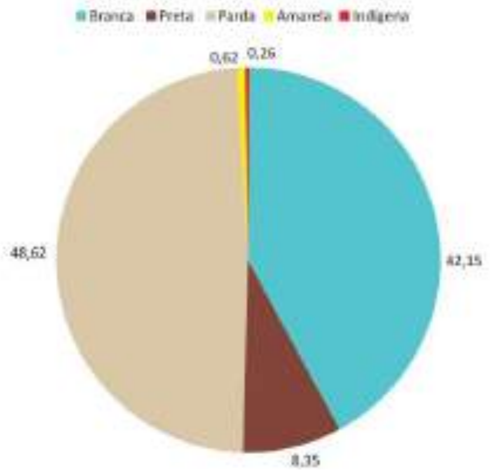


Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

A estimativa do IBGE é de que o Espírito Santo já tivesse 4.016.356 de habitantes no final do ano 2017.

Considerando o Censo de 2010, observa-se que a maior parte da população é demulheres e indivíduos auto declarados como pardos, representando 48,62% da população (Gráfico 2). A maior parte da população reside na área urbana (2,93 milhões). Os municípios que se destacam com maior nível de urbanização são Vitória (100%), Vila Velha (99,5%) e Serra (99,3%). Enquanto Santa Leopoldina (78,6%), Domingos Martins (75,7%) e Brejetuba (71,3%) apresentam maior proporção de população rural. Os municípios litorâneos são mais populosos, com destaque para os municípios de Vila Velha (414.586 habitantes), Serra (409.267 habitantes) e Cariacica (348.738 habitantes). Entre os municípios menos populosos encontram-se Divino de São Lourenço, Mucurici, Dores do Rio Preto e Ponto Belo todos com menos de 7 mil habitantes (IJSN, 2011).

Gráfico 2: Percentual da população residente segundo cor ou raça, Espírito Santo, 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.
Elaboração: IJSN – Economia do Setor Público e do Bem-Estar.

Com relação às populações tradicionais, no Espírito Santo destacam-se os índios, no município de Aracruz, as comunidades quilombolas, distribuídas em 83 comunidades principalmente nas Regiões Norte e Sul, e a etnia pomerana, localizada principalmente na região das montanhas do interior do estado (ESPÍRITO SANTO, 2011).

As cinco principais causas de morbidade hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) entre os anos de 2008 a 2018, segundo capítulo da Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID-10), foram: doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, e transtornos mentais e comportamentais.

De acordo com o Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 (OMS, 2001), **25% da população em alguma altura de sua vida, terá algum tipo de transtorno mental** e esses transtornos estão presentes em cerca de 10% da população adulta, em qualquer momento. Ainda com estimativas da OMS, 30% das pessoas que trabalham apresentam transtornos mentais menores e 5 a 10% desta população, transtornos mentais graves. No Brasil, os transtornos mentais ocupam o terceiro lugar entre as principais causasde concessão de auxílios previdenciários pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) devido a incapacidade para o trabalho superior a 15 dias e de aposentadoria por invalidez devido a incapacidade definitiva para o trabalho (BRASIL, 2001). No mundo do trabalho, os casos de transtornos mentais e comportamentais classificados como acidentes de trabalho mais frequentes são: reações ao stress graves (F.43), episódios depressivos (F.32), outros transtornos ansiosos (F.41) e transtornos depressivos recorrentes (F.33).

Aproximadamente **uma em cada cinco pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) tem um ou mais transtorno mental ou comportamental**, sendo os mais comuns depressão, ansiedade e transtornos devido ao uso de substância psicoativa.

A prevalência, a manifestação e a progressão dos transtornos mentais e comportamentais relacionam-se com fatores como pobreza, idade, sexo, conflitos e catástrofes, graves doenças físicas e o ambiente familiar e social.

Não se observam diferenças significativas na prevalência geral dos transtornos mentais entre o sexo masculino e feminino, havendo, entretanto, distribuição diferencial dos transtornos, sendo a depressão mais comum entre mulheres e os transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas (SPA) mais frequentes entre os homens (OMS, 2001).

O Estado Confusional Agudo, ou *Delirium*, pode acometer 10 a 45% dos pacientes na internação hospitalar, sendo 10 a 38% em prontos socorros, variando de 10 a 80% na admissão, principalmente em pacientes de idade avançada, com doenças graves, submetidos a procedimentos cirúrgicos e condições terminais, chegando a taxas de mortalidade que variam entre 22 e 76%. Na comunidade, a ocorrência varia entre 0,4 a 13,6%, porém a maioria dos estudos incluiu pacientes hospitalizados (BOTEGA, 2012; FORTALEZA; MIGUEL, 2013)

Estima-se que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passarão por um episódio depressivo no período de doze meses, cifras que podem ser mais altas ou baixas em diferentes populações. Para aqueles que se recuperam de um primeiro episódio depressivo, a taxa de recorrência dentro de dois anos é de 35%, e aumenta para 60% em doze anos (OMS, 2001).

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), como síndromes depressivas e síndromes ansiosas, possuem alta prevalência na população e variam em termos de severidade (moderados a graves) e duração (meses a anos). A OMS observou que o número de pessoas com TMC vem crescendo globalmente e estimou que em 2015, pelo menos 4,4% da população mundial sofria com depressão e 3,6% com ansiedade. Muitas pessoas vivenciam ambas as condições simultaneamente.Cerca de 50% dos pacientes que apresentam episódios depressivos iniciam o quadro entre 20e 50 anos de idade. Estudos recentes têm apontado um aumento de episódios depressivosocorrendo em jovens com menos de 20 anos.

No Brasil, a prevalência é de 5,8% pessoas vivendo com depressão e 9,3% com ansiedade, ficando atrás apenas dos Estados Unidos na prevalência de depressão e do Paraguai na prevalência de ansiedade, quando comparado aos demais países das Américas. Já o estudo populacional *São Paulo Mega City* (VIANA, 2009) aponta uma prevalência de 12,5% de qualquer transtorno de ansiedade, ao longo da vida. Até 10% das crianças e dos adolescentes sofrem de algum transtorno ansioso e estima-se que mais de 50% das crianças ansiosas experimentarão um episódio depressivo, como parte de sua síndrome clínica, sendo que o principal fator de risco para esta condição na infância é ter pais com algum transtorno de ansiedade ou depressão (FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

Outra estimativa é de que **menos da metade das pessoas afetadas recebe tratamento adequado**, seja pela falta de recursos, falta de capacitação dos profissionais, estigmas associados ao adoecimento psíquico e dificuldades na avaliação/diagnóstico desses casos (WHO, 2017).

Os períodos gestacional e puerperalsão considerados momentos de vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos mentais. Os transtornos mentais mais prevalentes na gravidez são os distúrbios de humor (depressão unipolar e transtorno do humor bipolar), transtornos de ansiedade, abuso de substâncias e distúrbios psicóticos. Com relação aos sintomas de ansiedade, esses são comuns no início da gestação, sobretudo se há histórico de abortamento, malformação ou natimorto. Quadros patológicos, como transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) podem se agravar no período gestacional. Até 70% das pacientes apresentam sintomas depressivos na gestação e 10 a 16% preenchem critérios para o diagnóstico de depressão (BOTEGA, 2012).

No entanto, de acordo com Hounie (2017), apenas um quinto das grávidas deprimidas procura alguma alternativa de tratamento. Além disso, o diagnóstico de depressão é menos diagnosticado em gestantes quando se compara com mulheres deprimidas não gestantes. Por fim, o transtorno de humor que aparece na gravidez pode representar o primeiro episódio de transtorno mental da vida dessa mulher (GRIGORIADIS, 2018). Durante o período puerperal, até 85% das mães manifestam algum grau de disforia puerperal *(blues),* enquanto a depressão pós-parto (DPP) ocorre entre 10 a 15% das parturientes (HOUNIE, 2017). De acorco com Zambaldi, Cantinilo e Souge (2008), destaca-se, no entanto, que menos de 50% dos casos de DPP são diagnosticados. Já a psicose puerperal pode acometer entre 0,1 e 0,2% das parturientes.

Quanto ao uso de substâncias psicoativas (SPA), **o tabaco e o álcool são as substâncias mais utilizadas em todo o mundo e são as substâncias que trazem as mais graves consequências para a saúde pública**. A prevalência de transtornos mentais entre adultos por uso de álcool (uso nocivo e dependência) foi estimada em 1,7% em todo o mundo, sendo 2,8% para o sexo masculino e 0,5% para o sexo feminino. Observa-se a relação entre o uso de tabaco e álcool durante a juventude e o uso futuro de outras drogas ilícitas (OMS, 2001).

A esquizofrenia é um transtorno grave cujo início é mais comum no final da adolescência ou início da idade adulta e segue um curso variável, podendo apresentar completa recuperação sintomática e social, ou seguir um curso crônico ou recorrente, com sintomas residuais e recuperação social incompleta. A estimativa é de que 0,4% das pessoas venham a apresentar esquizofrenia (OMS, 2001).

Vários estudos investigaram a prevalência de transtornos mentais e comportamentais entre crianças e adolescentes e as cifras variam consideravelmente. No entanto, pode-se considerar que de 10 a 20% das crianças e adolescentes possuem algum problema de saúde mental, o que nem sempre corresponde a um diagnóstico definido (OMS, 2001).

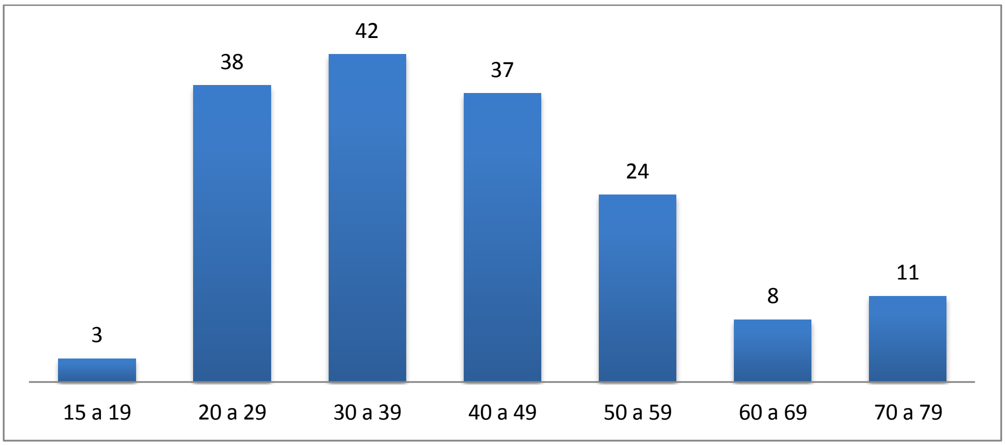
Os conflitos e desastres são considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais. Como conflitos e desastres pode-se exemplificar: guerras, distúrbios civis, terremotos, inundações, furacões e grandes calamidades (naturais ou não). De um terço a metade das pessoas afetadas por graves conflitos ou desastres sofre de ansiedade, o diagnóstico mais frequente é o Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT) (OMS, 2001). No mundo do trabalho, em escalas mais singulares, o TEPT é resultado de ocorrências do que podem ser chamados de acidentes de trabalho como assaltos a ônibus, bancos ou lojas, e tentativas de homicídios no caso de trabalhadores da Segurança, por exemplo.

Outro fator de risco importante é a presença de doenças graves ou incapacitantes, bem como de eventos estressores, especialmente se ocorrem em rápida sucessão.

Estima-se que o suicídio seja responsável por cerca de 1,5% dos óbitos no mundo, estando entre as vinte principais causas de morte em 2015. Nesse mesmo ano, foi a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos (WHO, 2017).

A taxa de óbitos por suicídio no Espírito Santo mantém-se na faixa de 4 por 100 mil habitantes ao longo dos anos de 2006 a 2016. Os maiores índices se encontram nos municípios do interior do Estado, com algumas características que se assemelham entre si, embora não seja uma regra, tais como: colonização europeia, maioria de clima frio, altitudes elevadas e agricultura como maior atividade produtiva, com consequente presença de facilidade de acesso a agrotóxicos. A Região de Saúde com as maiores taxas do Estado é a Região Sul. Em 2016, a maior incidência de suicídio foi no sexo masculino, sobretudo na faixa etária de 70 a 79 anos, seguido da faixa etária de 50 a 59 anos, 30 a 39 anos e 20 a 29 anos. O número de tentativas é superior entre o sexo feminino (ESPÍRITO SANTO, 2017).

Gráfico 3: Óbitos por suicídio (número absoluto) por faixa etária, Espírito Santo, 2016

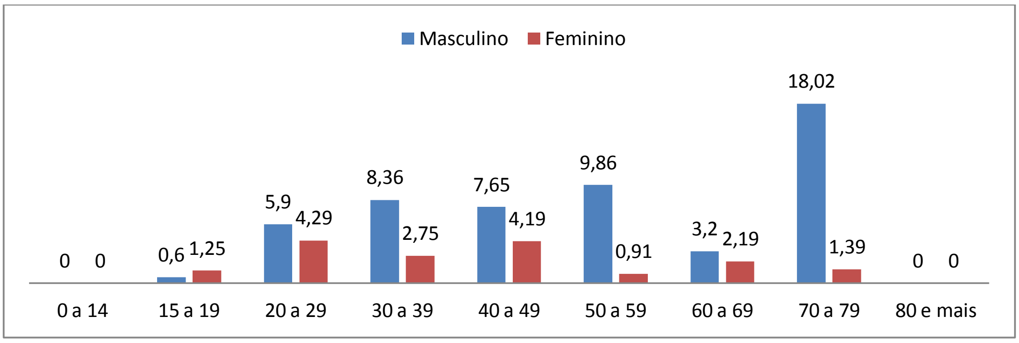


Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade do SUS (SIM/SUS)/Tabnet/DataSUS

Se por um lado, em números absolutos se destacam as faixas etárias entre 20 e 49 anos, ao se analisar a taxa por 100 mil habitantes, resultado preocupante é identificado na faixa etária de 70 a 79 anos, no sexo masculino, que atingiu a taxa de 18,02 óbitos por suicídio em 100 mil habitantes em 2016. Observa-se também que apenas na faixa entre 15 e 19 anos de idade, a taxa de óbitos por suicídio entre o sexo feminino superou a taxa entre o sexo masculino (Gráfico 4).

As principais causas dos óbitos por suicídio no Espírito Santo em 2016 foram: enforcamento (58,28%), arma de fogo (9,5%), ingestão de pesticida e/ou produtos químicos (6,1%), quedas (4,8%) e uso de medicamentos (2,8%) (ESPÍRITO SANTO, 2017).

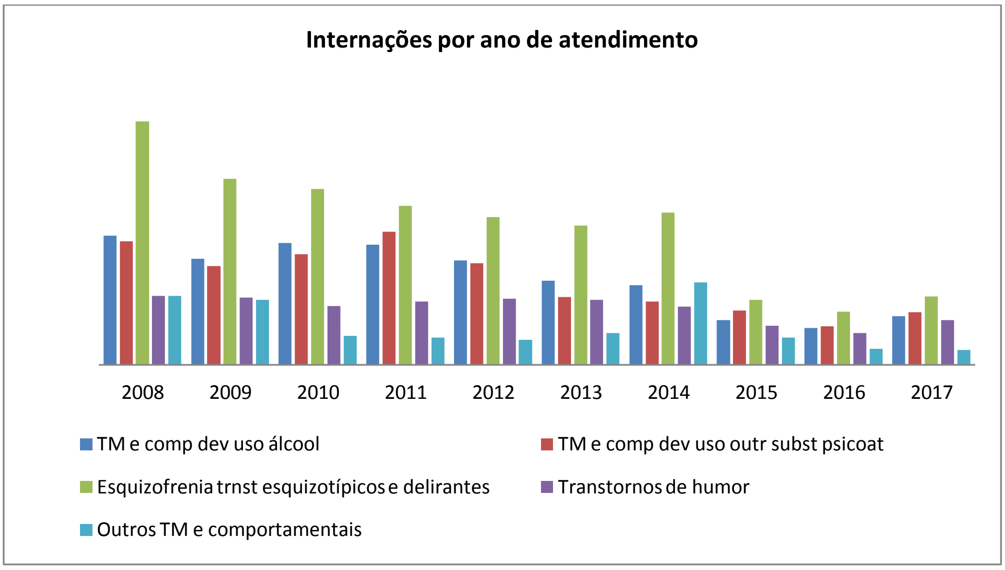
Gráfico 4: Óbitos por suicídio (taxa por 100 mil habitantes) por faixa etária e sexo, Espírito Santo, 2016



Fonte: SESA/GEVS/NEVE (ESPÍRITO SANTO, 2017)

Analisando-se apenas as internações por transtornos mentais e comportamentais no Espírito Santo, observa-se que a maior parte das internações hospitalares na rede própria e conveniada do SUS se deu por esquizofrenia e outros transtornos esquizotípicos, seguido por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras SPA (Gráfico 5).

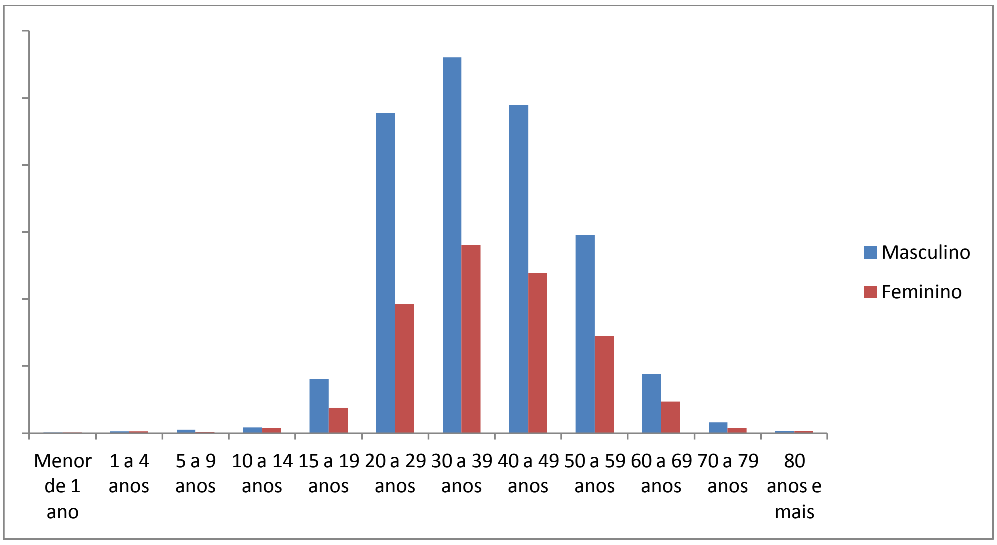
Gráfico 5: Internações por ano de atendimento segundo lista de morbidade CID-10, Capítulo CID-10: V - Transtornos mentais e comportamentais, Espírito Santo, 2008 a 2017



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/Tabnet/DataSUS

Predominam as internações do sexo masculino, na faixa etária de 30 a 39 anos, seguida pela faixa etária de 40 a 49 anos, e de 20 a 29 anos (Gráfico 6).

Gráfico 6: Internações por transtornos mentais e comportamentais por faixa etária e sexo, Espírito Santo, 2008 a 2017

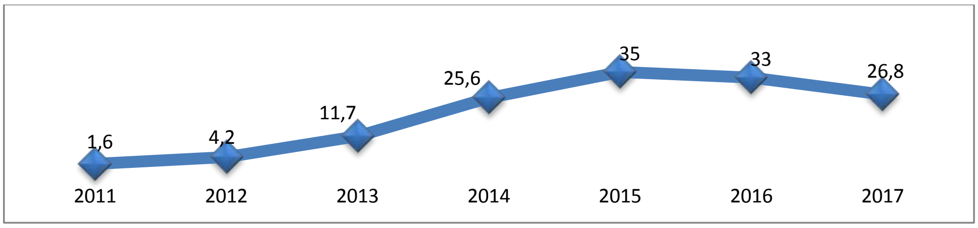


Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/Tabnet/DataSUS

Ainda que as internações por transtornos mentais e comportamentais venham apresentando tendência de queda nos últimos dez anos, o Espírito Santo vem vivenciando um aumento vertiginoso das internações compulsórias desde 2014, principalmente para tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras SPA. Para fazer frente a essa demanda, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) realiza compra de leitos na rede privada. O Gráfico 7 mostra a evolução do gasto com internações para atender a determinações de internações compulsórias.

No ano de 2017, a SESA registrou 724 internações compulsórias por motivo de saúde mental. Destas, 684 foram por uso de SPA, o que permite concluir que, embora as internações por transtornos mentais e comportamentais de maneira geral venha em tendência de queda, o mesmo não se verifica com as internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras SPA.

Gráfico 7: Evolução do gasto com internações compulsórias em saúde mental, Espírito Santo, 2011 a 2017 (em milhões)



Fonte: SESA/GERA/NEASA

Definir taxas e indicadores em saúde mental não é tarefa simples. Talvez por esse motivo, os impactos do sofrimento mental na saúde global, mesmo nas sociedades, acabam sendo menosprezados. Entretanto, saúde física e mental são indissociáveis e, se por um lado, essa relação não é óbvia, por outro, esse é um entendimento que vem se consolidando em vários estudos. De acordo com a OMS (2001), **já no começo desse século os transtornos mentais representavam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo**. Calcula-se que, em 1990, os transtornos mentais e comportamentais tenham sido responsáveis por 10% do total de Anos de Vida Ajustados por Incapacitação (AVAI) perdidos, por todas as doenças e lesões. Essa proporção chegou a 12% em 2000. Até 2020, prevê-se um crescimento do peso representado por essas perturbações para 15% (OMS, 2001). A depressão causa a maior proporção de incapacidade, representando quase 7,5% do total em 2015, a ansiedade ocupa o sexto lugar, com 3,4% do total (WHO, 2017). A depressão é também a principal doença ligada à causa de óbitos por suicídio (WHO, 2017). Quatro transtornos mentais e comportamentais situaram-se entre as 20 principais causas de incapacidade no mundo: transtornos depressivos unipolares, transtornos devidos ao uso de álcool, esquizofrenia e transtornos afetivos bipolares. Paradoxalmente, a relação entre a carga de doenças e o gasto com doenças é desproporcional: na maioria dos países, as verbas orçamentárias representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde (OMS, 2001).

Considera-se também o impacto nas famílias que, além do sofrimento emocional, se vêem convocadas a proporcionar apoio físico e emocional e a arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação presentes em todas as partes do mundo. Os encargos que recaem sobre a família vão das dificuldades econômicasàs reações emocionais às doenças, ao estresse em face de um comportamento perturbado, à disrupção da rotina doméstica e à restrição das atividades sociais e laborais (OMS, 1997, apud OMS, 2001). Os gastos com o tratamento de doenças mentais muitas vezes recaem sobre a família, seja por não haver seguro disponível, seja porque o seguro não cobre os transtornos mentais (OMS, 2001).

Ainda, pode-se afirmar que os TMC causam um impacto significativo em alguns dos agravos à saúde mais prevalentes, seja como fatores de risco, piorando a aderência ao tratamento, ou piorando o prognóstico de doenças cárdio e cerebrovascular e também o diabetes. O uso abusivo e a dependência de SPA também se relacionam ao curso de doenças infecciosas, principalmente no que se refere à adesão ao tratamento (BRASIL, 2013).

REFERÊNCIAS

BOTEGA, N. J (Org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 3 ed., Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde** . Brasília, DF: 2001.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 34**)

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria para Assuntos de Regulação, Ordenação e Organização da Atenção à Saúde. Gerência de Vigilância à Saúde. Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica.

Boletim Epidemiológico – Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT's), SESA/GEVS/NEVE, n. 1, Espírito Santo, 2017.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização** – PDR – ES, Espírito Santo, 2011.

FORTALEZA O. V., MIGUEL E. C., Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) **Compêndio de Clínica Psiquiátrica** – 1ª ed. Manole, São Paulo;2013.

GRIGORIADIS, Sophie. **Unipolar major depressionduring pregnancy**: Epidemiology, clinicalfeatures, assessment, and diagnosis. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-during-pregnancy-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?csi=67e9ce59-7da9->Acesso em: 12 jun. 2018.

HOUNIE, A. G. Depressão na gravidez e no pós-parto. **SNC em Pauta**. São Paulo, n. 5, p. 12-16, 07 fev. 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 20 Ago. 2018.

_____. **Página Eletrônica**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em 20 Ago. 2018.

IJSN – INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Resenha de Conjuntura**. Distribuição populacional no Espírito Santo: Resultados do Censo Demográfico 2010. IJSN, Ano IV, n. 27, Maio de 2011. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/ConteudoDigital/20121022_958_201127_.pdf>. Acesso em 20 Ago. 2018.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A saúde mental pelo prisma da saúde pública**. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS, 2001.

VIANA, M. C. et al. **São Paulo megacity:** um estudo epidemiológico de base populacional avaliando a morbidade psiquiátrica na região metropolitana de São Paulo: objetivos, desenho e implementação do trabalho de campo. São Paulo, 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION.**Depression and common mental disorders** – Global health estimates. Geneva: WHO, 2017.

4 NOÇÕES FUNDAMENTAIS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Como se tratou já no princípio dessas Diretrizes, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, o campo da saúde mental foi convocado a se rever por inteiro, questionando alguns saberes já enraizados e permitindo-se criar novas alternativas terapêuticas, mais inclusivas, abrangentes e pautadas nos princípios dos direitos humanos. O paradigma da Atenção Psicossocial, que ora agrega os saberes e práticas dessa área, agrega um conjunto de conceitos que o caracterizam, afirmam e distinguem de outros modos de se fazer saúde mental. Distingue-se também dos modos mais ortodoxos de se fazer saúde, pois, se na saúde geral "os procedimentos de maior complexidade são realizados em hospitais e centros cirúrgicos, na saúde mental a complexidade é invertida, pois os procedimentos mais complexos acontecem na comunidade e os mais simplificados no hospital psiquiátrico" (LANCETTI, 2004).

Entendeu-se assim a importância de que esse documento tratasse dos conceitos e das tecnologias de cuidado mais comuns e fundamentais no campo da saúde mental, dentro da lógica da Atenção Psicossocial. Desenvolvem-se aqui noções como rede, intersetorialidade, matriciamento, Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outros.

O capítulo que se inicia não pretende esgotar esses conceitos e tecnologias, mas permitir um alinhamento inicial para os textos que o seguem.

4.1 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Atenção Psicossocial refere-se a um modo de fazer saúde que rompe com alguns paradigmas predominantes antes do processo da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Não se trata do trabalho desenvolvido por categorias profissionais específicas, tampouco de um conjunto de técnicas especializadas, mas diz de um modo de fazer saúde desenvolvido por uma equipe multiprofissional, em busca de uma atuação interdisciplinar, que tem **o sujeito, e não a doença, como foco do cuidado** (YASSUI, 2009).

Quando a rede de saúde mental propõe a adoção do modelo de atenção psicossocial, coloca-se como estratégico para sua implementação não apenas a criação e implantação de novos serviços, mas implica no **entendimento da pessoa em sofrimento mental como sujeito desejante e sujeito de direitos**. Diz respeito, portanto, a um processo de ampliação e qualificação do acesso, de cidadania, e de mudança de mentalidade.

Costa-Rosa, Luzio e Yassui (2003) destacam quatro aspectos essenciais ao paradigma da atenção psicossocial:

Primeiramente, no aspecto teórico-técnico da atenção psicossocial, os autores afirmam a origem psíquica e sociocultural do sofrimento humano, retirando a centralidade da determinação orgânica. **O sofrimento é parte da existência dos sujeitos, e a clínica em saúde mental é ampliada e interdisciplinar**.

As relações intrainstitucionais constituem o segundo aspecto: não existem relações de saber e poder rigidamente instituídas e **deve haver inclusão dos usuários, familiares e comunidade nas decisões dos serviços**, que se coloca como espaço em que esses atores devemter voz ativa e participativa.

O terceiro ponto trata da relação entre as instituições e destas com a população em geral. A demanda que se apresenta aos serviços devem ser entendidas em sua complexidade, visando a integralidade da atenção e a nenhum serviço atribui-se a responsabilidade exclusiva de atender a todas as necessidades dos sujeitos, como nas instituições totais. Cada serviço responsabiliza-se por algumas ações numa linha de cuidado e **os diferentes serviços e dispositivos devem conectar-se entre si**.

Finalmente, o quarto aspecto da atenção psicossocial trata da perspectiva ética dessa concepção que visa **contribuir com o reposicionamento do sujeito diante de sua existência e sua experiência de sofrimento, e não se centra na eliminação de sintomas e adequação a padrões rígidos e pré-estabelecidos**.

O espaço da Atenção Psicossocial não se define como um lugar geográfico, mas como, nas palavras de Magda Dimenstein (2004) “lugares acolhedores, lugares subjetivantes, onde se combate a homogeneidade, o anonimato e a invisibilidade do usuário, lugar do cuidado e de construção coletiva de projetos de vida, enfim, de sujeitos sociais singulares”.

O profissional da Atenção Psicossocial deve ser capaz de questionar práticas naturalizadas no cotidiano, recusando determinismos e abrindo-se a novas experiências e na afirmação da diferença, da subjetividade, da liberdade e da criação.

Ainda segundo Dimenstein (2004), a concepção do profissional da Atenção Psicossocial aproxima-se da noção de “operador” trazida por Rotelli (1990, apud Dimenstein, 2004):

> pessoas capazes de reconstruir a história de vida dos usuários para além do diagnóstico e do sintoma, trabalhadores ativos no processo de re-elaboração do sofrimento e reinvenção da vida. O operador, nessa perspectiva, volta-se para a qualidade do cuidado, que pressupõe acolhida e responsabilidade pela atenção integral da saúde e para a criação de estratégias de modificação da realidade dos usuários. Esses sujeitos são capazes de investir na produção de modos heterogêneos de cuidado, bem como na singularização da atenção, respeitando a diversidade cultural e subjetiva dos usuários, criando vínculos e responsabilidade para com a saúde do público.

A Atenção Psicossocial pauta-se assim numa ética de relação com a alteridade e de respeito radical às singularidades, buscando, no contato com cada sujeito, a construção das estratégias de cuidado.

4.2 ACOLHIMENTO

Acolher é uma ação de aproximação e inclusão e implica reconhecer o outro, sua singularidade, suas vivências, seu sofrimento, sua compreensão de si e do mundo, e seus modos de viver e sentir. Prevê uma atitude de respeito, de afetar e ser afetado, e de corresponsabilizar-se pelo que traz o outro, ainda que a demanda dirigida não seja atribuição daquele local ou profissional específico.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) e dialoga com o princípio da universalidade do acesso no SUS, uma vez que preconiza que, em um serviço de saúde, **toda e qualquer pessoa deve ser acolhida**. Um serviço acolhedor presta um atendimento resolutivo e responsável, orientando, quando for o caso, o usuário em relação a outros serviços de saúde ou da rede intersetorial, para a continuidade da assistência ou início da abordagem mais adequada às suas necessidades, estabelecendo articulações com outros serviços.

A prática do acolhimento não é restrita a um local e não se esgota na recepção, mas prevê uma postura ética de compartilhamento de saberes e de inclusão (BRASIL, 2013a).

A escuta é uma ação terapêutica e, como primeiro contato, o acolhimento inicial é um momento estratégico para o estabelecimento de vínculo com o usuário. Mas **o acolhimento não se restringe ao primeiro contato do usuário com o serviço, não tem hora certa para acontecer, e não pode ser confundido com a prática de triagem, mas pode ser realizado a qualquer momento, em todos os encontros dos serviços de saúde, e constitui atribuição de todos os profissionais que atuam nesses serviços. É uma ferramenta de cuidado e criação de vínculo, pautada na escuta qualificada e humanizada dos sujeitos.** Acolhe-se também, por exemplo, em momentos de agravamento dos problemas de saúde, garantindo a manutenção ou fortalecimento do vínculo, que consiste num alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde mental.

O acolhimento consiste numa ferramenta que visa garantir o acesso universal, a resolutividade e o atendimento humanizado, podendo orientar o usuário na rede de cuidados.

> Trata-se de acabar com as barreiras burocráticas que dificultam o acesso ao serviço e romper com a lógica do encaminhamento irresponsável, que faz com que aquele que procura atendimento percorra, infinitamente, uma série de serviços e não encontre acolhida em nenhum. Como há situações em que o encaminhamento para outros serviços se impõe, essa postura implica um novo princípio, que concerne ao modo de conceber e praticar o encaminhamento, quando é o caso (BRASIL, 2005).

Acolher é, portanto, comprometer-se com o outro. Nessa lógica, sempre que um encaminhamento ou compartilhamento[1] de caso se mostrar indicado, esse deve ser feito de forma implicada, devendo o profissional de saúde ao encaminhar um usuário a outro serviço, além de orientá-lo, entrar em contato com o serviço de destino, assegurando-se da acolhida nesse ponto.

Ainda, acolhe-se não apenas os usuários do sistema de saúde, mas também os demais profissionais do serviço e de outros serviços da rede, ao assumir uma postura de apoio e de compartilhamento de saberes, dúvidas, inquietações e experiências. Como colocado na Cartilha da PNH, colocar em prática o acolhimento num espaço de saúde provoca "mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas" (BRASIL, 2005), ao possibilitar que o processo de trabalho seja focado nas relações que os profissionais estabelecem entre si, com os usuários, com a comunidade e com outros serviços.

---

[1] Para alguns serviços, faremos a opção de utilizar o termo "compartilhar" no lugar de "encaminhar", por exemplo, para os serviços da Atenção Básica, já que esse ponto de atenção atua na lógica do compartilhamento de casos, uma vez que permanece responsável pelo acompanhamento de sua população adscrita.

4.3 ABORDAGEM FAMILIAR

Todos nós possuímos um conceito de família, formado a partir das experiências e vivências que temos, das relações afetivas que estabelecemos. E embora esse conceito seja legítimo, é preciso que se atente que ele não é único e universal. No cotidiano de trabalho, é comum que o profissional de saúde se depare com vários arranjos familiares, diferentes formas de se compreender família e de se estabelecer relações afetivas. E todas as organizações familiares são legítimas, não se devendo lhes atribuir qualquer juízo de valor. A OMS, em 1994 (apud Rodrigues et al., 2007), já sublinhava que "o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoções. Qualquer grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família", ou como dito por Sarti (1996, p. 60) "são da família aqueles com quem se pode contar".

No contexto do paradigma da atenção psicossocial, **o trabalho com famílias é parte integrante e fundamental no cuidado em saúde mental, podendo ser decisivo para o curso de uma abordagem terapêutica a um sujeito em processo de adoecimento psíquico**. O primeiro ponto a se prestar atenção nas abordagens familiares no cuidado psicossocial é o próprio conceito que o profissional de saúde tem formado sobre família, e os preconceitos que podem advir dessa concepção. **O profissional deve cuidar para não impor seu modo de conceber uma família aos sujeitos assistidos**.

Além disso, é importante atentar para visões culpabilizantes e normatizadoras que às vezes são destinadas às famílias. Por um lado, o olhar culpabilizador responsabiliza a família pelo adoecimento mental de um de seus membros e pelo insucesso de algumas práticas dos serviços de saúde, por outro lado, o olhar normatizador trata a família como mera fornecedora e receptora de informações: deve alimentar o serviço com informações sobre o quadro do paciente e seguir as orientações que muitas vezes são passadas de forma protocolar pelas equipes, como se vê na entrega de receitas e medicamentos, sem o devido acolhimento e esclarecimento dos familiares.

É preciso compreender que **não é raro que a família de uma pessoa com transtorno mental também esteja atravessando um processo de sofrimento**, muitas vezes marcado pela solidão, sobrecarga e pelo medo causado pelo desconhecimento diante do que vivencia.

Assim, em saúde mental, a abordagem familiar deve primar pelo acolhimento, por oferecer escuta atenta e qualificada ao que os membros daquela família têm a dizer sobre o processo de adoecimento vivenciado, sobre como essa experiência afeta as relações familiares, sobre a sobrecarga, os sentimentos de medo, incerteza e frustração que não raro estão presentes. **É preciso que se ofereça suporte às questões apresentadas pela família, tomando-a como parceira do processo de tratamento e também como um sistema que deve**

ser cuidado, buscando o fortalecimento (e em alguns casos a reconstrução) dos vínculos afetivos e laços de respeito, amizade e solidariedade entre os membros do grupo familiar.

Tomando emprestadas as palavras de Pinho, Hernández e Kantorski (2010, p.111):

> para re-significar o atendimento à família, não basta dizer que acolhemos para depois cobrarmos por esse acolhimento. Deve-se ter a consciência de que é preciso entendê-la como coletivo singularizado que se organiza como pode para participar do processo de reabilitação psicossocial. O cuidado dos trabalhadores, livre dos juízos de valor negativo (afasta-se, nega, não aceita, desconhece), deve encarar a família como uma aliada no processo de tratamento do usuário. Independente de conhecer ou não, aceitar ou não, afastar-se ou não, inclusão implica valorização das subjetividades e protagonismo. Um protagonismo que é construído na convivência recíproca do cotidiano, quando serviço e família se entendem como parceiras, compartilham as dificuldades e propõem alternativas. Famílias e serviço, juntos, constroem relações genuínas, onde os juízos de valor moral que não agregam crescimento humano dão lugar à flexibilidade, à autonomia e à participação horizontal.

4.4 REDE

No trabalho em saúde, e ainda mais no campo da saúde mental, muito se fala em rede. Mas afinal, o que é rede?

Para Franco (2006) uma rede de cuidados se forma por fluxos entre os próprios trabalhadores, que no ambiente de trabalho estabelecem conexões entre si. **As redes se formam e se mantêm funcionando por meio dos trabalhadores.** Aí reside a primeira importante definição para o cuidado em rede de atenção: redes são conexões, não são formadas por serviços, nem por protocolos, mas por pessoas que em seu cotidiano de trabalho estabelecem relações entre si a fim de tornar possível a prática do cuidado integral em saúde de acordo com as necessidades dos usuários.

Franco (2006) também coloca que a existência das redes é inerente ao processo de trabalho em saúde em qualquer instituição. O que pode variar é a conformação dessa rede, sua força ou fragilidade, mas sua existência está dada *a priori*, através dos fluxos de comunicações entre serviços, entre unidades dentro de um mesmo serviço, ou entre profissionais de uma mesma equipe. Daí segue a segunda questão: que rede queremos e precisamos quando propomos o cuidado integral ao usuário do sistema de saúde?

O autor expõe que existem as redes “modelares”, que serializam as práticas de cuidado em seu cotidiano de acordo com protocolos rigidamente estabelecidos e desconsiderando as singularidades do fazer saúde. E existem as redes dinâmicas, que são “produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos singulares que se colocam como protagonistas em um determinado serviço de saúde”. Essas redes têm potência de agir no cotidiano, de atuar nas necessidades dos usuários, traçando intervenções singulares para cada caso que se lhes apresenta.

> As redes com este perfil dinâmico e em intensa atividade exige um permanente esforço de construção, com fóruns de discussão permanente

> entre trabalhadores destas entidades, o que as alimentam e as mantêm ativas e produtivas. Esta atividade de permanente conversa entre as equipes considera que os projetos terapêuticos devem ser singulares. (BRASIL, 2013b)

Importante dizer que **uma rede nunca pode se considerar pronta**, pois lhe é intrínseco o caráter de contínua formação, que exige investimento permanente dos trabalhadores.

Ainda, as redes possuem as seguintes características (FRANCO, 2006):

> a) Conexões multidirecionais e fluxos contínuos: qualquer ponto da rede pode ser conectado a outro, não havendo uma lógica burocrática ou hierarquizada entre eles.
>
> b) Heterogeneidade: uma rede "pressupõe conexões com os diferentes, pois o mundo que articula o campo da saúde é por si só heterogêneo, permeado por relações de poder, sistemas sociais de produção de subjetivações, e essa complexidade se expressa em diferentes modos de compreender a realidade e de nela atuar. A heterogeneidade pressupõe capacidade de convivência, pactuação, manejo de conflitos e alta capacidade de auto-análise, pois é mais difícil e complexo lidar de forma produtiva com o diferente do que com o igual. Esse esforço é importante para a rede não operar na antiprodução, mas manter-se ativa na superfície de produção em relação à realidade".
>
> c) Multiplicidade: as redes devem suportar diversas lógicas e a direção que assume deve depender das singularidades dos sujeitos envolvidos em cada projeto terapêutico.
>
> d) Ruptura e não ruptura: a rede, quando se rompe, consegue se recompor em outro lugar, refazendo-se. Uma rede pode se romper, mas se encontra com outras conexões ou mesmo é capaz de produzir novas, como se tivesse vida própria que lhe garantisse atuação suficiente para sua auto-realização.

Em saúde mental, a atuação em rede é fundamental e alarga as possibilidades de intervenção com os sujeitos e as famílias, nas suas necessidades de cuidado. O sofrimento mental afeta e é afetado por várias esferas da vida dos sujeitos e todos devem ser convocados quando a intenção é cuidar de sujeitos dentro de suas singularidades, numa tarefa de permanente produção de vida.

4.5 INTERSETORIALIDADE

A saúde é influenciada por vários fatores: sociais, políticos, econômicos, ambientais, entre outros. Boa parte dos determinantes da saúde não reside no campo exclusivo do setor saúde, o que requer que as ações, tanto de cuidado em saúde como de combate às iniquidades, sejam desenvolvidas em parcerias com outras políticas setoriais e com as comunidades e sociedade em geral (WHO, 2008). Assim, o investimento em uma ação intersetorial é vital para a efetividade das ações de saúde.

Além disso, pessoas com sofrimento/transtornos mentais constituem um grupo comumente excluído do exercício da cidadania, devido a um processo histórico de segregação e preconceito. Se a produção de cuidado for fragmentada, sem comunicação entre os diferentes setores envolvidos na produção de saúde, essa tendência acaba sendo reforçada, o que prejudica a atenção integral em saúde, centrada nas necessidades dos sujeitos.

Para Amarante (2007, p. 86),

> os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Deve articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatório, hospitais gerais e especialização etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (ministério público, previdências sociais, delegacias, instituição para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se.

Como se viu no tópico acima, a rede não está pronta em algum lugar, mas se forma a partir das conexões que os trabalhadores permanentemente estabelecem entre si. Assim, **a rede intersetorial ganha concretude na medida em que se estabelecem espaços permanentes e x periódicos para discussões entre as equipes de saúde e equipes de outros serviços do território**.

> Tais espaços têm o objetivo de proporcionar trocas de olhares, impressões, metodologias e conhecimentos que contribuem para o fortalecimento de redes sociais cujos dispositivos territoriais podem viabilizar planos de ação integrados entre os equipamentos e entre os usuários. Portanto, investir em espaços de reuniões, fóruns, colegiados, espaços de educação permanente, rodas de conversa, que envolvam atores dos equipamentos citados acima, é fundamental para a construção de estratégias de aproximação e cuidado com a população no território. Quanto maior e mais frequentes forem estes canais de troca e de construção coletiva, maior a chance de integração entre os profissionais e de políticas envolvidas (BRASIL, 2013b, p. 127).

Quanto mais frequentes forem os encontros e quanto mais atores e áreas forem envolvidos, mais forte e plural se torna a rede.

4.6 MATRICIAMENTO

O matriciamento ou apoio matricial consiste numa proposta pedagógico-terapêutica e num modo de produzir saúde entre duas ou mais equipes que **rompe com o modelo tradicional centrado numa organização vertical das ações de saúde sob a lógica de encaminhamentos, referência e contrarreferência**.

Às equipes envolvidas no processo de matriciamento, chamamos equipe de referência e equipe matriciadora. No processo de matriciamento em saúde mental na Atenção Básica, por exemplo, as equipes de saúde mental são as equipes matriciadoras – sejam elas do CAPS, Equipe de Referência em Saúde Mental (ERSM) ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – e as equipes que atuam na Atenção Básica, são as equipes de referência.

A proposta é que essas equipes se relacionem de maneira horizontal, sem hierarquia de saberes ou de poder, o que pode requerer uma reorganização nos serviços de saúde e na rede do território. **As equipes matriciadoras oferecem apoio técnico às equipes de referência, de forma que essas possam ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, assumindo o acompanhamento longitudinal dos sujeitos de seu território, num processo de responsabilização compartilhada pelos casos**.

Figueiredo e Onocko Campos (2009, p.130) afirmam que

> através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. Com isso, é possível evitar práticas que levam à "psiquiatrização" e à "medicalização" do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular.

Matriciamento, portanto, não é encaminhamento ao especialista, atendimento individual especializado ou intervenção coletiva realizada apenas pelo profissional de saúde mental, mas inclui a elaboração conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, discussões clínicas, entre outras ferramentas, todas em conjunto com as equipes de referência, ampliando sua capacidade resolutiva (CHIAVERINI, 2011). Matriciar, portanto, é fazer junto.

O apoio matricial nunca pode ser confundido com a prática da triagem ou colocar-se como instrumento para definir que casos devem ou não ser encaminhados para um acompanhamento especializado. Embora contemple a definição de papéis e de responsabilidades – quem deve fazer o que em cada caso, sempre singular – essa decisão deve ser tomada em conjunto, de maneira horizontal e democrática entre as equipes.

Figueiredo e Onocko Campos (2009, p. 136) observam que quando se tratam de casos de pacientes com transtornos mentais mais graves não costuma haver desacordo sobre a necessidade de intervenção mais específica de profissionais da equipe de saúde mental (equipe matriciadora). Mas a fronteira se torna mais tênue quando se trabalham casos que não se encaixam na rigidez das categorias diagnósticas e onde estão presentes questões subjetivas como dificuldades afetivas e relacionais que demandam orientação e escuta acolhedora. Nesses casos, as autoras colocam, “a potência do Apoio Matricial está justamente em desfazer a delimitação entre as diferentes disciplinas e tecnologias, e, através das discussões de caso e da regulação de fluxo, reverter o processo de "psicologização" do sofrimento”.

A efetivação do matriciamento em saúde mental depende do empenho e da disponibilidade dos envolvidos: equipes matriciadoras, equipes de referência e gestores, para a composição do cuidado integral em saúde. **Algumas garantias são fundamentais, tais como: garantia de horário na agenda dos profissionais envolvidos, não apenas para as discussões,**

mas também para as ações conjuntas pactuadas; garantia de sistematicidade e continuidade dos encontros entre equipe matriciadora e equipes de referência; criação e manutenção de espaços de reflexão, crítica e formação permanente.

Além disso, pode ser necessário o enfrentamento de alguns desafios como a mudança nas relações de trabalho hierarquizadas e fragmentadas e centradas no modelo biomédico. O espaço do matriciamento pode, em alguns momentos, se constituir enquanto espaço de conflitos e embates, e **é fundamental que os conflitos e as críticas não sejam ignorados ou minimizados, mas que sejam acolhidos e problematizados**, tal como a angústia que alguns profissionais podem vivenciar ao lidar com o manejo de alguns casos. A abertura à crítica e ao conflito de ideias, evita a cristalização do processo e é o que pode permitir a ressignificação de valores e práticas dos serviços de saúde, provocando transformações no processo de cuidado. Como bem coloca Iglesias (2015), “o matriciamento prima pela possibilidade de aprender a aprender inclusive com as críticas, com as dúvidas, com os equívocos, com o processo, por uma relação mais transversalizada de saber/poder”.

Finalmente, um dos papéis da equipe matriciadora em saúde mental é dar apoio às equipes de referência, não apenas na condução de casos particulares, tampouco assumindo uma função de “terapeuta” dos profissionais das equipes de referência, mas reconhecendo o grau de sofrimento a que essas equipes estão expostas e buscando delinear estratégias coletivas de fortalecimento. As equipes de saúde da Atenção Básica não raro estão submetidas a alto grau de estresse, que se manifesta em várias formas de adoecimento do trabalhador, e também se deparam muitas vezes com processos de trabalho novos, para os quais não foram formadas, gerando insegurança e mais sofrimento. Essa insegurança nasce não apenas do desconhecimento técnico, mas também dos desafios de abordar e lidar com o sofrimento mental dos pacientes, suas famílias e comunidade, e pode fazer com que os profissionais se deparem com aspectos dos próprios fenômenos mentais, fazendo com que sintam como angustiante a sensação do contato com seus limites.

Essa insegurança e as sensações de angústia podem contribuir para que alguns profissionais se afastem e evitem cuidar dos sujeitos em sofrimento psíquico de seu território. Duas estratégias podem ser utilizadas diante dessas questões, como colocado por Chiaverini (2011):

> a) aliviar a equipe das ‘responsabilidades’ de ter que dar soluções, sozinha, para os problemas psicossociais dos pacientes, de suas famílias e da sua comunidade. Esse modelo, oriundo da prática hospitalar, que centra no profissional a capacidade de dar soluções, contribui para a sensação de impotência e dificulta o acolhimento ao sofrimento emocional dos pacientes, a criação de espaços de escuta e que a equipe contribua para o empoderamento da população em si, aspectos importantes para a solução desses problemas;
>
> b) empoderar a equipe pela importância da rede de apoio e do suporte emocional que ela pode oferecer na estruturação de soluções para os problemas psicossociais da população.

SAIBA MAIS

Acesse o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental no link:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

4.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O estabelecimento de um diagnóstico é muito útil para definir os rumos de um tratamento em saúde mental, definindo a estratégia terapêutica mais adequada. O processo de elaboração de um diagnóstico no campo da saúde mental deve considerar sempre os aspectos singulares de cada indivíduo, sua história e situação atual social e familiar.

Um diagnóstico sindrômico parte da observação dos sinais e sintomas apresentados e relatados pelo paciente e seus familiares. Isso significa que além do conhecimento acerca das síndromes psiquiátricas, o profissional deve ser capaz de contextualizar e significar os sinais e sintomas que se apresentam.

Em saúde mental, o processo diagnóstico deve considerar:

> a) O diagnóstico de um transtorno mental é quase sempre baseado preponderantemente em dados clínicos, obtidos através de uma história bem colhida e um exame psíquico atencioso;
>
> b) O diagnóstico psicopatológico baseia-se principalmente no perfil de sinais e sintomas apresentados pelo paciente no curso da doença e no momento da entrevista;
>
> c) De modo geral, não existem sinais ou sintomas psicopatológicos específicos totalmente específicos de determinado transtorno mental. O diagnóstico psicopatológico repousa sobre a totalidade dos dados clínicos, momentâneos (exame psíquico) e evolutivos (anamnese, história dos sintomas e evolução do transtorno) aliada a avaliação e interpretação com conhecimento e habilidade;
>
> d) O diagnóstico psicopatológico é, em inúmeros casos, apenas possível com a observação do curso da doença, de forma que o médico pode se ver obrigado a repensar e refazer seu diagnóstico ao longo do acompanhamento;
>
> e) O diagnóstico psiquiátrico deve ser sempre pluridimensional, devendo considerar dimensões clínicas, psicossociais, condições ou doenças físicas associadas, rede de apoio social, contexto familiar, fatores ambientais protetores ou estressores;
>
> f) Deve-se atentar também para a formulação dinâmica do caso (conflitos conscientes e inconscientes implicados no caso específico, mecanismos de defesa, ganhos secundários, aspectos transferenciais, etc.) e a formulação diagnóstica cultural (símbolos e linguagem cultural específica para aquele paciente, representações sociais, valores, rituais, religiosidade, etc.) (DALGALARRONDO, 2008, p. 41-42).

Após o levantamento de hipóteses diagnósticas, podem ser necessários exames ou avaliações de outras especialidades para verificar essas hipóteses e descartar possibilidades, pois **não é raro que sintomas comuns em síndromes psiquiátricas sejam, na verdade, manifestações de outras patologias de etiologia orgânica**. É possível, por exemplo, que um quadro de hipotireoidismo gere sintomas que se confundem com a depressão, ou que síndromes metabólicas estejam na origem de estados confusionais, ou ainda que um quadro de *delirium* em um idoso seja advindo de uma intoxicação medicamentosa. Para evitar que essas dúvidas gerem condutas inadequadas, **é fundamental que os profissionais de saúde**

realizem a avaliação criteriosa e singular de cada paciente e que procedam ao diagnóstico diferencial.

Como não há exames laboratoriais para identificar transtornos mentais, os exames solicitados visam descartar outras possibilidades, especialmente aquelas referentes a efeitos fisiológicos de uma medicação ou outra substância ou a um estado geral de saúde.

O diagnóstico diferencial visa distinguir duas ou mais patologias que apresentam sintomatologia semelhante. Inicia-se pela avaliação e elaboração de hipóteses diagnósticas, na qual se considera toda a sintomatologia apresentada, o histórico do paciente, e os resultados de exames, quando houver. O resultado é obtido após um processo de dedução por exclusão. Consiste, portanto, numa importante ferramenta para a terapêutica em saúde mental e também **imprescindível para evitar a negligência de quadros orgânicos devido a uma possível confusão com transtornos mentais primários**.

4.8 REDUÇÃO DE DANOS

> Dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/ restritiva é que diminui a sua autonomia... Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 1996, p. 57).

As pessoas que fazem uso de drogas não constituem um grupo homogêneo, assim como não o é o padrão de uso e a forma como esse uso afeta cada um. Quando se oferta apenas uma alternativa de abordagem, observa-se que o nível de adesão é baixo, pois muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam ou sequer procuram os serviços de saúde, pois não se sentem acolhidos em suas singularidades. Por esse motivo, **as estratégias de cuidado devem ser diversificadas e adaptar-se às necessidades de cada um e às possibilidades de seu meio social**, pois

> para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção (BRASIL, 2004, p. 8).

A abordagem da redução de danos se coloca então como uma **ética de cuidado em que a abstinência não é o único objetivo a ser alcançado**. Aqui, os objetivos e as estratégias de cuidado devem ser traçados com cada usuário, de acordo com sua singularidade, a manifestação de seu desejo e suas possibilidades. O projeto terapêutico a ser desenvolvido difere, portanto, para cada sujeito. Tratar implica em aumentar a superfície de contato e o grau de liberdade, ou seja, no estabelecimento de vínculos e no respeito radical à autonomia de cada um.

O redutor de danos Domiciano Siqueira, em entrevista concedida ao (En)Cena, afirma que a questão do uso de drogas foi historicamente abordada pelo viés da saúde, da justiça e da religião, sendo ora encarado como doença, ora como crime, e ora como pecado, e aponta a premência de uma abordagem a essa questão pelo viés da cidadania:

> a redução de danos é muito polêmica, pois ela não traz só prevenção de doenças, ela traz toda a liberdade à tona e mostra escancaradamente que as pessoas que não têm direito sobre seus próprios corpos, não terão os seus deveres acionados, trabalhados e mobilizados em prol da maioria.

A redução de danos visa em uma primeira instância evitar que as pessoas se envolvam com o uso de drogas; se isso não for possível, evitar o uso de forma nociva/abusiva; para aqueles que se tornarem dependentes, oferecer os melhores meios para que possam rever sua relação com a substância, podendo orientá-los tanto para a abstinência – se essa for sua escolha – como para a minimização dos efeitos danosos do uso de drogas. Portanto,

> o que melhor caracteriza o conceito de Redução de Danos é a flexibilidadeno contrato com o usuário. Significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso às informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde (quando necessário), utilizando propostas diversificadas e construídas com cada usuário e sua rede social. Para tanto, consideram-se o desejo e a demanda dos usuários, assim como as possibilidades para compor um acompanhamento com combinações em comum acordo (CONTE, 2004, p. 64).

A abordagem de redução de danos rompe assim com o paradigma da abstinência, que defende ser esta a única forma de tratar:

> Por paradigma da abstinência entendemos algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157)

A redução de danos visa estimular o sujeito a adotar uma postura de cuidado de si, corresponsabilizando-se pela gestão de seu projeto terapêutico e de sua qualidade de vida. Assim, a abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, mas essa meta deve ser pactuada e não imposta por um serviço ou um profissional.

Finalmente, considerando-se que essa estratégia volta-se para as necessidades apresentadas e elencadas como prioridade pelo sujeito, seu desenvolvimento não deve se restringir ao âmbito dos serviços de saúde, mas deve buscar interseções com outras áreas e inserir-se no território.

4.9 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL, 2007).

Ao trabalhar com PTS, a contribuição de todos os profissionais das equipes é importante e todos devem conscientizar-se de que o foco das intervenções não é a doença e o combate aos seus sintomas, mas seu olhar deve estar voltado para a produção de vida, buscando adequar as propostas terapêuticas aos investimentos afetivos do sujeito sobre quem se intervém (do que o sujeito gosta e do que não gosta, o que ele deseja, e o que elenca como prioridade e como possibilidade em sua vida).

Luccia et al. (2015) chamam atenção para o termo “projeto” no PTS, que deve ser lido para além da questão de uma organização de ações orientadas à resolução de um problema, devendo outrossim pautar-se pela ideia de projetualidade, a capacidade de produção de vida e invenção de saúde de cada sujeito, tirando a cura do ideal. Já o termo “singular” remete à necessidade de ressaltar o que de mais particular cada sujeito pode trazer, de forma que o PTS se constitui como uma ferramenta que deve ser utilizada no caso a caso e não como mais um protocolo a ser cumprido.

Para Figueiredo (2004) o PTS é justamente o contrário da postura do profissional que dita ao paciente aquilo que define ser melhor para sua saúde, e deve ir em busca das boas perguntas:

> Em vez de nos perguntarmos o que podemos fazer por ele, a pergunta deve ser feita de outro modo: o que ele pode fazer para sair de tal ou tal situação com nosso suporte. Isso significa de temos que suportar, no sentido mais radical da palavra, as ações do sujeito e chamá-lo à sua responsabilidade a cada vez, a cada ato.

É importante seguir o estilo de cada sujeito favorecendo que ele se implique no processo em curso e nas decisões tomadas, combatendo a imobilidade e tutela dos sujeitos. A autora discorre que **a não implicação dos sujeitos em seu tratamento, com a assunção por parte das equipes de saúde de posturas pedagógicas ou apostólicas, está na base daquelas situações que muitas equipes narram como dificuldades naprática profissional: o paciente que foge, que transgride, que não se adequa ao serviço, que não adere ao tratamento**. Para ela,

> o melhor antídoto é a responsabilidade. Fazer o sujeito se perguntar o que faço aqui? O que torna minha vida tão insuportável, o que posso fazer para encontrar uma solução? São questões fundamentais que não surgem do nada, senão de um esforço conjunto do trabalho em equipe de não se deixar levar pelo *furor sanandi*[2], como já dizia Freud, e nem pelo furor de educar.

O PTS contém quatro momentos:

a) **Diagnóstico situacional**: para o diagnóstico situacional é importante identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes de quem busca ajuda. Valorizar as potencialidades permite a ativação de recursos terapêuticos. Além das dimensões subjetivas, também é importante reconhecer o contexto social e histórico em que se inserem a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo ao qual está dirigido o PTS. Também é importante identificar as intervenções já realizadas e seus resultados, bem como realizar a avaliação das vulnerabilidades compostas pelos fatores de risco e fatores de proteção individuais, familiares, grupais e coletivos. As potencialidades podem ser incluídas entre os fatores de proteção.

---

[2] *Furor Sanadi* é um termo cunhado por Freud para advertir sobre o ideal de cura perseguido por médicos – e outros profissionais de saúde, que se torna uma necessidade excessiva do profissional sem dar ouvidos ao que quer e pode o sujeito/paciente.

b) **Definição de metas**: A definição de objetivos e metas envolve definir as questões sobre as quais se pretende intervir. As metas devem ser norteadas pela inserção social, a ampliação de autonomia e a ativação da rede de suporte social da pessoa, família, grupo ou coletivo. A operacionalização deste processo se dá por meio de uma comunicação sensível e das combinações entre o técnico de referência e a equipe por um lado, e da equipe ou do próprio técnico de referência com a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo por outro. Neste momento do PTS também é importante fazer projeções de curto, médio e longo prazo.

c) **Divisão de responsabilidades**: A divisão de tarefas e responsabilidades envolve a definição clara e a atuação do técnico de referência por meio do esclarecimento do que vai ser feito, por quem e em que prazos. O dispositivo do técnico de referência é fundamental na organização do cuidado de casos complexos em saúde mental. Esta posição geralmente é assumida pelo trabalhador que estabelece maior vínculo com a pessoa em sofrimento. O técnico de referência tem a responsabilidade de coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, seus familiares, a equipe de saúde e outras instâncias que sejam necessárias.

d) **Reavaliação**: A reavaliação do PTS, conduzida pelo técnico de referência, deve ser sistemática, agendada com a equipe e a pessoa cuidada. A revisão de prazos, expectativas, tarefas, objetivos, metas e resultados esperados e obtidos pode ajudar a manter o PTS ou introduzir e redirecionar as intervenções conforme as necessidades. (MÂNGIA; BARROS, 2009) A reavaliação deve ser feita em diversos momentos que incluem encontros entre a pessoa cuidada, seus familiares e o técnico de referência; reuniões de equipe e reuniões ampliadas com outros serviços e instituições implicados no PTS.

(BRASIL, 2013a)

Ainda, alguns aspectos devem ser observados:

- **A escolha dos casos para reuniões de PTS**: a proposta é de que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros da equipe (qualquer membro da equipe). Não parece necessário nem possível que o grande esforço de fazer um PTS seja dirigido a todos os usuários de uma equipe, exceto em hospitais e, eventualmente, centros de especialidade;
- **As reuniões para discussão de PTS**: de todos os aspectos que já discutimos em relação à reunião de equipe, o mais importante no caso deste encontro para a realização do PTS é o vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade desse vínculo. Defendemos que os profissionais que tenham vínculo mais estreito assumam mais responsabilidade na coordenação do PTS. Uma estratégia que algumas equipes utilizam é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS.

- **O tempo de um PTS**: o tempo mais dilatado de formulação e acompanhamento do PTS depende da característica de cada serviço. Serviços de saúde na Atenção Básica e Centros de Especialidades com usuários crônicos têm um seguimento longo (longitudinalidade) e também uma necessidade maior da Clínica Ampliada. Isso, naturalmente, significa processos de aprendizado e transformação diferenciados. Serviços com tempo de permanência e vínculo menores farão PTS com tempos mais curtos. O mais difícil é desfazer um viés imediatista que a cultura hospitalar imprimiu em profissionais e usuários. Geralmente não se faz uma abordagem integral em um encontro único, mesmo que seja uma consulta longa. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do(s) vínculo(s) com o usuário. A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.
- **PTS e Mudança**: quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado. O encorajamento e o apoio podem contribuir para evitar uma atitude passiva por parte do usuário. Uma pessoa menos deprimida, que assume um projeto terapêutico solidário, como projeto em que se (re)constrói e acredita que poderá ser mais feliz, evidentemente tende a ter um prognóstico e uma resposta clínica melhor. No entanto, não se costuma investir em usuários que se acreditam "condenados", seja por si mesmos, como no caso de um alcoolista, seja pela estatística, como no caso de uma patologia grave. Se esta participação do usuário é importante, é necessário persegui-la com um mínimo de técnica e organização. Não bastam o diagnóstico e a conduta padronizados. Nos casos de "prognóstico fechado", ou seja, de usuários em que existem poucas opções terapêuticas, como no caso dos usuários sem possibilidade de cura ou controle da doença, é mais fácil ainda para uma equipe eximir-se de dedicar-se a eles, embora, mesmo nesses casos, seja bastante evidente que é possível morrer com mais ou menos sofrimento, dependendo de como o usuário e a família entendem, sentem e lidam com a morte. O PTS nesses casos pode ser importante como ferramenta gerencial, uma vez em que constitui um espaço coletivo em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores em lidar com determinada situação. A presunção de "não envolvimento" compromete as ações de cuidado e adoece trabalhadores de saúde e usuários, porque, como se sabe, é um mecanismo de negação simples, que tem eficiência precária. O melhor é aprender a lidar com o sofrimento inerente ao trabalho em saúde de forma solidária na equipe (ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer) (BRASIL, 2013a).

Assim, descortinam-se vários possíveis ao se trabalhar com PTS:

- Nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades.
- Nas situações em que se enxergava apenas igualdades, podem-se encontrar grandes diferenças.
- Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho.
- O caminho do usuário ou do coletivo é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde.
- Lidar com o medo, o desconhecimento e a incerteza faz parte do trabalho em saúde, possibilitando a superação de desafios, o exercício da criatividade e a

> reconfiguração contínua dos conceitos dos próprios trabalhadores.(BRASIL, 2013a)

4.10 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Vimos que a história da política de saúde mental no Brasil e no mundo é marcada por um período em que a internação era colocada como alternativa prioritária para as pessoas com transtornos mentais, o que, como parte do processo de exclusão dessas pessoas do corpo social, alimentou a manutenção das longas internações e consequentemente a fragilização ou mesmo o rompimento de laços sociais e familiares das pessoas internadas. Considerando e buscando romper com esse modelo asilar, a Lei Federal 10.216, de 2001, preocupou-se em assegurar o desenvolvimento de estratégias específicas para o cuidado das pessoas internadas por longos períodos, que visem garantir sua cidadania e seu direito de inclusão. Assim, seu Artigo 5º define que:

> O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

A essas estratégias dá-se o nome de “estratégias de desinstitucionalização”, que contemplam ações de alta planejada e assistida de pacientes dos hospitais, não só dos que ali vivem há muito tempo, bem como daqueles que registram inúmeras reinternações. Entretanto, é preciso destacar que **desinstitucionalização abrange uma noção muito mais ampla do que retirar os pacientes dos hospitais psiquiátricos, do que deslocar o centro de atenção do hospital para os serviços comunitários**, pois as práticas manicomiais podem reproduzir-se também em diversos serviços de saúde e da rede socioassistencial e comunitária, podendo ser flagradas, por exemplo, em práticas de controle, tutela, hierarquização, medicalização excessiva, às quais Pelbart (2001) chamou de “manicômios mentais”, que sustentam a lógica de exclusão social.

Amarante (1996) trabalhou o conceito de desinstitucionalização a partir de três prismas: desinstitucionalização como desospitalização, desinstitucionalização como desassistência e desinstitucionalização como desconstrução.

- Desinstitucionalização como desospitalização: questiona a centralidade da atenção na assistência hospitalar, mas não o saber que ampara e legitima essa prática e “está voltada principalmente para objetivos administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos) e menos para uma real transformação da natureza da assistência”.
- Desinstitucionalização como desassistência: trata de setores que entendem a desinstitucioanlização como abandono dos pacientes à própria sorte.
- Desinstitucionalização como desconstrução: neste prisma questiona-se o hospital como lugar central do cuidado, e também um saber que limite a pessoa em sofrimento mental a critérios diagnósticos, não alcançando a experiência subjetiva, social e política desse

adoecimento. A desinstitucionalização como desconstrução prevê, além da retirada dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, mudanças nas estruturas e nos sujeitos, ou seja, a criação de uma rede substitutiva e suportiva, com transformação nas práticas de cuidado e dos saberes instituídos.

Desinstitucionalizar, nessa ótica, **não se limita ao processo de desospitalizar e tampouco se restringe ao campo da saúde, mas deve aumentar as possibilidades de reinserção social e a atuação integrada de diferentes políticas públicas**.

Dimensteisn e Liberato (2009) afirmam que “desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias, é enfrentar o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede, o que implica na adoção de modelos de atenção integral de base territorial”.

Para Rotelli (1988), importante ator da Reforma Psiquiátrica italiana em Trieste, o trabalho terapêutico deve ser um trabalho de desinstitucionalização

> voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana.

Ou seja, a desisnstitucionalização constitui-se como

> um trabalho prático de transformação que contempla: a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade – probabilidade; o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas (HIRDES, 2009).

Nessa dinâmica, a criação de novas possibilidades, a cidadania, a autonomia, as singularidades, a forma como cada um vivencia o sofrimento mental e cria estratégias para lidar com ele, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, o protagonismo dos sujeitos e os saberes circulantes no corpo social, constituem-se como alguns dos eixos norteadores do cuidado.

Dentro dessa perspectiva, desinstitucionalizar aproxima-se do conceito de reabilitação psicossocial, que trata de um trabalho de criação de condições e oportunidades para que a pessoa com transtorno mental exerça sua cidadania e participe dos processos de trocas sociais, “reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar sua autonomia” (Kinoshita, 1998, p.56). O poder contratual, ou simplesmente contratualidade, trata das relações sociais que a pessoa com transtorno mental estabelece em seu meio, tanto familiar, como social, inclusive nos serviços de saúde por onde circula. Para Kinoshita (1996, p.56-57),

> a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que

modifiquem as condições concretas de vida, de modo a que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como, para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se.

4.11 AVALIAÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL[3]

As pessoas com transtornos mentais e comportamentais são duas a três vezes mais propensas a morrer prematuramente de doenças evitáveis, como infecções e distúrbios cardiovasculares; portanto, sempre devem ser submetidas à avaliação da saúde física como parte de uma avaliação integral. **O profissional de saúde deve concentrar-se em reduzir o risco por meio de estratégias de promoção e prevenção de agravos. É preciso fazer uma anamnese apropriada, que inclua tanto a história da saúde física quanto de condições mentais e comportamentais, seguida de exames físicos complementares para identificar condições concomitantes e orientar a pessoa sobre medidas preventivas.** Essas ações sempre devem ser realizadas com o consentimento livre e esclarecido do sujeito, exceto, excepcionalmente, quando alterações psíquicas e comportamentais – como no estado confusional agudo, por exemplo – não o permitirem.

Avaliação da saúde física

a) Faça uma anamnese detalhada e pergunte sobre fatores de risco. Sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, uso nocivo de álcool ou outras substâncias, comportamentos de risco e doenças crônicas.
b) Faça um exame físico.
c) Considere um diagnóstico diferencial. Descarte as condições físicas e causas subjacentes de manifestações de sofrimento mental por anamnese, exame físico e exames laboratoriais básicos, quando necessários e disponíveis.
d) Identifique as comorbidades. Com frequência, uma pessoa pode ter mais de uma condição de sofrimento mental ao mesmo tempo. A avaliação e o manejo são importantes quando isso ocorre.

Manejo da saúde física

a) Trate as comorbidades existentes simultaneamente com o transtorno mental. Encaminhe a especialistas ou solicite um parecer, caso necessário.
b) Oriente a pessoa sobre fatores de risco modificáveis para evitar doenças e incentive um estilo de vida saudável.
c) Para promover a saúde física das pessoas com transtornos mentais, os profissionais de saúde devem:
    - Explicar a importância da atividade física e da alimentação saudável.

---

[3] Esse texto foi retirado de: MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Com algumas adaptações à realidade local.

- Orientar as pessoas sobre o uso prejudicial de álcool.
- Incentivar o abandono do tabagismo e do uso de substâncias.
- Orientar sobre outros comportamentos de risco (p. ex., sexo sem proteção).
- Realizar avaliações da saúde física e vacinações periodicamente.
- Preparar as pessoas para as mudanças de vida associadas ao desenvolvimento, como a puberdade e a menopausa, e providenciar o apoio necessário.
- Discutir planos de gravidez e métodos contraceptivos com as mulheres em idade reprodutiva.

Avaliação

A avaliação para identificar transtornos mentais é feita conforme as etapas a seguir, com o consentimento livre e esclarecido da pessoa, sempre que possível.

Anamnese

a) Queixa inicial
  - Sintoma ou razão principal que levou a pessoa a buscar atendimento.
  - Pergunte quando, por que e como começou.
  - Nesse estágio, é importante reunir a maior quantidade possível de informações sobre os sintomas da pessoa e sua situação. Descrever sinais, sintomas e/ou comportamentos. Observar se há fatores de melhoras ou pioras dos sintomas.

b) História pregressa de transtornos mentais e comportamentais
  - Pergunte sobre problemas semelhantes no passado, eventuais internações psiquiátricas (histórico e duração das internações, quando houver) ou medicamentos prescritos para transtornos mentais e comportamentais, bem como sobre eventuais tentativas de suicídio.
  - Explore o tabagismo, uso de benzodiazepínicos e o uso de álcool e substâncias. (O que? Quanto? Há quanto tempo?)

c) História clínica geral
  - Pergunte sobre os problemas de saúde física e os medicamentos usados.
  - Faça uma lista dos medicamentos atuais.
  - Pergunte sobre alergias a medicamentos.

d) História familiar de transtornos mentais e comportamentais
  - Explore possível história familiar de transtornos mentais e comportamentais e pergunte se alguém teve sintomas semelhantes ou recebeu tratamento para um transtorno mental ou comportamental

e) História psicossocial
  - Pergunte sobre fatores de estresse atuais, métodos de enfrentamento e apoio social.
  - Pergunte sobre o atual funcionamento sócio-ocupacional (como é o funcionamento/comportamento da pessoa em casa, no trabalho e nos relacionamentos).

- Obtenha informações básicas que incluam local de residência, escolaridade, história de trabalho ou emprego, estado civil, número e idade dos filhos, renda, estrutura doméstica e condições de vida.

No caso de crianças e adolescentes, pergunte se têm um cuidador e qual é a natureza e qualidade da relação entre eles.

Avaliação para identificar transtornos mentais e comportamentais

a) Exame físico
  - Faça um exame físico direcionado de acordo com as informações obtidas durante a avaliação da saúde mental

b) Exame do estado mental (EEM)[4]
  - Faça perguntas e observações sobre a aparência e o comportamento, o humor e o afeto, o conteúdo do pensamento, eventuais perturbações da percepção, além da cognição. Observar aspecto geral, nível de consciência, orientação, atenção, memória, pensamento, linguagem, vontade, psicomotricidade, percepção, juízo de realidade e crítica com relação aos sintomas.

c) Diagnóstico diferencial
  - Considere o diagnóstico diferencial e descarte condições que tenham sintomas iniciais semelhantes.

d) Exames laboratoriais básicos
  - Solicite exames laboratoriais quando houver indicação e for possível, sobretudo para descartar causas físicas.

e) Identifique o transtorno mental e comportamental
  - Identifique a hipótese diagnóstica do transtorno mental e comportamental.
  - Avalie outros sintomas mentais e comportamentais e condições prioritárias
  - Realize o manejo de acordo com a situação identificada.
  - Sempre que suspeitar de um transtorno mental, avalie a possibilidade de autoagressão/suicídio.

Manejo de transtornos mentais

Muitas condições de saúde mental são crônicas e demandam acompanhamento continuado e seguimento em longo prazo. O manejo de um transtorno mental ao longo do tempo pode incluir as etapas a seguir.

---

[4] O Exame do estado mental adaptado para não especialistas pode incluir: comportamento e aparência = sinais e sintomas relativos à aparência ou às atitudes de uma pessoa; humor e afeto = sinais e sintomas relativos ao controle e à expressão das emoções ou sentimentos; conteúdo do pensamento = sinais e sintomas relativos ao objeto dos pensamentos, inclusive delírios, paranoia, suspeita e ideação suicida; perturbação da percepção = percepções sensitivas que ocorrem na ausência de estímulo apropriado (externo) (p. ex., alucinações auditivas ou visuais). A pessoa pode ou não ter conhecimento da natureza irreal da percepção; cognição = sinais, sintomas e achados clínicos indicativos de transtorno nas capacidades mentais e processos relacionados com a atenção, a memória, o juízo, o raciocínio, a solução de problemas, o processo decisório, a compreensão e a integração dessas funções.

a) Elabore um PTS em conjunto com a pessoa e seus familiares, que inclua um plano de seguimento.
b) Solicite apoio matricial de equipe de saúde mental quando sentir necessidade.
c) Encaminhe ao especialista ou ao hospital quando indicado e disponível.
d) Busque promover vínculos com a comunidade da pessoa, facilitando a integração social.
e) Articule uma rede de cuidados intra e intersetorial, com setores como trabalho, moradia, assistência social, educação, sistema de garantia de direitos, justiça, esporte, entre outros.
f) Reavalie o PTS periodicamente.
g) Adapte o PTS para populações específicas.

4.12 ESTRATIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A RAPS, tal como as demais RAS, prevê um conjunto de ações articuladas entre pontos de atenção de diferentes níveis de complexidade, que visam prestar assistência integral à saúde da população. Um dos mecanismos para garantir que esses pontos de atenção funcionem de maneira articulada e que o cidadão não fique vagando entre serviços sem obter respostas adequadas às suas necessidades ou que não seja submetido a exames e procedimentos desnecessários, é a regulação assistencial, que deve ter como objetivos "garantir a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e com a qualidade certa" (MENDES, 2014). **É considerado frágil um modelo de regulação assistencial que se baseia na gestão da oferta, com foco na capacidade instalada, em vez de basear-se numa gestão de base populacional**,

> programada por parâmetros das necessidades da população, que tenha foco em demandas populacionais discriminadas segundo riscos sociais e sanitários de subpopulações e que utilize soluções regulatórias que equilibrem a racionalização da demanda e a racionalização e/ou incremento da oferta (MENDES, 2014, p. 42).

Para Mendes (2014), o modelo regulatório deve ter entre suas características:

> é realizado com base em parâmetros de programação de necessidades; é feito com sistemas de coordenação bem estabelecidos na APS; utiliza sistemas de comunicação eficazes entre unidades demandantes e ofertantes de serviços; é realizado nos eventos agudos por meio de complexos reguladores, com base na classificação de risco das pessoas em situação de urgência e emergência; é realizado, nas condições crônicas não agudizadas, diretamente pela APS nos serviços demandados; [...] é feito com base em diretrizes clínicas baseadas em evidência; tem uma inteligência regulatória, o que pressupõe que nem todas as demandas devam ser atendidas; implica, nas condições crônicas não agudizadas um relacionamento pessoal entre profissionais de saúde e envolve trabalho clínico mútuo entre os profissionais das unidades demandantes e ofertantes (MENDES, 2014, p. 42-43).

A estratificação e classificação de risco são duas ferramentas que contribuem para a eficácia da regulação assistencial nas RAS e, por esse motivo, são abordadas aqui.

"Corpos não sofrem, pessoas sofrem". Essa afirmação do médico americano Eric Cassell é cotidianamente observável no cotidiano dos serviços de saúde: "existem pessoas que sofrem e não estão doentes (ou enfermas), e muitas podem estar gravemente doentes (e enfermas) e mesmo assim não sofrer" (BRASIL, 2013b, p. 89). Entre os desafios das equipes de saúde está o de cuidar de pessoas que sofrem sem estar doentes, e lotam as filas dos serviços com queixas por vezes vagas e difusas, e das pessoas que estão doentes – às vezes gravemente – mas não sofrem, não buscam os serviços de saúde e mais dificilmente se engajam em alguma proposta terapêutica:

> São os que estão doentes sem sofrer que fazem do *diabetes mellitus*, da hipertensão e da obesidade os fatores de risco mais comuns para as doenças cárdio e cerebrovasculares. São os que sofrem sem estar doentes que lotam as agendas da Atenção Básica e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e de ansiedade (BRASIL, 2013b, p. 89).

Quando se trabalha com instrumentos como um roteiro para elaboração de um PTS, ou protocolos de estratificação e classificação de risco, o que se visa é instrumentalizar as equipes de saúde para enriquecer as práticas cotidianas de cuidado, mas o uso de todos esses instrumentos está pautado na assunção por parte dos profissionais de uma postura acolhedora, que valorize o a escuta qualificada e o vínculo, bem como a singularidade e a autonomia dos sujeitos assistidos.

Em saúde mental, nem sempre os transtornos mentais graves e persistentes apresentam sinais e sintomas que exigem atenção em saúde em um nível mais especializado. Assim como os chamados transtornos mentais comuns podem apresentar-se de forma a justificar um atendimento em nível secundário e intensivo. **Para definir a gravidade ou risco de um quadro de saúde mental, além de seus sinais e sintomas, faz-se necessário considerar a presença de outros fatores considerados agravantes ou protetivos**.

A estratificação de risco em saúde mental "é realizada considerando a gravidade dos sinais e sintomas apresentados, sem a necessidade de firmar diagnóstico inicial, somada às condições de vida atual do usuário" (PARANÁ, 2014, p. 12). De acordo com Mendes (2012), a estratificação de risco visa padronizar as condutas referentes a um determinado grupo de condições crônicas nas diretrizes clínicas, assegurando e distribuindo recursos físicos e humanos para cada qual: "Este instrumento possibilita o planejamento do cuidado para com o usuário, na medida em que distribui a demanda de assistência nos respectivos níveis de complexidade de serviços, evitando a suboferta de cuidados em um serviço e a sobrecarga em outros" (PARANÁ, 2014, p. 15).

Um Protocolo de Estratificação de Risco, portanto, é um instrumento que contribui para que as equipes da APS conheçam as necessidades de saúde mental da população de seu território e possam definir, junto com o Apoio Matricial, se julgarem necessário, o nível de gravidade dos casos de sofrimento mental e os pontos de atenção a serem acionados em cada caso, de acordo com a rede existente na comunidade, e delinear as estratégias e abordagens terapêuticas que devem compor o PTS.

Já a **Classificação de Risco** consiste numa ferramenta de apoio à decisão clínica na regulação do acesso aos pontos de atenção da RAPS para os casos agudos. É um processo de gestão do risco clínico que **tem por objetivo estabelecer prioridades para o atendimento dos usuários de saúde mental que acessam o sistema de saúde e também definir o recurso assistencial mais adequado a cada caso.** Portanto, tem entre seus objetivos a identificação dos casos mais graves, permitindo um atendimento mais rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

De acordo com a Cartilha "Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde", do Ministério da Saúde,

> A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Na avaliação de casos de saúde mental, os atendimentos devem ser singulares (personalizado) e, além do quadro clínico apresentado, deve-se levar em conta aspectos como o contexto familiar e vulnerabilidade social na determinação do risco/gravidade. Os usuários devem ser atendidos em ambientes seguros e tranquilos.

Cada serviço de saúde deve buscar conhecer a rede de atenção existente em seu território, seja em âmbito local, municipal, regional ou estadual, a fim de otimizar a garantir a melhor orientação a cada caso e evitar a realização de encaminhamentos sem implicação[5].

SAIBA MAIS

No Anexo 1 é possível conferir a Classificação de Risco em Saúde Mental do Espírito Santo, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. O Protocolo completo encontra-se na página eletrônica da Secretaria.

4.13 CRISE, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Para Jairnilson Paim (1994), o termo emergência se refere a um processo com risco iminente de vida e que deve receber tratamento imediato após sua constatação, dada a necessidade de manter as funções vitais e evitar incapacidades ou complicações graves. Já urgência diz respeito a processos agudos sem risco de vida iminente, mas nos quais comparece o risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais; aqui, o risco de vida pode existir, mas não é iminente. Existem ainda o que o autor chama de situações ou problemas de saúde "de rotina" que, embora não apresentem risco de vida, implicam sofrimentos ou preocupações nos pacientes que justificam que não se aguarde uma consulta agendada.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução Nº 1.451/95, define urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. E por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, tratamento médico imediato. Uma diferença, portanto, entre as duas ocorrências é que a emergência apresenta maior grau de gravidade e necessita de intervenção mais rápida do que a urgência.

---

[5] Por encaminhamento implicado entende-se a necessidade de que o profissional responsável pelo encaminhamento se inclua no processo, responsabilizando-se pelo estabelecimento de um endereço para a demanda e acompanhando o caso até seu destino, sendo por vezes necessário que o serviço que encaminha faça um trabalho junto ao serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso.

Já as emergências psiquiátricas, de acordo com Friedmann, Lesser e Auerbach (1982, apud FIALHO, 2014, p. 27) podem ser definidas como condições em que está presente um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, nas quais um atendimento médico se faz necessário imediatamente para evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do sujeito ou eliminar possíveis riscos a sua vida ou a de outros.

Devido ao grande número de dúvidas que a ambivalência entre os termos urgência e emergência suscita, o Manual de Regulação Médica de Urgências optou por utilizar apenas o termo urgência para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de definir o grau de urgência, "a fim de classificá-la em níveis, tomando como marco ético o imperativo da necessidade humana" (BRASIL, 2006). Os níveis de urgência amparam-se na gravidade do caso e determinam o tempo para início da intervenção, os recursos necessários para o tratamento e valor social que envolve cada caso.

Em saúde mental, a noção de urgência vai aproximar-se ao conceito de crise, cuja concepção é polissêmica e contempla diferentes sentidos clínicos, históricos e sociais. Os momentos de crise que podem se desencadear em sujeitos com grave sofrimento psíquico gerar ações confusas e incompreendidas por eles próprios e pelas pessoas que o circundam, fato que dificilmente se resolve com uma intervenção pontual, pois **o momento da crise revela uma tentativa de elaborar um acúmulo existencial e histórico de sofrimento que necessita de uma estratégia ampliada de cuidado** (ALMEIDA, 2014).

A noção de crise relaciona-se com a de urgência psiquiátrica a partir do reconhecimento de que em ambos os casos o denominador comum é o sofrimento psíquico grave, complicado ou não por comorbidades clínicas. Sofrimento psíquico, nesse contexto, é entendido como o

> conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados oriundo do antagonismo subjetividade e objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e definir sentido da vida, aliada ao sentimento de impotência e vazio do eu, experimentado como coisa alheia (SAMPAIO, 1999, p. 25 apud FIALHO, 2014, p. 31).

Dell'Acqua e Mezzina (1991 apud FIALHO, p. 32) postulam que nas situações de crise é possível identificar pelo menos três dos seguintes parâmetros:

- Grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- Grave ruptura de relações familiares e/ou sociais;
- Recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a equipe;
- Recusa de qualquer forma de contato;
- Situações emergenciais no contexto familiar e/ou social ou ainda impossibilidades pessoais de enfrentá-las.

As crises em saúde mental, além do sofrimento psíquico daquele que a apresenta, podem interferir sobremaneira também na rotina familiar, da comunidade, do meio social ou mesmo dos serviços de saúde que o acompanham. Todos esses atores acabam por participar da definição de uma vivência subjetiva enquanto crise e também podem atuar no sentido de agravá-la ou de acolhê-la, de modo que **a crise nunca é individual, ela é também familiar, social e da rede de proteção e cuidados**.

Luzio (2010, p. 90 apud FIALHO, 2014, p. 39) compreende crise como um momento de radicalização do sofrimento ou da singularidade do modo de existência e ressalta que a crise vai produzir experiências dolorosas, marcadas pela solidão, incerteza, temor e estranhamento, mas também pode constituir-se como momento de produção de mudanças, uma vez que expressa a singularidade do sujeito e seu desejo. Mais do que uma agudização sintomatológica, a crise em saúde mental fala da exacerbação da manifestação de afetos, pensamentos e sentimentos para os quais os recursos psíquicos e relacionais disponíveis ao sujeito foram insuficientes para expressá-los e lidar com eles. Assim, **pode se constituir como um momento estratégico para a ressignificação de valores e crenças, criação de novas formas de expressão, e fortalecimento de vínculos**.

> A crise pode representar, assim, a possibilidade de reorganização em novas bases, novas formas e articulações do laço social e do sujeito, tomada como travessia, como navegação, cujo desfecho é imponderável. A crise pode ser, às vezes, a única forma de superar um estado de coisas que se mostrou incapaz de responder às exigências da vida de um sujeito e de sua rede social (CAMPOS, 2014, p.57).

Esse desenlace depende em grande parte de como aqueles que estão ao redor do sujeito em crise vão lidar com a experiência vivida. **Lidar com a crise de acordo com o paradigma da atenção psicossocial não consiste no silenciamento dos sintomas e no isolamento do sujeito, e a alternativa terapêutica não pode ser restrita à terapia medicamentosa e ao manejo dos sintomas, mas implica numa escuta qualificada e numa postura acolhedora e de empatia e diálogo por parte dos profissionais, que devem trabalhar em conjunto com o sujeito, família e rede de suporte social**.

> Assim, diante da crise, não vamos ignorar que haja urgência, pressa, elementos objetivos que nos apontam a necessidade de que há coisas a fazer. Porém, a nossa estratégia principal é criar as condições de possibilidade para que a fala, a palavra, as histórias, os sentidos possam destacar o sujeito da crise (LEGUIL, 1990). Nossa tática deve deixar espaço para que as diversas perspectivas da crise possam emergir, tornando-se ingredientes de remodelagem, ressignificação e superação da crise. Conseguir identificar qual a emoção ou afeto está latente na situação de crise é uma importante ferramenta para um manejo adequado (CAMPOS, 2014, p.55).

A autonomia, o respeito às singularidades e a afirmação do cuidado em liberdade são diretrizes do cuidado em saúde mental, mas não é raro que mesmo profissionais que atuam em serviços substitutivos e territoriais autorizem-se a suspender esses direitos em momentos de crises, alegando restrição da capacidade de julgamento dos sujeitos. Lobosque (2001, apud FIALHO, 2014) defende, mesmo em momentos de crise aguda, é possível sustentar esses princípios e engajar a pessoa em sofrimento psíquico em seu tratamento, por consentimento próprio, inclusive quando se faz necessário o uso de contenção medicamentosa e/ou física/mecânica. Para a autora, há um ponto em que o sujeito pode escutar o convite ao tratamento e cabe ao profissional de saúde "aprender a convidar", ou seja,

> identificar o ponto (na comunicação, verbal ou não) a partir do qual é possível a entrada do profissional no cenário. Esse convite representa o início de um percurso de cuidado, que implica que o sujeito em crise consinta e responsabilize-se pelo tratamento, inserindo-o em um processo ativo e compartilhado de trabalho (FIALHO, 2014, p.49).

Ressignificar a atenção às crises, permitindo-se lidar com a complexidade e incerteza que essas situações fazem emergir é o desafio que se coloca aos profissionais do campo psicossocial.

4.14 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O termo “vigilância” pode geraralgum estranhamento, incômodo ou desconforto, pois não raro, remete a estado de alerta, sentinela, cautela, desconfiança ou até mesmo punição. No entanto, aplicada à saúde, a Vigilância em Saúde é uma ideia relativamente recente, fruto de um processo histórico de mudanças na compreensão do que é saúde, de quem a produz e de que forma o faz (MONKEN; BATISTELLA, 2018). Se, enquanto ideia instituída por portaria é recente, sua prática acontece de forma ainda experimental em um ou outro local ou serviço de atuação mais vanguardista.

Atualmente, o Ministério da Saúde determina a Vigilância em Saúde como

> o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018. p.2).

As ações de vigilância devem ser coordenadas juntamente com demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS, de modo a contribuir na integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2013). Assim, mais do que divulgar e distribuir informes sobre determinadas doenças e eventos adversos à saúde, compreende-se que a produção e análise dos dados sobre a situação de saúde da população, bem como o planejamento e execução de ações referentes ao problema caracterizado, podem ocorrer em todos os serviços de saúde, com o auxílio e suporte técnico dos profissionais e equipes especializados na área.

A Vigilância em Saúde pode ser incorporada às atividades e competências das equipes dos diversos pontos de atenção à saúde, ainda com o potencial de oportunidade de aprendizado participativo, interdisciplinar e portador de sentido para o próprio processo e gestão do trabalho da equipe. Pode-se utilizar de estratégias como reunião de equipe que tratem do planejamento e distribuição do território à discussão de casos, principalmente quando recorrentes na população adstrita, de modo a identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar planos e programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados, e elaborar PTS e Projetos de Saúde no Território (PST) com vistas a prestar assistência integral aos indivíduos e às famílias sob sua responsabilidade sanitária. Construir e fazer uso de estratégias e instrumentos como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial e protocolos, considerando sempre as informações oriundas da assistência prestada e que podem servir para subsidiar a avaliação da efetividade do serviço para a situação de saúde da população pela qual tem responsabilidade (MAREGA; SAITO, 2018).

A nível de gestão, planejamento e organização dos serviços de saúde, a ideia é que se considere as informações produzidas pelo processo-ação de Vigilância em Saúde que identificam da necessidades de saúde da população de um território ou região de saúde, integrando a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada dos serviços (MONKEN; BATISTELLA, 2018).

SAIBA MAIS

Vigilância em Saúde, disponível em:
http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html

No que diz respeito a práticas mais *stricto* da Vigilância em Saúde, dentre os seus componentes – Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância da Situação de Saúde –, são as três últimas que ganham destaque e potência no campo da Saúde Mental.

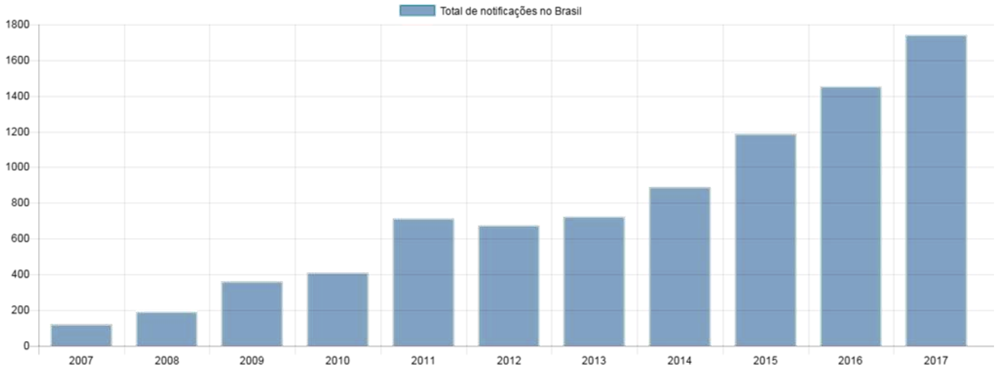
A Vigilância Epidemiológica,por ter como objeto de atuação o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nosfatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva; a Vigilância em Situação de Saúde por se tratar do processo-ação acima descrito que pode ser executado em todos os serviços de saúde; e a Vigilância em Saúde do Trabalhador, por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e visar à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, processos produtivos e de trabalho (BRASIL, 2018), vêm juntando forças e esforços, buscando desenvolver, nos níveis nacional, estaduais e municipais, linhas de cuidado e protocolos que auxiliem e orientem o cuidado em Saúde Mental e Trabalho.

Considerando as práticas estabelecidas para os serviços de Vigilância em Saúde, cabe destacar as doenças e agravos de Notificação Compulsória determinados por critérios que levam em consideração o tamanho da população atingida, a potencialidade do dano à saúde, as condições para o controle do agravo e acordos internacionais. Assim, **a Violência (incluindo suicídio e tentativas) e o Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho compõem a lista de notificação compulsória para todos os estabelecimentos públicos ou privados de saúde do país** (respectivamente pelas Portarias 204 e 205, de 17 de fevereiro de 2016), de modo a fornecerem subsídio para a operacionalização do trinômio 'informação-decisão-ação'.

De um modo em geral, há o subregistro desses agravos notificação compulsória. No caso dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, de 2007 a 2017, houve um aumento no volume dos registros, conforme o Gráfico 8. No entanto, em 2017, foram notificados apenas 1739 casos em todo o país, tendo o estado do Espírito Santo contribuído com apenas 4 casos.

Compreende-se que os números de notificação não condizentes com os dados reais ocorrem por diversos fatores que incluem desde a capacidade operacional do serviço ou equipe/ profissional de saúde, ao próprio conhecimento das Portarias que determinam esta prática (LANGUARDIA, 2004).

Gráfico 8: Número de notificações de transtorno mental relacionado ao trabalho de 2007 a 2017



Fonte: SINAN, 2018.Elaboração: PISAST, 2018.

SAIBA MAIS

PISAST – Saúde Mental no Trabalho, disponível em: http://pisast.inf.br/assuntos-relacionados-3/temass/saude-mental

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. et al. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev Bras Enferm**. V. 67, n. 5, p. 708-714, set-out 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0708.pdf>. Acesso em 22 Jul. 2018.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

______. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Lei Federal Nº 10.216, de 06 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2001.

______. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: 2004. 48 p.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília, DF: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Estratégicas – Brasília, DF: 2005. 76 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

——. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília, DF: 2006. 126 p. (**Série A: Normas e Manuais Técnicos**).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2 ed. – Brasília, DF: 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Caminhos do Cuidado**: caderno do aluno / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. Brasília, DF:2013a. 132 p.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, DF: 2013b. 176 p. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 34**)

______. Ministério da Saúde. Portaria nº 1378, de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.**Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2013.

______. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2018.

______. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 1451/95, de 10 de março de 1995. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 1995.

CAMPOS, P. J. de. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção á crise e urgência. In: ZEFERINO, M. T. **Crise e Urgência em Saúde Mental**: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado / Maria Therezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 97p.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

CONTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na Perspectiva da Atenção Básica. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, vol. 18, nº.1, 2004. pp. 59-77.

COSTA-ROSA, A., LUZIO, C. A., YASSUI, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. D. C. Amarante (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial** (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau Editora.

DALGALARRONDO, PAULO. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. cienc. prof**., Brasília, v. 24, n.4, p. 112-117, dez. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400013>. Acesso em 06 jun. 2018.

DIMENSTEIN, M., LIBERATO, M. T. Desisntitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, p.1-10, 2009. Disponível em: < http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1016/1142 >. Acesso em 20 Jul. 2018.

(En)Cena: **A Saúde Mental em Movimento**. A Política de Redução de Danos no Brasil e os Direitos Fundamentais do Homem. Entrevista publicada em: 23 jan 2013. Disponível em: <http://ulbra-to.br/ encena/2013/01/23/A-politica-de-Reducao-de-Danos-no-Brasil-e-os-direitos-fundamentais-do-homem>. Acesso em 22 Jul. 2018.

FIALHO, M. B., Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: ZEFERINO, M. T. **Crise e Urgência em Saúde Mental**: fundamentos da atenção a crise e urgência em saúde mental / Maria Therezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 101p.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, vol. 7, nº 1, p. 75-86, mar/2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142004000100075&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 11 Jul. 2018.

FIGUEIREDO, M. D., ONOCKO CAMPOS, R. Saúde mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), pp. 129-138. 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 15 Jun. 2018.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. Disponível em: <http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf>. Acesso em 12 Jul. 2018.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1), 2009, pp. 297-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1>. Acesso em 20 Jul. 2018.

IGLESIAS A. **O Matriciamento em Saúde Mental sob vários olhares** [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2015.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1998. pp. 55-59.

LAGUARDIA, Josué et al . Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 13, n. 3, p. 135-146, set. 2004

LANCETTI, A. Notas sobre clínica e política. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 7, n. 3, p. 67-69, set/2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000300067>. Acesso em 06 Out. 2018.

LUCCIA, D. de, et al. O protagonismo no projeto terapêutico singular: singularidade e implicação do sujeito no nível terciário em saúde. **A peste**, São Paulo, v. 7, nº 1, p. 49-64, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/30464/21075>. Acesso em 11 Jul. 2018.

MAREGA, AD; SAITO, RXS. **A prática da Vigilância e a Vigilância na prática**. Disponível em http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade07/unidade07.pdf. Acesso em 09/09/2018.

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, nº 52, p. 38-49, out/2014.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MONKEN, M; BATISTELLA, C. Vigilância em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>. Acesso em 09/09/2018.

PAIM, J. S. Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência. In: SILVA, L. M. V., **Saúde Coletiva**: textos didáticos. Salvador: Centro Editorial e Didático/Universidade Federal da Bahia, 1994.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia de Saúde Mental**. Curitiba: SESA, 2014, 56p. Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_final_de_saude_mental.pdf>. Acesso em 13 Jul. 2018.

PASSOS, E. H., SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc**., v. 23, nº 1, Florianópolis, Jan./Abr., 2011. pp. 154-162. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 22 Jul. 2018.

PELBART, P. P. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.) **Saúde e Loucura 2**. São Paulo: Hucitec, 2001. pp. 131-138.

PINHO, L. B. de, HERNÁNDEZ, A. M. B., KANTORSKI, L. P. Reforma Psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. **Interface (Botucatu)**, Bootucatu, v. 14, n. 32, p. 103-113, Mar. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100009>. Acesso em 17 Ago. 2018.

RODRIGUES, M., MACEDO, P., MONTANO, T., **Manual do Formador** – Formação dos membros das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens. Lisboa: Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, 2007.

ROTELLI, F. A instituição inventada. **"Revista per la salute mentale / For mental health"** 1/88 – do "Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia". Disponível em: <http://oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf>. Acesso em 20 Jul. 2018.

SARTI, C. A., **A família como espelho** – um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas, Autores Associados, 1996.

WHO (Canada). World Health Organization. **Health equity through intersectoral action**: an analysis of 18 country case studies. Who Press, 2008, 52p. Disponível em: < http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf?ua>. Acesso em 12 Jul. 2018.

YASSUI, S. A. Atenção Psicossocial e os desafios contemporâneos: um outro mundo é possível. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM) Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1005/1122>. Acesso em 06 jun. 2018.

5 RECOMENDAÇÕES PARA A ATENÇÃO NOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Na apresentação foi contextualizado um pouco da instituição da RAPS como uma das redes prioritárias de atenção à saúde. Instituída em 2011, com a Portaria Ministerial Nº 3.088, e inserida nas Portarias de Consolidação Nº 3 e Nº 6, de 28 de setembro de 2017, a RAPS agrega diferentes componentes e pontos de atenção de cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Entre suas diretrizes, traz: a) respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; b) promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; c) combate a estigmas e preconceitos; d) garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; e) atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; f) diversificação das estratégias de cuidado; g) desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; h) desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; i) ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; j) organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; k) promoção de estratégias de educação permanente; e l) 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 (BRASIL, 2017b).

Qualquer ação de saúde mental, em qualquer ponto de atenção, deve se realizar em consentâneo com as diretrizes acima. Assim, antes de conhecer as atribuições de cada ponto de atenção no que tange ao cuidado em saúde mental, todo profissional deve conhecer e observar essas diretrizes em seu cotidiano de trabalho.

Os componentes e pontos de atenção da RAPS se distribuem da seguinte forma (Figura 1):

Figura 1: Componentes e pontos de atenção da RAPS

Atenção Básica em Saúde

- Unidade Básica de Saúde
- Equipe de atenção básica para populações específicas
  - Equipe de Consultório na Rua
  - Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção residencial de Caráter Transitório
- Centros de Convivência

Atenção Psicossocial Especializada

- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades

Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192
- Sala de estabilização
- UPA 24 horas
- Portas hospitalares de atenção à urgência/prontos socorros
- Unidades Básicas de Saúde

Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidades de Acolhimento
- Serviço Residencial de Caráter Transitório

Atenção Hospitalar

- Enfermaria especializada em Hospital Geral
- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

Estratégias de Desinstitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos

Reabilitação Psicossocial

Fonte: BRASIL, 2017.

O capítulo que segue traz a descrição dos componentes da RAPS e as atribuições dos pontos de atenção no cuidado em saúde mental. É preciso que se tenha claro que a divisão de atribuições não equivale a uma distribuição de pacientes, como se cada ponto de atenção fosse responsável sozinho por um grupo de pacientes que reúne certas características comuns. Pelo contrário, **o cuidado em saúde mental se desenvolve em rede e em cada momento pode ser que um ou mais pontos venham a ser convocados**. O desafio é de que todos se impliquem na efetivação do cuidado integral, pautado nas diretrizes já descritas acima.

E é importante lembrar que não basta a existência dos pontos de atenção para a garantia do cuidado integral – embora essa dimensão seja essencial. É fundamental que se qualifiquem as práticas de atenção e que os profissionais de saúde estejam atentos aos valores e crenças que embasam suas práticas e permeiam seu cotidiano, buscando rever posturas se essas não forem inclusivas, atentos ao que Pelbart (2001) chamava de “manicômios mentais”, que consistem no desejo presente em nós de controlar, tutelar e subjugar o outro.

Espaços de discussão coletiva entre os trabalhadores, como reuniões de equipe, fóruns, encontros de trabalhadores são estratégias potentes para a construção e o compartilhamento de ferramentas de cuidado. Estratégias de educação permanente em saúde também são fundamentais e devem ser elaboradas de acordo com a realidade e os desafios que se apresentam em cada território.

5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS

O relatório da OMS publicado em 2008 destacou que as experiências desenvolvidas desde Alma-Ata modificaram a perspectiva dos movimentos em prol da APS[6]. Conforme esse relatório, a coordenação de uma resposta integral às demandas de saúde, viabilizada por meio de uma rede de serviços, é um atributo essencial da APS. O papel da APS como coordenadora do acesso aos demais níveis envolve responsabilização pela saúde da população, outorga das necessárias autoridades administrativas e financeiras e reconhecimento quanto à essencialidade das funções exercidas pelas equipes de atenção primária.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) propõe uma renovação da APS, com enfoque de saúde e de direitos humanos, de forma a alcançar melhorias na equidade em saúde, resgatando um pouco o que foi discutido em Alma-Ata (OPAS, 2011).

A APS tem como um de seus atributos caracterizar-se como a porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo, que abrange promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos, vigilância em saúde e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, possibilitando o primeiro acesso das pessoas ao cuidado, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental.

> Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida (BRASIL, 2013a, p. 19).

Um olhar às diretrizes na APS definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) já esclarece muito sobre o trabalho realizado neste componente. A PNAB elenca e define as seguintes diretrizes:

- **Regionalização e Hierarquização**: Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) entre si, com fluxos e referências estabelecidos.
- **Territorialização**: Considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas

---

[6] Neste documento os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” são tratados como equivalentes, tal como feito na Política Nacional de Atenção Básica.

destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

- **População adscrita**: População que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.
- **Cuidado centrado na pessoa**: Aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.
- **Resolutividade**: Reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.
- **Longitudinalidade do cuidado**: Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.
- **Coordenação do cuidado**: Coordenar o cuidado implica elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.
- **Ordenação da rede**: Reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.
- **Participação da comunidade**: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos

> determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

Pesquisas realizadas no Brasil e no mundo mostram que **cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a APS tem algum transtorno mental** segundo a Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID-10). Nesse grupo de indivíduos estão inclusas as pessoas que buscam ajuda profissional por causa de sofrimento mental, geralmente com queixas de tristeza e/ou ansiedade. Também é frequente que os profissionais da APS identifiquem nos usuários tristeza e/ou ansiedade importantes, ainda que não haja queixa explícita nesse sentido (BRASIL, 2013a, p.89)[3].

> Há ainda dois outros conjuntos de situações em que os cuidados de saúde mental na APS ganham relevo, apesar de raramente serem motivados por uma demanda do usuário. A primeira são os problemas relacionados ao uso do álcool, que são frequentes na população brasileira, atingindo cerca de um em cada dez adultos. A segunda são os chamados transtornos mentais graves e persistentes, que incluem a esquizofrenia e as psicoses afetivas (transtorno bipolar do humor). Esses são bem menos frequentes, cerca de dois em cada 100 adultos, mas trazem grande impacto na saúde global das pessoas. (BRASIL, 2013a, p. 89)

Tomando como premissa que Saúde Mental não será abordada em contraposição à saúde física ou biológica – conforme o velho e o equivocado dualismo corpo/mente – mas como uma das dimensões que compõem o ser humano, ao atentar para ações de saúde mental que possam ser realizadas no próprio contexto do território das equipes, pretendemos chamar a atenção para o fato de que a saúde mental não exige necessariamente um trabalho além daquele já demandado aos profissionais de saúde em seu cotidiano.

> Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde. (BRASIL, 2013a, p.11)

Ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo fora do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades. Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de saúde para contribuir no manejo dessas questões. **Algumas ações de saúde mental são realizadas sem mesmo que os profissionais as percebam em sua prática, como por exemplo, quando o profissional oferece atenção e tempo de escuta ao desabafo do usuário. Esse ato se constitui como uma importante ferramenta de atuação profissional, que possibilitará o estabelecimento de vínculo, empatia e relação de confiança entre o usuário e o profissional, aspectos fundamentais para o cuidado em saúde mental.** Não raramente o usuário não se dá conta da relação que existe entre seus conflitos e sofrimentos com aquilo que ele fala, pensa ou faz. **As práticas de cuidado em saúde mental podem e devem ser realizadas por todos os profissionais da APS**. Ter o profissional de saúde da Atenção Básica como interlocutor disponível pode ser uma via para lidar com esses sofrimentos do dia a dia, muitas vezes responsáveis por somatizações ou complicações clínicas (BRASIL, 2013a).

A fim de realizar as ações de promoção, prevenção, redução de danos, diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito da saúde mental, é importante que a APS proceda ao diagnóstico situacional de seu território e o mantenha atualizado, conheça a prevalência de problemas de saúde mental na população adscrita ao seu cuidado e a forma como essas questões afetam e são afetadas pelas demais dimensões da vida dos sujeitos. O diagnóstico situacional do território não está restrito ao conhecimento do perfil epidemiológico da população adscrita, mas inclui o (re)conhecimento dos pontos de atenção existentes e possíveis parcerias e apoio tanto na rede intra e intersetorial, bem como da rede informal de suporte e proteção que se forma nas comunidades e dos fatores de risco existentes em cada território.

A APS deve planejar ações voltadas ao cuidado dos indivíduos, suas famílias e comunidades, através de uma abordagem integral e abrangente, manejar os casos, contando, quando necessário e disponível, com apoio dos NASF, das ERSM e dos CAPS, viabilizando suporte e compartilhamento de casos mais complexos.

A APS tem também uma importante função no fortalecimento da cidadania e na redução de estigmas e preconceitos contra pessoas com adoecimento mental, considerando-se principalmente a facilidade do acesso e o alto grau de capilaridade de suas ações, por sua inserção nos território e proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (BRASIL, 2013a).

5.1.1 AÇÕES DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Algumas ferramentas e ações de cuidado em saúde mental que podem ser desenvolvidas no âmbito da APS são:

- Mostrar **disponibilidade** e oferecer **escuta** ao sofrimento psíquico, não apenas em atendimentos específicos de saúde mental, mas em todos os momentos e espaços do serviço, assumindo uma **postura acolhedora**.
- Proceder ao **diagnóstico situacional** da Rede do território: os pontos de atenção da rede intra e intersetorial de seu território e da Região de Saúde e a interação entre eles, a rede de proteção informal que existe nas comunidades (ex.: iniciativas locais, associações comunitárias, igrejas, projetos/programas do terceiro setor), as condições socioeconômicas

da população adscrita, principais vulnerabilidades (ex.: violência, pobreza, desemprego, dificuldade de acesso), etc.

- Conhecer o desenvolvimento psicoemocional e as questões de saúde mental mais prevalentes em cada **ciclo de vida**, garantindo a escuta qualificada durante os atendimentos de rotina. Aqui, se trata tanto da identificação de sinais indicativos de transtornos mentais e início das intervenções necessárias (diagnóstico precoce) como de conhecer situações próprias dos ciclos de vida, que podem gerar sofrimento mental, mas não necessariamente terão relação com algum transtorno mental (ex.: questões comuns da adolescência, do puerpério, do climatério, questões comuns em momentos de perdas, separações e mudanças, etc.).
- Conhecer a **correlação entre sofrimento psíquico e o desenvolvimento, agravo e prognóstico de morbidades clínicas** (ex.: relação entre ansiedade e hipertensão, depressão e diabetes, alcoolismo e doenças hepáticas, etc.).
- Conhecer o **perfil epidemiológico em saúde mental**: quem são os indivíduos e famílias em situação de sofrimento/adoecimento mental no território, quais as queixas e problemas mais comuns (transtornos comuns, transtornos graves, uso de álcool, uso de drogas ilícitas, uso de medicação), quem são os usuários em uso de medicação psicotrópica, quem são os usuários acompanhados por serviços da RAPS. A **Estratificação de Risco** pode constituir-se como importante ferramenta no delineamento desse perfil e de estratégias a serem aplicadas em cada caso (Ver item 4.12)
- Realizar abordagens na perspectiva da **redução de danos** (ver item 4.8).
- Conhecer e divulgar os **direitos** das pessoas com transtornos mentais, facilitando seu acesso à **cidadania**.
- **Integrar-se aos pontos de atenção** da RAS e à rede de proteção social: participar e/ou mobilizar reuniões de rede, fóruns, espaços coletivos de discussão; conhecer e fortalecer as iniciativas de mobilização e controle social.
- Realizar a **busca ativa** de pessoas com transtornos mentais, incluindo os que fazem uso nocivo de medicamentos, álcool e drogas.
- Realizar **acompanhamento domiciliar** de casos cronificados e de condições agudas, se necessário.
- **Incluir as famílias em todas as etapas do cuidado**, percebendo como as relações familiares afetam e são afetadas pelo adoecimento psíquico de um membro (ou mais); buscar apoiar e fortalecer as famílias; intensificar o acompanhamento em momentos de agudização dos quadros e internação, e em momentos de transição e perda no grupo familiar (ex.: chegada de um novo membro, falecimento de um membro, separações, etc.).
- Desenvolver **PTS** para os casos mais complexos (ver item 4.9).
- Priorizar casos mais graves e vulneráveis (ex.: casos com maior vulnerabilidade social, egressos de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, pessoas em situação de rua, crianças, adolescentes e idosos em situação de abandono, autoagressão e comportamento suicida, transtornos mentais severos e persistentes).
- Solicitar o **apoio matricial** de outros serviços e equipes (NASF, ERSM, CAPS) para discussão e **compartilhamento** de casos, construção de PTS e para momentos de estudo sobre a política e as tecnologias de cuidado em saúde mental.
- **Manejar crises** dentro de seu nível de complexidade (ver item 0).

- Acionar outros pontos de atenção sempre que identificar a necessidade, compartilhando o cuidado e mantendo o **seguimento longitudinal** dos casos.
- **Incluir discussões sobre saúde mental nos grupos realizados nos serviços de saúde e incluir pacientes com transtornos mentais nos grupos**. Os grupos desenvolvidos na APS não precisam ser específicos para uma temática de saúde mental ou restrito ao público que possui algum transtorno mental, ou seja, não se trata de criar novos grupos com esse objetivo, mas de aumentar a permeabilidade e a circulação das pessoas em sofrimento mental nos espaços já existentes na Atenção Básica. Isso pode ser feito, por exemplo, discutindo relações familiares, autocuidado, cidadania, percepção de si e do outro nos grupos regulares da Atenção Básica, estimulando atitudes acolhedoras e de mútuo apoio entre os participantes.

5.1.2 PONTOS DE ATENÇÃO

5.1.2.1 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS

O acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. **Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços**. Estes encontros com os usuários oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com este conhecimento, a equipe tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais indicados ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade.

No campo da Saúde Mental, temos como principais dispositivos comunitários os grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, os grupos de artesanato ou de geração de renda, entre outros. Estes dispositivos também podem ser úteis na abordagem de problemas de saúde de outros campos.

O papel estratégico do Agente Comunitário de Saúde

Em 1991, o Ministério da Saúde implantou oficialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituindo essa nova categoria de trabalhadores, os Agentes Comunitários da Saúde (ACS), no âmbito da Atenção Básica. Os ACS, mais do que qualquer outra categoria profissional, transitam entre os espaços do governo (serviços públicos) e os espaços comunitários, e têm a função de facilitar e intermediar a comunicação entre eles, o que não é uma tarefa fácil. **É o membro da equipe que pertence a comunidade, podendo levar aos espaços de convívio e troca social conhecimentos e práticas importantes ao cuidado em saúde, e é o representante da comunidade dentro do serviço, devendo qualificar as intervenções realizadas pelos demais membros da equipe, assumir papel central no**

desenvolvimento do diagnóstico situacional do território e na criação de estratégias que facilitem o vínculo entre serviço de saúde e comunidade.

Algumas das atribuições do ACS descritas na PNAB (BRASIL, 2017a) são:

- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território;
- Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;
- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS;
- Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

Antonio Lancetti (2011) se refere aos ACS como “trabalhadores afetivos fundamentais”. Sua ação, segundo ele, “quando operada em singular parceria com os outros membros da organização sanitária, tornam essa relação uma arma fundamental para fazer funcionar essa máquina de produzir saúde e saúde mental” (p.93), devido a sua inserção concomitante na vida comunitária e no serviço de saúde.

O Guia de Saúde Mental (BRASIL, 2013b), utilizado na formação intitulada “Caminhos do Cuidado” destaca seis atitudes que devem estar presentes na atuação do ACS no trabalho em saúde mental:

- **Conceito de família**: família é todo grupo de pessoas que coabitam e/ou desenvolvem entre si as mais variadas formas de convívio afetivo. Nem sempre as famílias com quem trabalhamos correspondem às ideias de família previamente aprendidas no convívio familiar e com o grupo social.
- **Suspensão provisória da opinião**: deve-se cuidar para não impor a própria visão de mundo ao outro, seja ela qual for, inclusive religiosa. Evitar dar sermões e lições de moral e, ao menos inicialmente, evitar dar conselhos. Deve-se acolher e respeitar as pessoas conforme

sua própria maneira de entender a si mesmas, ao mundo, e as suas vivências de sofrimento/adoecimento mental.

- **O ACS é membro de uma equipe**: diante de questões de difícil solução, o ACS não precisa sentir-se intimado a dar respostas imediatas. Em vez disso, pode dizer que discutirá com a equipe a melhor forma de dar apoio à questão em tela, e levar o caso para discussão com o restante da equipe.
- **Atenção ao grupo familiar**: Não se deve focar toda a atenção à pessoa com transtorno mental, mas a todo o grupo familiar, buscando compreender a forma como se relacionam entre si e prestando atenção a outros problemas de saúde, que podem estar presentes.
- **Observar o Projeto Terapêutico elaborado para cada pessoa e família**: as pessoas com transtornos mentais comumente passam por experiências de institucionalização ou outras experiência em que não são ouvidas e respeitadas. Uma forma de romper com essa tendência é estar atento e seguir os compromissos definidos no Projeto Terapêutico (se marcou, compareça; se prometeu, cumpra).
- **Somos todos agentes de saúde**: assim como os demais profissionais de saúde, os ACS são “defensores da vida” e devem buscar ajudar a todas as pessoas de sua área de abrangência, independente de credo, raça, condição social ou do que façam para sobreviver: todos têm direito à atenção em saúde. Evitar participar de conflitos familiares e/ou comunitários.

Uma ACS de um município do estado do Espírito Santo narrou um caso de intervenção em saúde mental. Nesse caso, pode-se constatar que a atuação da ACS foi decisiva, mudando a trajetória de vida que vinha sendo traçada para o paciente até então. Para preservar a identidade dos atores envolvidos, chamaremos a ACS de Rosa, a Unidade de Saúde da Família (USF) em que atua de USF Jardim, o paciente de Júlio, e o município de Pasárgada, todos nomes fictícios.

Relato de Caso

Pasárgada é um município de pequeno porte com 100% de cobertura de estratégia de saúde da família. Localiza-se numa Região de Saúde de forte cultura manicomial, influenciada, entre outros fatores, pela existência, por muitos anos, de um manicômio na região, em um município próximo à Pasárgada. A atenção em saúde mental é realizada pela APS e por uma ERSM, formada por uma assistente social, uma psicóloga e um médico psiquiatra. Essa equipe atua em estreita relação com as equipes da APS, realizando apoio matricial e também articulação intersetorial.

No momento em que se passou a situação narrada, Rosa atuava como ACS na USF Jardim há 7 anos. Não se aproximava muito de pacientes com transtornos mentais, um pouco por medo, um pouco por insegurança. Em seu território havia um homem diagnosticado com esquizofrenia, Júlio, que contava com 37 anos, todos vividos no município de Pasárgada, muitas vezes perambulando pelas ruas, carregado de acessórios (pulseiras, colares, etc.) e mexendo com os transeuntes. Júlio e Rosa eram parentes, primos, mas nunca foram próximos e não mantinham convívio. Júlio tinha histórico de inúmeras internações psiquiátricas no manicômio da região, sempre com relatos de agressividade contra familiares e vizinhos. Não tinha suporte familiar e nunca havia aderido a um plano de tratamento, não tendo sido desenvolvido para si e consigo, um PTS até então.

Diante de novo quadro de agitação psicomotora de Júlio, e já prevendo que este culminaria em episódios de heteroagressividade, Rosa agendou consulta com o médico psiquiatra, esperando conseguir um laudo que o encaminhasse para internação involuntária. Rosa confessa que até então sentia medo de aproximar-se do primo/paciente e o fez inicialmente apenas para intermediar a consulta.

No atendimento, além da prescrição medicamentosa, o médico observou que Júlio precisava de cuidados familiares e de saúde e informou que, a partir daquele momento, estavam suspensas as internações psiquiátricas. A decisão de tratar a crise no território, defendida e sustentada pela ERSM, causou grande indignação na família e no território, inclusive em Rosa, que julgava que o psiquiatra também deveria estar louco ao propor que Júlio fosse cuidado no território e não mais internado. Até aquele momento, para Rosa, a imagem de Júlio sempre esteve ligava a periculosidade e ao Hospital Psiquiátrico.

Os profissionais da ERSM aproximaram-se da Atenção Básica, aproximaram-se de Rosa, e apostaram e sustentaram uma proposta de atenção longitudinal e territorial de Júlio, convidando esses atores a participarem desse cuidado. Sentindo-se convocada a também participar da proposta terapêutica, ainda que de início um pouco desconfiada, Rosa passou a acompanhar as agendas de atendimento de Júlio na USF, a conhecer a medicação que tomava, e, pouco a pouco, a conhecer a história e o jeito do primo/paciente, a deixar-se reconhecer por ele também, como parente e como agente de cuidado.

A ERSM sustentava que o cuidado de Júlio era terapêutico, medicamentoso, social e familiar, e salientava que todos os serviços de saúde de Pasárgada mantivessem suas portas abertas para recebê-lo sempre que ele precisasse.

A figura de Rosa, ainda que talvez sem o saber, fazia uma costura fundamental, entre as intervenções da equipe de saúde e o necessário suporte familiar, afirmando através de mudança de postura, a possibilidade de que família e território exercitassem outros possíveis na forma de relacionar-se com Júlio e que este, por sua vez, se permitisse outra forma de estar no território.

Júlio, hoje com 49 anos, segue em acompanhamento pela ERSM, pela USF, e na parceria com Rosa. Conhece os profissionais pelo nome. A família e a comunidade não se queixam mais de episódios de agressividade, Júlio não apresentou novo surto e nunca mais foi internado.

Reconhecer no agente de saúde um familiar; reconhecer no familiar a figura do cuidado; e por que não dizer reconhecer-se familiar do/no agente de cuidado? **Esse exercício do olhar, essa flexibilização dos papéis assumidos por um e outro, experimentando formas de ser e estar junto, é o oposto da rigidez e da estigmatização sofrida por Júlio ao longo de sua história. O encontro e a aposta – em si e no outro – provocam bifurcações no caminho que até então parecia uma linha reta que sempre chegava ao manicômio**.

Dessa forma, ressalta-se aqui o papel estratégico do ACS, considerando que esse profissional circula pelo território tanto como profissional de saúde, como membro da comunidade, sendo de grande importância para a formação de vínculo e para e acompanhamento do usuário e de sua família nos serviços. É de suma importância que esse profissional, portanto, participe das reuniões de equipe, reuniões de matriciamento e da articulação dos PTS junto a toda equipe da USF.

5.1.2.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

O NASF foi criado em 2008 com o objetivo geral de ampliar o escopo de trabalho da atenção básica, aumentando a sua resolutividade e a capacidade das equipes de produzir um cuidado integral à saúde, a partir de um processo de trabalho que consista na lógica do apoio matricial às equipes de saúde da APS (CALENTE, 2017. p. 24).

Caracteriza-se por ser uma equipe multiprofissional composta por profissionais de diferentes formações e núcleos de saber, que devem atuar de maneira articulada aos profissionais das equipes apoiadas (CALENTE, 2017. p. 24).

> Contudo, não compõe um ambulatório de especialidades ou um serviço hospitalar, uma vez que esse arranjo aponta para uma nova maneira de se relacionar com as equipes de saúde [...] apoiadas. Aponta para a produção de relações entre os profissionais, sendo que a demanda é recebida nesse dispositivo a partir de negociação, discussão e tomada de decisão compartilhada com as equipes apoiadas. Nessa relação dialógica não se faz mais necessária a referência e a contrarreferência, mas sim espaços permanentes de troca, discussão e pactuação (CALENTE, 2017. p. 27).

Nesse sentido, o NASF não se constitui como um ambulatório específico ou porta de entrada (BRASIL, 2014a, p.30). Isso significa que **os profissionais dos NASF, a partir da lógica do apoio matricial, ofertarão suporte a um conjunto de equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica, compartilhando saberes e práticas voltadas para a resolução de problemas de saúde identificados por estas equipes, o que visa a ampliação da capacidade de atuação de ambas as equipes**. Deste modo, podemos inferir que o NASF tem dois públicos-alvos: as equipes de saúde da atenção básica apoiadas e as pessoas usuárias.

Em relação às equipes de atenção básica apoiadas, os NASF devem definir ações prioritárias a serem trabalhadas no território considerando o perfil sociodemográfico e epidemiológico da sáreas de abrangência das equipes apoiadas, bem como as principais necessidades de suporte trazidas por elas e pelos gestores (BRASIL, 2014c).

Por isso, devem organizar suas ações priorizando aquelas que possam ser realizadas em conjunto com as equipes apoiadas visando o fortalecimento da Atenção Básica na condução dos problemas de saúde do território.

Em relação às pessoas usuárias, o NASF deve planejar e executar, em articulação com as equipes apoiadas, ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, tendo parte de sua carga horária protegida para o atendimento das pessoas, conforme ações e intervenções discutidas com as equipes de referência dos usuários.

5.1.2.3 EQUIPES DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL - ERSM

A Política Nacional de Saúde Mental prevê a implantação de CAPS em municípios com população igual ou superior a 15 (quinze) mil habitantes. No Espírito Santo, a maioria dos municípios é de pequeno porte, e quase a metade não possui esse parâmetro. A Secretaria de Estado da Saúde recomenda, nesses casos, a implantação de ERSM, compostas por, pelo menos, um médico com conhecimento em saúde mental e dois profissionais de nível superior de distintas formações no campo da saúde mental.

A lógica de funcionamento dessas equipes é fortemente semelhante ao NASF, tendo a função de matriciar e apoiar a APS para que seja resolutiva no manejo de casos em que há uma demanda de saúde mental, ajudando a desenhar o diagnóstico situacional do território, estratificar o risco em saúde mental, elaborar projetos terapêuticos singulares, realizar o diagnóstico (principalmente de casos mais complexos), realizar intervenções e acompanhamento compartilhado (por exemplo, grupos coordenados por um profissional da ERSM e um da UBS, interconsulta, visitas domiciliares conjuntas, etc.). A ERSM deve assumir papel estratégico na articulação do cuidado das situações mais graves e que exigem cuidado imediato, considerando também as vulnerabilidades sociais.

A ERSM também tem como atribuição a articulação intra e intersetorial, devendo aproximar-se de serviços de urgência e emergência em saúde, hospitais, prontos-socorros, escolas, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), serviços de acolhimento institucional, sistema de garantia de direitos, entre outros. Possui ainda papel estratégico no trabalho com comunidades, tanto no sentido de promoção e prevenção de doenças e agravos, como no sentido de sensibilizar a comunidade para as questões do campo da saúde mental, seja compreendendo e acolhendo o sofrimento mental em si e no outro, seja permitindo-se ressignificar preconceitos e aumentar os espaços de circulação da pessoa com transtorno mental.

5.1.2.4 CONSULTÓRIO NA RUA - CnaR

Visando reduzir a lacuna assistencial existente nas políticas de saúde em relação às pessoas em situação de rua, o Ministério da Saúde instituiu, pela portaria 2.488 de 2011, o Consultório na Rua (CnaR), integrando o componente de Atenção Básica da RAPS, seguindo os princípios e diretrizes definidos pela PNAB. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população. Através desse equipamento, são oferecidas ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço de rua (BRASIL, 2012).

Os CnaR são formados por equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com as UBS. Além disso, lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde dessa população e desenvolvem ações compartilhadas e integradas com as equipes dos CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2011c).

A legislação que regulamenta seu funcionamento é a Portaria 122 do Ministério da Saúde, de 25/01/2011, que define as diretrizes da organização e funcionamento das equipes de CnaR. Nela constam as modalidades de funcionamento, a composição de cada equipe e a estrutura de financiamento.

As equipes de CnaR trabalham com a lógica do cuidado nas práticas da Atenção Básica, da Saúde Mental e da Redução de Danos, que se encontram nas equipes de CnaR por terem em comum o modo de relação com o território, que consiste em:

- Habitar os espaços onde a vida acontece e acompanhar o cotidiano das pessoas em suas interações com os outros e o meio;
- Sintonizar com as experiências de vida, produzindo suas intervenções a partir delas; e,
- Operar por meio do vínculo.

5.2 ATENÇÃO ESTRATÉGICA

O componente Atenção Estratégica é formado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades, que serão apresentadas a seguir. Esse título de serviço estratégico não foi conferido ao CAPS à toa. Como tal, **o CAPS possui um duplo mandato: o de ofertar tratamento especializado às pessoas com transtornos mentais e comportamentais ou grave sofrimento mental e também de ativar uma rede de cuidados e proteção que inclui a família, a comunidade, os demais serviços de saúde e da rede intersetorial, e a sociedade como um todo.** De acordo com o documento “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil”:

> A posição estratégica dos CAPS como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Todos os conceitos trabalhados no Capítulo 4, que tratou das noções fundamentais, são essenciais ao trabalho no âmbito do CAPS, e deve-se inserir ainda um outro conceito, igualmente caro a esse ponto de atenção: o território. O território é constituído pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É a partir dessa noção de território que se busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004b). Trata-se então de um território que vai muito além da noção espacial e geográfica, mas incorpora-se aqui a noção de território-vivo, de Milton Santos, que considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que tomam uma conotação também subjetiva (BRASIL, 2013a).

O CAPS é um serviço "portas abertas", o que significa que pode ser acessado por demanda espontânea, não sendo necessário encaminhamento, e que aqueles que são ali acompanhados são livres para ir e vir. Nem toda situação de transtorno ou sofrimento mental necessita impreterivelmente de acompanhamento continuado por parte de um CAPS; transtornos mentais comuns, por exemplo, podem ser manejados no âmbito da Atenção Básica. Os demais pontos de atenção podem, no entanto, solicitar o apoio matricial do CAPS de seu território, sempre que identificada a necessidade (ver item 4.6).

Modalidades de CAPS

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 03/2017 e Portaria nº 3.588/2017, os CAPS estão divididos em diversas modalidades, de acordo com o parâmetro populacional da região atendida.

- Para municípios ou regiões de saúde com mais de 15 mil habitantes:

- **CAPS I**: atendem pessoas de todas as faixas etárias, funcionando de segunda à sexta-feira,das 8h às 18h.

- Para municípios ou regiões de saúde entre 70 e 200 mil habitantes:

- **CAPS II**: atende pessoas de todas as faixas etárias, funcionando de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h, podendo comportar um terceiro turno, até às 21h.

- **CAPS ad** (álcool e drogas): atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, funcionando de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h.

- **CAPSi** (infantojuvenil): Atende crianças e adolescentes, funcionando de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h, podendo comportar um terceiro turno, até às 21h.

- Para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes:

- **CAPS III**: Atende pessoas de todas as faixas etárias, com demandas semelhantes à dos demais CAPS, com a especificidade de funcionar 24 horas por dia, com atenção continuada e ininterrupta, funcionando também como retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.

- **CAPS ad III**: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, funcionando 24 horas por dia, com atenção continuada e ininterrupta, funcionando também como retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.

- Para municípios ou capitais estaduais com população acima de 500 mil habitantes:

- **CAPS ad IV**: Destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Quando em um município inexiste CAPSi e/ou CAPSad o atendimento das demandas do público infantojuvenil e de pessoas que apresentam sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e drogas, deve ser feito pelo CAPS existente no território, seja CAPS I, II ou III.

5.2.1 AÇÕES DE CUIDADO NA ATENÇÃO ESTRATÉGICA

As ações realizadas nos CAPS tem como finalidade a reabilitação psicossocial, conceito amplamente discutido no item 4.10 (p. 43), que ser realizadas coletiva ou individualmente, destinadas aos usuários e/ou às famílias, ocorrendo no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas.

Nos territórios que possuem o serviço, compete ao mesmo elaborar, articular e acompanhar o PTS (ver item 4.8), juntamente com o usuário e familiares, conhecendo as demandas, necessidades e desejos dos usuários, respeitando as possibilidades dos familiares.

De acordo com a Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012) as seguintes ações consistem em procedimentos de CAPS e poderão compor o PTS dos usuários e famílias acompanhados:

- **Acolhimento inicial**: Consiste no primeiro atendimento ofertado pelo CAPS para novos usuários por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário (BRASIL, 2012). A escuta é uma ação terapêutica e, como primeiro contato, o acolhimento inicial é um momento estratégico para o estabelecimento de vínculo com o usuário.
- **Ações de Articulação em Rede Intra e Intersetoriais**: Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território. (BRASIL, 2012)
- **Fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares**: Atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos, a apropriação e a defesa de direitos, e a criação de formas associativas de organização. (BRASIL, 2012)
- **Matriciamento de equipes da Atenção Básica:** Apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2012). (ver item 4.6)
- **Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas**: Apoio presencial sistemático às equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência,

incluindo Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), salas de estabilização, e os serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do PTS (BRASIL, 2012).

- **Ações de redução de danos:**Conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada intrae intersetorialmente, que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de SPA, ampliam cuidados e acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde (ver item 4.8). Voltadas sobretudo à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que não se proponham a reduzir ou deixar o uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2012).
- **Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico:** Suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e reinserção social (BRASIL, 2012). É fundamental que a equipe do CAPS conheça as Residências Terapêuticas de seu território, cuidadores e toda a equipe multiprofissional que ali trabalha, bem como a comunidade em que estão inseridas.
- **Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório**: Apoio presencial sistemático aos Serviços Residenciais de Caráter Transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e ações intersetoriais e que favoreça a integralidade das ações (BRASIL, 2012). (ver item 5.6).
- **Acolhimento diurno**: Ação de hospitalidade diurna realizada nos CAPS como recurso do Projeto Terapêutico Singular, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência - e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário (BRASIL, 2012). (ver item 4.2).
- **Acolhimento noturno:**Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do Projeto Terapêutico Singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias (BRASIL, 2012).
- **Acolhimento em terceiro turno**: Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos no período compreendido entre 18 e 21 horas (BRASIL, 2012). Assim como o fazem algumas

Unidades de Saúde, garantir atendimento fora do horário comercial pode fazer toda a diferença na adesão do usuário ao tratamento.

- **Atendimento individual:** Atendimento direcionado à pessoa, que comporte diferentes modalidades, responda às necessidades de cada um - incluindo os cuidados de clínica geral - que visam à elaboração do PTS ou dele derivam, promovam as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela (BRASIL, 2012).
- **Atendimento em grupo**: Ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitem experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania (BRASIL, 2012).
- **Atendimento familiar:**Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, sejam elas decorrentes ou não da relação direta com os usuários, que garanta a corresponsabilização no contexto do cuidado, propicie o compartilhamento de experiências e informações com vistas a sensibilizar, mobilizar e envolvê-los no acompanhamento das mais variadas situações de vida (BRASIL, 2012).
- **Atendimento domiciliar:**Atenção prestada no local de moradia da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência (BRASIL, 2012). A visita domiciliar é muito importante para que se possa conhecer e compreender melhor o contexto social e familiar daquele usuário do serviço e de sua família. Amplia e facilita a compreensão de algumas questões que geram sofrimento psíquico, e permite visualizar potencialidades pertinentes àquela família e local. Vale salientar também a importância da busca ativa, realizada quando o usuário está a um tempo sem ir ao serviço. Busca retomar o vínculo com o usuário, garantindo seu acompanhamento, ainda que não seja no espaço formal do CAPS. Realiza-se busca ativa também quando a equipe não tem conhecimento do caso, que pode ter sido apresentado numa reunião de matriciamento, por exemplo, ou numa reunião da rede.
- **Práticas corporais:**Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde (BRASIL, 2012).
- **Práticas expressivas e comunicativas:** Estratégias ou atividades dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura (BRASIL, 2012).
- **Atenção às situações de crise:** Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio

serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos (BRASIL, 2012).

- **Ações de Reabilitação Psicossocial:**Ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida (BRASIL, 2012).
- **Promoção de contratualidade:** Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana - casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, ampliação de redes sociais e sua autonomia (BRASIL, 2012).

Em todas as atividades realizadas pelos CAPS, tanto naquelas que compõem os PTS dos sujeitos acompanhados, como naquelas que são desenvolvidas coletivamente, é de extrema importância o envolvimento dos usuários desde seu planejamento até sua execução. **A eleição das atividades que serão desenvolvidas se dá com base nas escolhas dos usuários, que devem ser incentivados pelas equipes a manifestarem seus desejos e preferências, tendo em vista sempre a importância do exercício da cidadania e estímulo do protagonismo**.

Os CAPS fazem jus a um recurso mensal de custeio por parte do governo federal. Para tal, é fundamental que registrem mensalmente todas as atividades desenvolvidas em instrumentos próprios: Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA/I), Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA/C) e Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Enquanto os procedimentos registrados no BPA/C dizem respeito a atividades desenvolvidas coletivamente pelo CAPS, buscando garantir a inserção dos usuários e a comunicação do serviço com outros pontos de atenção da comunidade, as atividades do BPA/I e RAAS dizem respeito a intervenções direcionadas a cada usuário. Portanto, a cada mês preenche-se um BPA/I para cada novo usuário acolhido (independente deste ser acompanhado pelo CAPS ou encaminhado para outro serviço), um BPA/C único para o CAPS, e um RAAS para cada usuário acompanhado pelo serviço. Dessa forma, pode-se dizer que enquanto o RAAS conta o percurso de cada usuário pelo serviço, o BPA/C fala da história do CAPS e do lugar que ele ocupa na rede de cuidados e proteção.

5.3 ATENÇÃO HOSPITALAR

Como já discutido anteriormente, o foco do tratamento em saúde mental, inserido na lógica da atenção psicossocial, está no território onde os sujeitos vivem, onde estabelecem suas relações, e onde podem encontrar e criar recursos para o fortalecimento de uma rede de suporte social e de saúde.

Os serviços territoriais, como os dispositivos da Atenção Básica e os CAPS, devem apropriar-se do título de "serviços substitutivos" que lhes foi conferido a partir da Reforma Psiquiátrica e colocar-se como pontos de referência por excelência para o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, a internação passa a ser pensada como uma possibilidade de cuidado excepcional, parte de um PTS (ver item 4.9), somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e outras possibilidades de intervenção tiverem sido esgotadas, devendo ser feita pelo menor tempo possível. Isso significa que, independentemente do local de internação, seja em um leito de hospital geral, seja em um Hospital Psiquiátrico, ou até mesmo em um CAPS III, **a internação como recurso de manejo da crise e de quadros agudos em saúde mental deve ser de curta permanência, de maneira que se preservem os laços familiares e a inserção na comunidade**.

No sentido de garantir proteção ao usuário, identificada a necessidade de internação, a mesma deve ser realizada e acompanhada à luz da Lei 10.216/2001, conforme os artigos abaixo:

> Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
>
> Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
> 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.
>
> Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.
>
> Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
> Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
>
> § 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.
>
> § 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.
>
> Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Deve-se frisar que **de modo algum a internação deve ser usada como substituição de outras políticas setoriais**, como única medida possível na ausência ou no desconhecimento dos demais serviços do território em relação àquele usuário. Ou seja, o recurso da internação jamais deve ser acionado como garantia de moradia para pessoas em situação de rua ou crianças em situação de acolhimento institucional, ou mesmo para adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa (MSE) para os quais a medida de internação (aqui, leia-se a MSE de internação) não é adequada, mas que não possuem indicação clínica de internação em saúde mental.

5.3.1 AÇÕES DE CUIDADO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

As instituições onde são realizadas internações devem obedecer a Lei nº 10.216/2001 que, entre outras coisas, afirma a importância do tratamento ser o menos invasivo possível, com menor tempo de duração, a fim de evitar a produção ou a potencialização de iatrogenias. A internação não tem por finalidade enquadrar os sujeitos em um modelo pré-determinado, mas sim auxiliar no processo de estabilização do paciente, garantindo e resguardando sua integridade física. Faz-se relevante dizer que os sujeitos devem ter um espaço para viver sua crise e que a internação não deve ter como finalidade silenciá-la, mas oferecer espaço para que a crise possa ser vivenciada de modo “seguro” pelo paciente e que possa retornar ao seu território a fim de se reorganizar. É importante que fique claro ainda que nem toda crise em saúde mental necessita do suporte do recurso da internação, e que algumas situações podem e devem ser manejadas pelos serviços territoriais (ver itens 0, p. 50 e 5.5, p. 87). A internação interpõe-se como recurso a ser acionado principalmente em momentos em que o sujeito, diante de uma situação de crise, oferece risco para si e/ou para terceiros.

Considerando a necessidade de uma atenção integral à pessoa com demandas em saúde mental, as instituições onde se realizam as internações devem possuir protocolos específicos para atendimento, bem como uma equipe estruturada e capacitada, disposta a acompanhar tais processos. Os protocolos devem ser acessíveis a todos os profissionais do equipamento e têm por função orientá-los para lidar com a demanda e dizem respeito a: rol de medicações disponíveis e esquema medicamentoso, considerando a demanda inicial do paciente; protocolos de exames; fluxograma de atendimento; protocolo de contenção física e mecânica e os demais que os serviços avaliarem necessários. É importante ressaltar que os protocolos têm por função orientar as práticas e não aprisioná-las, cabendo à equipe que acompanha cada caso, avaliar a aplicação de cada orientação dada no protocolo, bem como a necessidade de ampliar as ações.

De um modo geral, **o que se espera de um serviço hospitalar no cuidado em saúde mental é a garantia de que o usuário seja atendido de forma integral, acolhedora e coerente com os princípios do SUS e das diretrizes do cuidado em saúde mental, que reconhece o paciente com transtorno mental ou que faz uso de álcool e outras drogas como um sujeito de direitos, com foco permanente na sua reinserção social e familiar**.

Ainda mais excepcional deve ser a internação de crianças e adolescentes. Nesse caso, os leitos devem estar localizados em enfermarias pediátricas e funcionar em consonância com as diretrizes de cuidado em saúde infantojuvenil e o Estatuto da Criança e do Adolescente, que entre outros pontos exige que a entidade hospitalar assegure condições para a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a internação.

Quando da efetivação da internação em um equipamento hospitalar, pode-se pensar o tratamento em três momentos: *o acolhimento, o acompanhamento e a preparação e efetivação da alta.*

O acolhimento

Os serviços de internação devem atender o paciente com transtorno mental e/ou sofrimento psíquico intenso durante o período de crise. São atendidas pessoas acometidas por quadros agudos ou crônicos agudizados. Alguns pacientes podem apresentar comorbidades, como quadros demenciais, síndromes neurológicas e orgânicas.

A equipe da instituição, garantidas as particularidades de cada categoria profissional, deve:

- consultar o paciente, os familiares ou responsáveis acerca da demanda e do contexto da internação. Havendo aceitação expressa do paciente, a internação se dará na modalidade voluntária. Em caso de falta de consentimento do paciente, o familiar ou responsável será consultado e assinará com o médico o termo de responsabilidade pela internação. Neste caso, a modalidade de internação será involuntária e a instituição deverá notificar ao Ministério Público Estadual e a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, conforme preconizado pela Lei 10.216/2001;
- colher história clínica psiquiátrica do paciente e familiar;
- solicitar exames e/ou procedimentos para diagnóstico diferencial e avaliação integral em saúde mental (ver item 4.7 e 4.11).
- Os hospitais podem contar com um protocolo inicial de acolhimento à pessoa com demanda em saúde mental, contendo fluxograma de atendimento e exames a serem realizados. O documento pode auxiliar na orientação do profissional que irá realizar o primeiro atendimento e deve ficar disponível para os profissionais, nos formatos digitalizado e/ou impresso.

O acompanhamento

Após a inserção do paciente no serviço, deve-se articular as estratégias de cuidado e atividades a serem desenvolvidas juntamente com o paciente e com serviços comunitários de referência, resguardadas as particularidades de cada caso. Para tal, é importante que a equipe observe e desenvolva atividades relacionadas aos seguintes eixos:

- realizar contato com a rede do município, informando a internação e discutindo o caso sempre que necessário. Essa interlocução auxilia a equipe dos hospitais no manejo mais adequado do paciente, uma vez que pode orientar acerca das medicações que o mesmo já utiliza, indica os vínculos e os interesses que o paciente apresenta e viabiliza que a equipe responsável pelo acompanhamento territorial continuado do usuário o acompanhe também durante a internação, com vistas ao fortalecimento de vínculo;
- caso a internação não esteja prevista no PTS do paciente ou na inexistência do projeto terapêutico, a equipe da instituição deve articular a construção do PTS com o usuário, familiares e serviços do território, por isso a importância de o serviço hospitalar funcionar como um ponto de atenção da rede, não como instituição total e final para o usuário;
- acionar a rede intersetorial (ver item 4.5). Por vezes a internação expõe uma diversidade de demandas do paciente e da família que vão além dos limites da saúde. Dessa forma,

identificar os serviços dos quais a família e usuário podem se beneficiar, como CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), escolas, Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, dentre outros que estiverem disponíveis na rede local, deve fazer parte do processo de construção do PTS;

- realizar prescrição medicamentosa e demais procedimentos de manejo clínico necessários, inclusive durante possíveis crises e intercorrências. É importante que a medicação não seja utilizada como uma constante forma de contenção, mas como um recurso para auxiliar o paciente a desenvolver ou retomar autonomia e capacidade de executar atividades da vida diária;
- acompanhar a evolução do paciente, adequando sempre que necessário o PTS;
- manter contato com familiares[7] ou responsáveis para esclarecimento de dúvidas quanto ao tratamento e garantindo a participação da família sempre que possível. Indica-se que a equipe estimule a presença e o contato do paciente com a família e de seus demais vínculos afetivos, considerando que a fragilização desses vínculos pode prejudicar o processo de alta e de retorno aos serviços ambulatoriais;
- fazer esclarecimento diagnóstico, adequação medicamentosa e identificação de possíveis comorbidades. Caso se identifique alguma comorbidade clínica, deve-se identificar se a instituição possui recurso para tratamento, ou, se necessário, o paciente deve ser transferido para um leito clínico ou outro hospital de maior complexidade para resguardar sua integridade física;
- realizar atendimentos individuais e em grupo;
- realizar reuniões multiprofissionais para discussão de casos;
- desenvolver atividades terapêuticas, lúdicas, recreativas e culturais com o paciente, quando a equipe avaliar ser pertinente;
- orientar o paciente e seu familiar/acompanhante acerca da internação, de seu quadro de saúde, das medicações utilizadas, da previsão de alta, bem como da importância em manter o acompanhamento ambulatorial.

Preparação e efetivação da alta

A alta pode ser efetivada a pedido do usuário (quando a internação for voluntária), a pedido da família ou responsável (quando se tratar de uma internação involuntária) ou decorrente de uma evasão do serviço ou alta terapêutica. Quando a alta é terapêutica, isto é, por melhora do quadro clínico, a alta será dada por um profissional médico, após discussão com a equipe multiprofissional e rede do território, considerando que a pessoa internada é atravessada por questões sociais, familiares, econômicas, que também precisam ser levadas em conta no momento da alta.

---

[7] Essa orientação deve considerar a relação prévia existente entre paciente e familiares, uma vez que o processo de crise pode ter sido disparado pelo próprio arranjo familiar. Desse modo, reafirma-se a importância de dialogar com os serviços territoriais, que já conhecem a história da pessoa internada e de seu contexto familiar, a fim de melhor manejar a questão.

Nesse momento, devem ser fornecidos à família os receituários médicos, relatório de alta, encaminhamentos à rede e outros documentos conforme necessidade. Faz-se também a orientação aos familiares e ao paciente quanto ao seguimento do tratamento. No caso da alta terapêutica, que é passível de planejamento, todo esse procedimento deve ser efetivado e o serviço de referência do território deve ser comunicado anteriormente em relação à previsão de alta do paciente.

Dificuldades na efetivação alta

Não é raro que a equipe se depare com uma série de desafios para a efetivação da alta, sendo as situações mais comuns a resistência da família ou do próprio território em receber o paciente de volta e decisões judiciais que interferem na alta do paciente. Não existe uma fórmula pronta para lidar com essas situações, mas o serviço deve se posicionar sempre no sentido de proteger e defender os direitos do usuário. É trabalho do serviço hospitalar acionar, quando necessário, o Sistema de Garantia de Direitos (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Conselho Tutelar) e toda a rede de serviços do território do usuário, incluindo a saúde, assistência social, políticas de habitação, entre outros setores que possam vir a garantir a efetivação da alta do paciente (ver item 4.5).

A licença terapêutica pode ser uma estratégia de reinserção gradativa do paciente na família ou em serviços de acolhimento institucional, cabendo a equipe definir o tempo e a periodicidade da licença, caso a caso, sempre em pactuação com a rede do território que irá recebê-lo.

5.3.2 PONTOS DE ATENÇÃO

5.3.2.1 LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS

Quando necessárias e, na ausência de CAPS III ou CAPS AD III, as internações devem se dar preferencialmente em leitos localizados em Hospitais Gerais, normatizados pelas Portarias de Consolidação Nº 03 e Nº 06 de 2017 e pela Portaria Ministerial Nº 3.588/2017. Esses equipamentos visam garantir a descentralização do atendimento, evitando a concentração das internações nos hospitais psiquiátricos, muitas vezes distantes do local de residência dos usuários, o que comumente acarreta no isolamento e na fragilização dos vínculos familiares e sociais (ESPÍRITO SANTO, 2008, p.29).

Considerando ainda a lógica da integralidade do cuidado, o hospital geral se torna um dispositivo importante no sentido de ampliar as possibilidades de tratamento do paciente. É possível que sintomas aparentemente associados a um transtorno mental tenham origem orgânica e precisem de intervenções em estruturas clínicas, que um hospital psiquiátrico geralmente não possui. **O leito em hospital geral garante que, tanto após um esclarecimento diagnóstico, quanto mediante a uma comorbidade ou complicação clínica associada ao transtorno mental, o paciente será tratado de forma integral**.

Pacientes alcoolistas, por exemplo, podem apresentar quadros como convulsões, hepatite, hemorragia digestiva, cirrose hepática entre outras complicações clínicas que podem ser melhor manejadas em um hospital que dispõe de estrutura e equipe para cuidados clínicos.

Cumpre sempre esclarecer que esses serviços, tal como os demais pontos da rede de saúde mental, necessitam manter a interlocução com os demais serviços, tanto no que consiste à decisão pela internação, no acompanhamento do paciente e de seus acompanhantes durante a internação, como na decisão da alta.

É importante ainda trabalhar demandas específicas que alguns pacientes apresentam, como necessidade de andar/circular pelo hospital; necessidade de maior quantidade de alimentos devido ao uso de algumas medicações, bem como em decorrência de quadros de abstinência; maior necessidade de conversar com a equipe, o que demanda atendimentos com maior duração, dentre outros. Esses não são comportamentos muito comuns em hospitais gerais, onde a orientação prévia, por exemplo, é que o paciente não saia de seu leito sem que seja para a realização de algum procedimento, mas falam de uma singularidade do cuidado em saúde mental, que deve ser acolhida e respeitada.

5.3.2.2 LEITOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAL E/OU UNIDADE ESPECIALIZADA

Os hospitais psiquiátricos que se mantiveram em funcionamento mesmo após o movimento de fechamento dos leitos psiquiátricos precisaram se adequar à Portaria MS/GM Nº 251/2002, atualizada na Portaria de Consolidação Nº 05/2017, que estabeleceu indicadores de qualidade a serem aferidos pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH)/Psiquiatria. Dessa forma, passou a ser diretriz de cuidado dos hospitais psiquiátricos do SUS a consolidação de um modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar.

Os hospitais psiquiátricos remanescentes, portanto, devem integrar a RAPS participando das reuniões de rede do território; se colocando enquanto local para formação e multiplicação de conhecimento; entre outras estratégias que tenham como objetivo a ampliação do trabalho e do conhecimento para fora dos muros do hospital psiquiátrico.

É imprescindível que a equipe esteja sempre revisitando e questionando as práticas desenvolvidas, no sentido de garantir que não se resgate as mesmas práticas manicomiais anteriormente adotadas nesses locais.

Em que pese a mudança na lógica de atendimento, conforme pondera Junior et al. (2016), deve-se reconhecer o importante papel dos profissionais de saúde atuantes no hospital psiquiátrico, pois convivem com as mudanças paradigmática, estruturais, operacionais e doutrinárias, além da alteração no fluxo das práticas a partir da adoção de outros serviços, convivem com a ideia de extinção progressiva dessa instituição. Cabe, dessa forma, não apenas à equipe do hospital abrir as portas para os serviços do território, como cabe ao território acolher e trabalhar de forma integrada com a equipe do hospital psiquiátrico, no sentido de socializar o cuidado do paciente com transtorno mental.

5.4 ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Tal como se viu no item 4.10 (p. 43) as estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial constituem uma gama de ações que vão muito além de desospitalizar pacientes internados por longos períodos. Pressupõem queas pessoas com transtornos mentais e comportamentais circulem pelos espaços comunitários, promoção de cidadania e autonomia, resinserção social e comunitária, o que prevê necessariamente a articulação de ações intersetoriais com outros equipamentos e políticas públicas que extrapolam a rede de saúde.

Mais do que serviços especializados, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial falam de um modo de funcionamento, de uma orientação ética que deve estar presente em todos os pontos de atenção da RAPS.

5.4.1 PONTOS DE ATENÇÃO E INICIATIVAS

5.4.1.1 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRT)

Os SRT, ou simplesmente Residências Terapêuticas, são um dispositivo estratégico na consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e de fundamental importância no processo de desinstitucionalização de pacientes internados em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia por longos períodos (dois anos ininterruptos ou mais) e sem possibilidade de reintegração familiar, sendo definidos como moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos egressos dessas internações, que não possuam suporte social e laços familiares, visando viabilizar a inserção social. **Constituir-se enquanto espaço de moradia é fundamental para o bom funcionamento de um SRT. A melhor forma de se pensar o cotidiano de um SRT é buscando aproximá-lo do cotidiano de outras residências, com as singularidades que lhes são próprias**. A equipe que atua junto a um SRT deve garantir "o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares". (BRASIL, 2017b) O SRT deve utilizar os recursos disponíveis no território onde estiver localizado, tanto de saúde, como de outras políticas setoriais, como assistência social, sistema de garantia de direitos, lazer, esporte, cultura, comunidade etc.

Podem ser divididos em duas modalidades: Tipo I e Tipo II.

Os SRT Tipo I devem acolher no máximo dez moradores. A lógica fundamental desse serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. Cada módulo residencial deve estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência no território, que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial (BRASIL, 2017b).

Os SRT Tipo II são moradias destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados intensivos permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores (BRASIL, 2017b). O encaminhamento de moradores para SRT Tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado no processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com inserção na rede social existente. Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

É de suma importância que a inserção em SRT não seja a primeira ou mesmo única opção de reinserção de pessoas com transtornos mentais, como alternativa prioritária para a desospitalização de pacientes institucionalizados, mas que seja utilizado apenas para aqueles casos nos quais se esgotaram outras tentativas de reinserção social, com o acionamento e esgotamento inclusive de outras políticas setoriais, como assistência social e habitação, por exemplo. Antes mesmo da busca de outros recursos de acolhimento institucional e, principalmente, antes do encaminhamento ao SRT, é imprescindível que se esgotem as tentativas de reinserção familiar. Aliás, o acompanhamento familiar deve ser realizado durante todo o período de internação do paciente, não apenas quando de sua alta hospitalar. Sempre que houver a possibilidade, portanto, será priorizado o retorno à família.

É necessário salientar que, mesmo após tentativas de reinserção familiar durante o período de internação, muitos pacientes permanecem internados no hospital psiquiátrico ou Hospital de Custódia com condições de alta por conta de uma fragilização extrema dos vínculos familiares. Assim, **ainda que a inserção em RT possa ser a única alternativa para a efetivação da alta do paciente naquele momento, a equipe responsável pela condução do serviço pode estimular o fortalecimento e até mesmo a reconstrução de um vínculo familiar rompido**.

Quando indicada, **a inserção em um SRT é um processo gradativo em que deve ocorrer a progressiva inclusão social do paciente, levando-se em conta os efeitos deletérios da institucionalização prolongada**. Muitas vezes, é importante trabalhar o próprio sentido do “morar” e da apropriação do espaço enquanto casa. A equipe do SRT, em conjunto com a equipe de referência do CAPS, deve trabalhar a noção de autonomia e considerar a singularidade de cada um dos moradores, cada desejo, anseios, medos, projetos de vida, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo. Em alguns casos, a promoção da autonomia inicia-se pelo desenvolvimento de atividades simples da vida diária, banalizadas no cotidiano, mas que podem constituir-se como verdadeiras novidades para pessoas institucionalizadas, como fazer o próprio prato, escolher o cardápio do dia, escolher a própria roupa, etc., em outros casos, já envolve sair à rua, procurar um emprego. Cabe aos profissionais identificar as estratégias possíveis e necessárias para cada morador.

Cada SRT deve estar vinculado a um CAPS (ver item 5.2), que tem papel fundamental no acompanhamento dos moradores das Residências Terapêuticas. Cada morador deve possuir um PTS elaborado pelo serviço, pela equipe que atua nos SRT e pelo próprio morador. Além do CAPS, o morador deve poder fazer uso de todos os outros recursos de saúde do território, frequentando a UBS, sendo acompanhado pelos ACSe pelo Programa Saúde da

Família (PSF) – quando houver -, ou, em casos mais graves, acessando o Pronto Atendimento ou Unidades Hospitalares mais próximos.

Salienta-se que além dos espaços destinados a saúde, é necessário vislumbrar novas possibilidades para que o morador seja inserido integralmente à comunidade. Para tanto, deve-se levar em consideração os espaços do território que são destinados ao lazer, à prática de esportes, à convivência comunitária, dentre outros.

5.4.1.2 PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA (PVC)

Instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, o Programa de Volta Para Casa (PVC) é um “auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia”, sob coordenação do Ministério da Saúde.

A lei pontua que, para que tenha direito a receber o benefício supracitado, é preciso que o usuário seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos.

O PVC configura-se como uma política pública de inclusão social que visa fortalecer o processo de desinstitucionalização. O município de residência do paciente deve solicitar adesão, ser habilitado e contar com referência técnica para o acompanhamento, realização de cadastro e atualização dos dados.

5.4.1.3 ECONOMIA SOLIDÁRIA

Compõem ainda as estratégias de reabilitação psicossocial as iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais que devem estar articulados com a rede de saúde e Economia Solidária. De acordo com Paul Singer (2008), economia solidária é

> um modo de produção que se caracteriza pela igualdade [...] de direitos, os meios de produção são de posse coletiva dos que trabalham com eles – essa é a característica central. E a autogestão, ou seja, os empreendimentos de economia solidária são geridos pelos próprios trabalhadores coletivamente de forma inteiramente democrática, quer dizer, cada sócio, cada membro do empreendimento tem direito a um voto. Se são pequenas cooperativas, não há nenhuma distinção importante de funções, todo o mundo faz o que precisa.

As iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais fortalecem o acesso ao território para geração de novos sentidos na vida dos usuários, possibilitando maior participação social, com a singularidade de cada participante ao trabalho.

Ao apreendermos essa construção, pôde-se demonstrar o quanto essas atividades podem possibilitar o desenvolvimento e aprimoramento de diversas dimensões da vida, permitindo a reinserção no mercado trabalho, por meio de modo alternativo, tendo como consequência: o compartilhamento de saberes, o amadurecimento, a promoção da saúde mental, a autoestima, o desenvolvimento humano, a autonomia, o exercício da cidadania, as trocas sociais e materiais e o acesso a novos espaços (ALVES, 2016).

5.5 ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Como já se viu no item 0 (p. 50) as emergências psiquiátricas constituem-se como um momento em que está presente uma alteração do pensamento, das emoções e/ou do comportamento e em que se radicaliza o sofrimento ou a singularidade do modo de existência do sujeito que o vivencia. Embora possa produzir experiências dolorosas, **a crise em saúde mental também pode ser encarada como uma oportunidade de mudança,** uma vez que fala da insuficiência dos recursos psíquicos e relacionais para lidar com a vivência do sujeito naquele momento (afetos, pensamentos, sentimentos) e permite então, que se possa ressignificá-los e construir novas formas de expressão, valores e vínculos. Nesse item, vimos ainda que se o desenlace de uma crise vai ser mais isolamento e sofrimento ou se será uma mudança na expressão psíquica e/ou nos aspectos relacionais, depende muito da postura assumida por aqueles que estão ao redor do sujeito em crise e que, **dentro do paradigma psicossocial, lidar com a crise não significa controlar e silenciar sintomas, mas implica em acolhimento, escuta, empatia e diálogo**.

Para além de buscar definir a melhor abordagem a uma situação de crise, a rede de saúde deve primar pela garantia do acesso ampliado, a intervenção precoce e o acompanhamento continuado, para evitar que as crises evoluam para apresentações mais graves e culminem no rompimento de laços familiares e/ou sociais. Nesse sentido, o PTS deve conter indicações de manejo e abordagem à crise, pactuadas com o usuário, considerando seus recursos de enfrentamento e os recursos existentes na rede local.

A forma como os profissionais de saúde vão lidar com as situações de crise diz muito sobre o estágio de maturidade em que o paradigma da atenção psicossocial e os princípios da humanização se encontram na rede local. Uma atenção à crise amparada nesse paradigma prevê a sustentação do cuidado em liberdade e no território, tendo a internação como medida última e excepcional, parte de um PTS e de curtíssima duração.

As situações de crise são também uma oportunidade de aprendizado e de revisão de valores para os profissionais de saúde. É importante que os profissionais fiquem atentos aos próprios sentimentos e aos conceitos que são despertados em si quando diante de uma situação de crise, e que possam discuti-los em equipe, buscando ressignificá-los e se fortalecer individualmente e enquanto grupo.

A política de saúde mental preconiza que a abordagem à crise pode se dar em vários pontos de atenção da rede de saúde, alguns específicos de saúde mental, como os CAPS, e outros de atuação mais generalista, como as UBS, o SAMU, as UPAs.

A abordagem à crise em saúde mental fala também do cumprimento do princípio da universalidade do acesso no SUS, já que essa atenção deve se dar em todos os pontos de atenção da rede de saúde, guardada a capacidade de intervenção de cada nível. O Conselho Federal de Medicina (CFM), no Art. 17, da Resolução CFM Nº 2.057/2013, postula que "nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica em geral, público ou privado, poderá recusar atendimento médico sob alegação de que o paciente seja portador de doença mental" (BRASIL, 2013c). E, considerando a alta incidência de pessoas com transtornos mentais que chegam aos serviços hospitalares de urgência e emergência, define que esses serviços devem obrigatoriamente conter "salas específicas para o atendimento aos pacientes psiquiátricos" (BRASIL, 2014a). O atendimento às pessoas com transtornos mentais nos pontos de atenção de urgência e emergência deve cuidar para a adequada identificação de possíveis agravamentos clínicos.

Deve-se atentar para o fato de que várias patologias tem o potencial de apresentar-se com sintomas semelhantes a uma urgência psiquiátrica, até mesmo de forma semelhante a transtornos mentais clássicos. Além disso, pessoas com transtornos mentais costumam apresentar um "estado geral de saúde muito precário refletido em uma taxa de mortalidade e de morte prematura maior do que a população em geral" (HARRIS, BARRACLOUGH, 1998, apud CAMPOS, 2014a, p. 87).

Campos (2014a, p. 84-85) relata que as condições médicas mais comuns associadas à sintomatologia psiquiátrica são: hipoglicemia; hiperglicemia; alterações endocrinológicas (hipo, hipertireoidismo, entre outras); distúrbios hidroeletrolíticos; infecções do sistema nervoso central (SNC), pulmonares e do trato urinário, as infecções pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana); e problemas neurológicos, traumas e acidentes vasculares cerebrais. Daí a importância de que os profissionais e serviços de saúde estejam aptos a prestar o primeiro atendimento a todos que recorrerem, acolhendo, realizando o diagnóstico diferencial (ver item 4.9) e orientando os usuários na rede de saúde.

Avaliação da cena

Embora a crise se apresente de maneira singular em cada sujeito, algumas recomendações são úteis e podem apoiar as equipes de saúde na abordagem e intervenção nessas situações. O primeiro ponto a ser destacado é a necessidade de se proceder a uma boa leitura da cena em que ocorre a situação de crise.

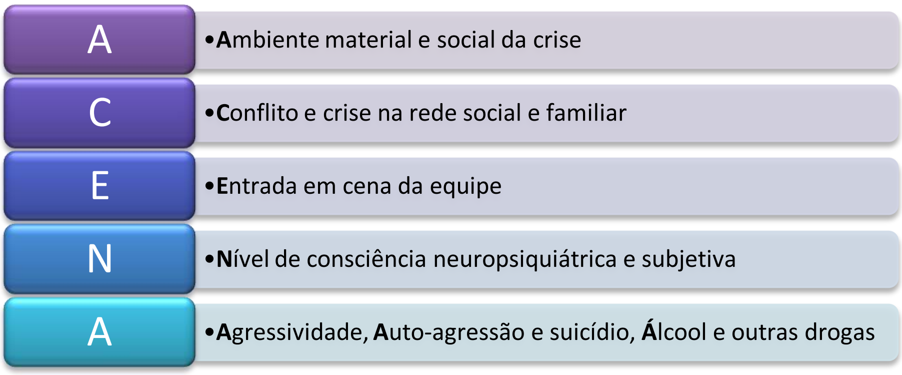
A avaliação de cena é a análise imediata que se deve fazer em uma cena de urgência para detectar, pela leitura da composição e articulação de seus elementos, indícios do ocorrido e riscos ali presentes, inclusive para a equipe de abordagem. Trata-se de um procedimento muito adequado à abordagem da crise, com a diferença de que em saúde mental é necessário articular risco e vulnerabilidade (CAMPOS, 2014b, p. 30). Quando o autor fala em vulnerabilidade nesse caso está chamando atenção para a probabilidade de que a pessoa seja vitimizada, sofra algum tipo de violência, seja intimidada, assediada ou explorada por outros, ou ainda a fatores como suicídio, autoagressão, negligência e autonegligência, preconceito, discriminação e processos de exclusão, que infelizmente não são raros entre as pessoas com transtorno mental. Os serviços e profissionais que atenderem a situações de urgência em saúde mental devem estar atentos a possível necessidade de acionamento do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), como Conselho Tutelar, delegacias especializadas, Ministério Público, entre outros.

A avaliação da cena da crise

> consiste na leitura das diversas dimensões que atuam no seu contexto concreto de origem e sustentação, é o elemento básico e inaugural da avaliação de Risco e Vulnerabilidade. Ela envolve a detecção dos elementos de risco ambientais e materiais, comuns a toda avaliação da cena no campo das urgências, os quais são muito relevantes nas abordagens domiciliares e de rua, sejam aquelas realizadas pelo SAMU, Equipes de Saúde da Família ou da Saúde Mental. A avaliação da cena deve ser resgatada no ambiente de transferência de cuidado entre equipes de abordagem *in loco* e aquelas que farão a continuidade da assistência, por exemplo, na interface entre SAMU e CAPS (CAMPOS, 2014b, p.31).

O mnemônico **ACENA** (Figura 1Figura 2) é útil para orientar essa avaliação.

Figura 2: Crise: avaliação da cena



- A •**A**mbiente material e social da crise
- C •**C**onflito e crise na rede social e familiar
- E •**E**ntrada em cena da equipe
- N •**N**ível de consciência neuropsiquiátrica e subjetiva
- A •**A**gressividade, **A**uto-agressão e suicídio, **Á**lcool e outras drogas

Fonte: CAMPOS, 2014b, p. 32

O primeiro **A** do **ACENA** tem o objetivo de lembrar a equipe de **avaliar o ambiente da crise, material, social e humano**. Deve-se observar as características demográficas e contextuais do território, suas vias de entrada e saída; se a abordagem for realizada na moradia, observar os seus arredores imediatos. Observar

> aspectos específicos de risco, como a presença e acesso aos meios de suicídio, violência (altura, vias movimentadas, frascos e embalagens de venenos, cartelas de medicamentos vazias, armas ou objetos que podem virar armas, entre outros), a presença de álcool e drogas ou artefatos e indícios do seu uso (cachimbos para o uso de crack, seringas, garrafas vazias, entre outros), bem como aspectos da casa ou de relações humanas que denotem autonegligência ou negligência no cuidado de quem apresenta sofrimento mental, ou de crianças ou idosos. Consideram-se também nesse cenário os aspectos sociais e demográficos da cena, tais como: composição da família e da rede social, renda, trabalho, condições de vida, nível educacional... a cultura em sua materialidade. E não se deve esquecer de variáveis como sexo, gênero, faixa etária e ciclo de vida, que possuem influência e relação com fenômenos como agressividade, violência, suicídio e prevalência de determinados transtornos. Todos esses aspectos, um conjunto de elementos quase fotográficos, ajudam a determinar os riscos e a vulnerabilidade da situação para o profissional, sua equipe, os familiares e a pessoa com sofrimento mental (CAMPOS, 2014b, p. 33).

O **C** do **ACENA** remete a existência de **Crise e Conflito no laço social e familiar**. A presença desses fatores e sua intensidade influenciam fortemente o grau de gravidade de uma crise, sua potencial vulnerabilidade e os desfechos possíveis.

O **E** do **ACENA** trata da entrada em cena da equipe que fará a intervenção. É importante saber que, **ao entrar em cena, a equipe passa a fazer parte dela, e toda postura que assumir pode afetar positiva ou negativamente**. Deve-se avaliar também as expectativas daquele que solicitou a intervenção e a receptividade do paciente e dos que estão ao seu redor.

> É necessário reconhecer, em primeiro lugar, que chegamos de fora, somos estrangeiros em relação à cena, não apenas quando a abordamos na rua ou domicílio. Assim, o encontro é imprevisível, inclusive porque a demanda em saúde mental, particularmente na crise, costuma ser feita por outrem, um familiar, às vezes sem comunicação prévia à pessoa com sofrimento mental. Os sujeitos em crise podem estar vivenciando experiências psicopatológicas extremas de invasão do seu espaço, da sua mente e do seu corpo, o que exige cuidado, sensibilidade e delicadeza para não sermos mais um "invasor" (CAMPOS, 2014b, p. 36).

O **N** diz respeito ao nível de consciência do sujeito (estado alerta, resposta ao meio) e, além do nível de consciência no sentido neuropsiquiátrico, deve-se avaliar também a subjetividade do sujeito em crise, buscando identificar o **nível de consciência do momento, da situação e do sofrimento vivenciado, orientação no tempo e no espaço, teste de realidade, "capacidade de escolha e consentimento e adesão às propostas e ofertas de cuidado e assistência da equipe"** (CAMPOS, 2014b, p. 34).

Finalmente, o último **A** do ACENA indica que é fundamental observar **sinais de uso de Álcool ou outras substâncias psicoativas** (aumento do risco não só para urgência em saúde mental, mas também na urgência em geral), **presença de Agressividade** (atual ou anterior, sofrida ou cometida), e presença de **sinais de Autoagressão**. (atual ou anterior) Esses três aspectos acentuam o risco e a vulnerabilidade nas situações de crise. Observar sintomas que podem estar presentes dependendo do quadro global e do transtorno, "como agitação, atividade alucinatória ou delirante, angústia, ansiedade, alterações do nível de consciência" (CAMPOS, 2014b, p.35).

5.5.1 AÇÕES DE CUIDADO NAS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Após a avaliação da cena segundo o método ACENA descrito, algumas ações são recomendadas. Os profissionais de saúde, entretanto, sempre deverão estar atentos às singularidades de cada caso e avaliar as ações mais indicadas, de forma que o rol abaixo não é taxativo, mas consiste em orientações úteis para as equipes de saúde. Todos os itens aqui citados foram retirados do Protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental - Protocolo BC28, SAMU 192 (BRASIL, 2014b) e do Módulo 3 do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental, ambos materiais do Ministério da Saúde (CAMPOS, 2014b).

- Avaliar o ambiente, sujeitos e segurança: método **ACENA** (acima).
- Em caso de presença de objetos que podem ser usados para agressão ou autoagressão, solicitar apoio de autoridade policial e do Suporte Avançado de Vida (SAV/SAMU), quando

disponível. Na presença do apoio, tentar negociar como paciente a entrega/abandono do objeto, exceto na presença de arma de fogo. Na presença de arma de fogo ou em caso de resistência à entrega/abandono do objeto, a autoridade policial assumirá a mediação. Após o desarme, não havendo SAV disponível, conter fisicamente o paciente (ver item 7.7.5) e avaliar a necessidade de acompanhamento policial na ambulância ou transporte a outro ponto de atenção (BRASIL, 2014b).

- Definir um mediador, considerando o vínculo e a receptividade do paciente (CAMPOS, 2014b).
- Aproximar-se de forma tranquila, identificar-se e explicar o motivo da aproximação: oferecer ajuda (BRASIL, 2014b).
- Disponibilizar-se ao "bom encontro", ou seja, estar aberto ao contato e trocas deforma respeitosa e acolhedora (BRASIL, 2014b).
- Manter uma distância segura (para o contato humano em geral, sem a intimidade do dia a dia, recomenda-se cerca de 1 metro). Se houver agressividade, ou a situação estiver se encaminhando nesse sentido, dobrar a distância (CAMPOS, 2014b)
- Não tocar na pessoa em crise: toques e manifestações de "compreensão" física somente são possíveis em situações muito particulares, quando o profissional conhece bem o usuário ou depois de a situação tensa se desfazer (CAMPOS, 2014b).
- Iniciar a comunicação mantendo atenção à linguagem verbal (inclusive o tom, a cadência, o ritmo e a adequação da fala) e não verbal (gestos, olhar, expressões faciais, atitude corporal) da equipe e de todos os sujeitos envolvidos. Evitar posturas que possam ser defensivas ou confrontadoras. Não se posicionar de frente, encarando, não colocar as mãos na cintura ou cruzar os braços no tórax, por exemplo. Posicionar-se no mesmo nível. Se o paciente estiver sentado, sentar-se, mas estar atento (CAMPOS, 2014b).
- Iniciar a comunicação buscando identificar qual a emoção presente na cena (raiva, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação, indiferença). Acolher e ajudar a expressão da emoção, validando-a e procurando estabelecer uma relação de confiança (BRASIL, 2014b).
- Distensionar as situações de raiva, euforia e medo:

✓ Raiva – explicitar que reconhece a raiva, mas dialogar em busca de outras soluções;

✓ Euforia –manter o diálogo com atitudes claras, indicando limites e possibilidades, proporcionando um ambiente com poucos estímulos, que favoreça a tranquilização; e

✓ Medo – explicitar que reconhece o medo, ter atitude protetiva, escuta e fala acolhedoras (BRASIL, 2014b).

- É necessário singularizar ao máximo o diálogo – considerar cada intervenção, cada contato, como se fosse o único. Identificar os protagonistas, contextualizando os aspectos sociais, econômicos e culturais da linguagem e comunicação (CAMPOS, 2014b).
- Não fazer julgamentos e não prometer algo que não será realizado (BRASIL, 2014b).
- Manter-se calmo, procurar ser claro, usar frases curtas e objetivas. Escutar, permitir tempo e espaço para a fala do usuário e dos familiares, procurando delimitar o problema e conflito central a partir dos enunciados (CAMPOS, 2014b).
- Não ser reativo. Se houver algum tipo de provocação a si ou à equipe, manter-se concentrado, rememorando a sua função ao interlocutor (CAMPOS, 2014b).

- Nunca enveredar por situações nas quais o usuário, já ameaçado, sinta-se mais acuado. Não colocar alternativas do tipo tudo ou nada, ganhar ou perder. Tentar alinhar os seus objetivos com o do usuário (CAMPOS, 2014b).
- Identificar situações relacionadas ao contexto da crise/urgência e fatores desencadeantes, como eventos desfavoráveis, estressores cotidianos ou conflitos com outras pessoas. Uma vez identificados, explicitar que reconhece a situação conflituosa, dialogando em busca de outras soluções, mantendo o tom de voz normal, sem tomar partido e promovendo consensos possíveis. Observar que a aproximação ou distanciamento corporal pode contribuir para alívio na cena e relações (BRASIL, 2014b).
- Respeitar pausas e o tempo necessário para que o paciente responda às perguntas (BRASIL, 2014b).
- Sempre que possível, realizar avaliação primária e secundária observando o estado mental (ex: lucidez, orientação e noção da realidade) e considerando as condições clínicas específicas de cada situação (BRASIL, 2014b).
- Dialogar com familiares e pessoas próximas e identificar parentes, amigos ou outros profissionais que possam facilitar o entendimento e manejo da situação. (BRASIL, 2014b)
- No caso de a pessoa possuir vinculação com outro ponto de atenção da rede, tais como CAPS e UBS, usar essa informação, dizendo que fará contato com o profissional/serviço de referência (BRASIL, 2014b).
- Coletar dados relacionados às condições de saúde do indivíduo, como antecedentes relevantes (transtorno mental diagnosticado, uso de substâncias psicoativas, crises anteriores, doenças clínicas e tratamentos prévios) e capacidade de autocuidado (BRASIL, 2014b).
- Oferecer e negociar opções de conciliação e formas de lidar com o evento desencadeante, estimulando a tranquilização e melhor resolução da situação. Ofertar opções para que o paciente possa escolher, mantendo postura firme e segura para negociar limites, sem desafiá-lo nem confrontá-lo (BRASIL, 2014b).
- Considerar a importância de acolher os familiares e/ou outras pessoas envolvidas na cena.
- Se necessário, solicitar, com tato e gentileza, a saída de cena de um familiar que seja fonte de conflito e tensão (CAMPOS, 2014b).
- Considerar o limite da mediação, se presença de agravos da situação. O estresse da equipe e/ou do ambiente, piora clínica do paciente e tempo excessivo (BRASIL, 2014b).
- Se necessário, considerar a possibilidade de substituir o mediador (BRASIL, 2014b).
- Proceder a avaliações clínicas do estado geral físico e mental, a sequência básica de verificação das funções vitais necessárias ao suporte da vida (o ABCD), os dados vitais, incluindo saturação de O2 e glicemia capilar em alguns casos (CAMPOS, 2014b).

Ainda, no caso de abordagens a crianças ou adolescentes e necessidade de remoção do domicílio para algum ponto de atenção:

- Permitir que os pais ou responsáveis acompanhem a criança/adolescente (BRASIL, 2014b).
- Permitir que a criança/adolescente leve um objeto de estimação para sentir-se mais segura (BRASIL, 2014b).
- Na ausência de acompanhante, o serviço social do ponto de atenção de destino deve localizar familiares ou acionar o Conselho Tutelar (BRASIL, 2014b).

5.5.2 PONTOS DE ATENÇÃO

A Portaria de Consolidação Nº 3/2017, em seu Anexo V, define que o componente de atenção de urgência e emergência em saúde mental é formado pelos seguintes pontos de atenção: SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, UBS, CAPS, entre outros. Esses pontos de atenção

> 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 e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017b).

5.5.2.1 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

O SAMU está definido na Portaria de Consolidação Nº 3/2017, Anexo III, e tem como objetivo

> chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo a sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2017b).

O SAMU 192 pode ser acionado por um cidadão (atendimento primário) ou por um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento, mas quenecessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (atendimento secundário).

A partir de uma chamada telefônica (192) e regulação da demanda, “a equipe do SAMU atende ou agencia o atendimento mediato ou imediato, articulando e favorecendo o acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários no componente hospitalar ou de seguimento longitudinal, como CAPS, UBS ou outros” (CAMPOS, 2014b).

No período diurno, de segunda a sexta-feira, sempre que possível, recomenda-se que o SAMU inclua em seu atendimento o apoio do CAPS de referência do território onde ocorre a situação de crise em saúde mental, para intervenção conjunta ou orientação quanto à definição do melhor encaminhamento para a situação que se apresenta.

Para o manejo da crise em saúde mental, deve-se seguir a conduta recomendada na ficha BC28 - Protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental, dos Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 (BRASIL, 2014b).

5.5.2.2 SALA DE ESTABILIZAÇÃO

De acordo com o Anexo III da Portaria de Consolidação Nº 3/2017,

> o Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos

> outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências.
>
> Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde (BRASIL, 2017b).

5.5.2.3 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO -UPA 24 HORAS

Segundo o Ministério da Saúde, as UPAs e o conjunto de serviços de urgência 24 horas estão assim constituídos:

> I -a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e
>
> II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2017b).

As UPAs e os Pronto-Socorros (portas hospitalares de urgência) “devem realizar acolhimento, classificação de risco e intervenção imediata nas situações e agravamentos que assim o requeiram, minimizando riscos e favorecendo seu manejo” (CAMPOS, 2014a, p.18). É fundamental que sua atuação se dê de forma articulada com outros pontos de atenção, garantindo a continuidade do cuidado e “deve prover retaguarda para a observação das situações limite, para a definição de encaminhamento mais adequado” (CAMPOS, 2014a, p.19).

As UPAs não realizam internação de pacientes, mas tem o objetivo de estabilizá-los para que possam ser encaminhados a outros pontos de atenção para seguimento do cuidado. Antes de definir algum encaminhamento, é importante proceder a uma adequada avaliação em saúde mental (ver item 4.11).

5.5.2.4 PORTAS HOSPITALARES/PRONTO SOCORRO

Nos moldes da Portaria de Consolidação Nº 3/2017, Anexo III, “o Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias”.

O atendimento nesse ponto de atenção deve primar pelo acolhimento, avaliação em saúde mental, realização do diagnóstico diferencial (ver itens 4.2, p. 29, 4.11, p. 45, 4.9, p. 39) e articulação com a rede de atenção. O ideal é permitir o retorno breve do paciente ao seu convívio familiar e comunitário, lembrando sempre que a internação é a última medida a ser adotada, podendo para tanto, ser necessário que o paciente permaneça em observação por um curto período antes que possa ser devidamente encaminhado para acompanhamento em outro ponto de atenção.

5.5.2.5 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A Atenção Básica em Saúde tem por objetivo

> a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2017a).

Um estudo conduzido por Minozzo e Costa (2013) concluiu que um dos primeiros passos para efetivar a atenção à crise na Atenção Básica, nos territórios, é desmistificar a ideia de periculosidade que ronda a pessoa com transtorno mental, especialmente quando vivenciando um momento de crise, e também desmistificar a noção de que a crise seria um momento isolado na vida de um sujeito. Os autores defendem que “uma crise mais branda pode ser tratada pela própria equipe da Atenção Básica, desde que o paciente seja atendido cotidianamente pelo seu profissional de referência e possa procurá-lo sempre que sentir necessidade” (p. 444).

5.5.2.6 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No item 5.2 (p. 72) foram trabalhadas as características e atribuições dos CAPS. Esse serviço ocupa lugar estratégico na RAPS e tem entre suas funções a ordenação do cuidado em rede, ativando os canais comunicacionais entre os pontos de atenção e convocando-os, sempre que necessário, para o cuidado compartilhado.

Ainda, entre seus procedimentos específicos, encontra-se a atenção às situações de crise e o

> apoio matricial aos pontos de atenção às urgências em seu território de abrangência, seja por meio de orientações sobre a história e as necessidades dos usuários já conhecidos, seja pelo acompanhamento do atendimento, se corresponsabilizando pelo cuidado em seu território de abrangência (CAMPOS, 2014a, p.15).

A atenção às situações de crise, em especial no âmbito do CAPS, deve ser voltada ao fortalecimento de vínculos e à construção da autonomia, rechaçando práticas estigmatizantes e evitando a exclusão do sujeito em sofrimento.

5.6 ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

A questão do uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil é frequentemente polarizada ora como um problema de saúde, ora como um problema de segurança pública. No contexto da saúde, especificamente, a demanda de tratamento ainda é intensamente focada nas internações, longas e pouco resolutivas, em instituições de caráter fechado, enquanto no campo da segurança pública a resposta é comumente o encarceramento. Partindo de um viés ou de outro, o sujeito é afastado do seu território e do convívio social e familiar, tornando, a cada internação e a cada apreensão, a reinserção comunitária uma realidade cada vez mais distante.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, chama atenção para o fato de que, ainda que na perspectiva da saúde, a questão é abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. Entretanto, as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes e devem ser consideradas na compreensão global do problema (BRASIL, 2004a).

Nesse bojo, considerando a necessidade de se ampliar as possibilidades de cuidado dessa população, expandindo o olhar para além dos dispositivos claramente conhecidos como “equipamentos de saúde”, a RAPS passa a prever como ponto de atenção os chamados equipamentos de Atenção Residencial de Caráter Transitório (ARCT), e*specíficos para os problemas relacionados a álcool e outras drogas.*

Não raramente questões associadas ao território de moradia do usuário, como situação de ameaças, violência, tráfico de drogas, condições precárias de habitação, relações conflituosas com a família, ou até mesmo a ausência de uma moradia para a qual retornar, são fatores que impactam diretamente no tratamento do usuário. Então a ARCT passa a ser uma moradia transitória para pessoas que apresentem acentuada vulnerabilidade social e familiar, garantindo um ambiente de acolhimento, de vínculo e de cuidado em rede.

É de extrema importância que durante o tempo de acolhimento do usuário no serviço, haja um trabalho de acompanhamento e de cuidado da família, para que os vínculos possam ser preservados e fortalecidos. A família também precisa ser escutada, acolhida e encontrar recursos no território que possam ser uma referência e auxiliá-la no cuidado daquele familiar. Como dito, o vínculo da família com os serviços do território exerce grande influência na efetividade do tratamento do usuário.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 03/2017, a ARCT pode ser realizada nas Unidades de Acolhimento (adulto ou infantojuvenil) ou nos Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais se encontram as chamadas Comunidades Terapêuticas (CT).

5.6.1 PONTOS DE ATENÇÃO

5.6.1.1 UNIDADES DE ACOLHIMENTO - UA

A Portaria de Consolidação nº 03/2017 caracteriza Unidade de Acolhimento (UA) como serviço destinado a pessoas com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade e risco, visando oferecer **ambiente de proteção social e de cuidado integral como estratégia para complementar o cuidado, a assistência e a proteção a estes usuários**.

As Unidades de Acolhimento devem funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana, podendo garantir moradia transitória por até 06 (seis) meses. A UA infantojuvenil (UAi) pode realizar o acolhimento de crianças e adolescente de 10 a 18 anos incompletos, de ambos o sexos e a UA adulto é destinada a atender maiores de 18 anos, de ambos os sexos.

Os serviços devem estar referenciados a um CAPS de referência no território, que será responsável pela elaboração do PTS de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

É de responsabilidade do CAPS o acompanhamento psicossocial do usuário e de sua família e articulação da rede intersetorial, ampliando ações que visem a reinserção social, familiar e laboral, acionando os programas de cultura, educação, lazer, geração de renda e até mesmo as políticas habitacionais.

Neste sentido, o acolhimento numa UA caracteriza-se como mais uma estratégia de cuidado que compõe o PTS dos usuários de um CAPS, especialmente aqueles cujas dificuldades de moradia em seu território estejam dificultando ou impedindo o seguimento de projetos terapêuticos.

Assim, a UA se integra à RAPS como um recurso voltado à responsabilidade de se garantir a atenção integral como um dos princípios fundamentais da saúde, mantendo-se a possibilidade de acolhida, proteção, apoio e vínculo, mesmo nas situações de ruptura já mencionadas. Por isso, o tempo e o objetivo do acolhimento na UA devem estar definidos no PTS, o que significa serem construídos e acordados com o usuário.

Além disso, a UA é dispositivo capaz se constituir como recurso substitutivo às respostas voltadas ao isolamento e à exclusão das pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas, potencializando o tratamento através da invenção de mecanismos de múltiplas conexões com diversos componentes da rede de atenção à saúde e componentes intersetoriais, sendo importante recurso para a sustentação do PTS construído entre o usuário e o seu CAPS de referência.

A saída do usuário do serviço também deve ser programada pela equipe junto ao usuário e pensada desde o início do acolhimento.

5.6.1.2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - CTs

Comunidades Terapêuticas (CTs) são estabelecimentos destinados a oferecer **acolhimento em caráter voluntário de adultos clinicamente estáveis, com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas**. Deve-se considerar, entretanto, que as CTs carecem de regulamentação legal para seu funcionamento, existindo apenas a normativa RDC Nº 29/2011 da ANVISA, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento do serviço.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 448/2011 aponta que

> a inserção de toda e qualquer entidade ou instituição na Rede de Atenção Psicossocial do SUS seja orientada pela adesão aos princípios da reforma antimanicomial, em especial, no que se refere ao não isolamento de indivíduos e grupos populacionais.

Dessa forma, resta claro que, para serem consideradas parte da RAPS, as CTs precisam estar pautadas pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, realizando um trabalho conectado aos diversos outros dispositivos do território, com foco na reinserção social e familiar do usuário.

Assim como no caso das Unidades de Acolhimento, a inserção em uma Comunidade Terapêutica deve ser parte do PTS do usuário, por isso o serviço também precisa estar articulado com o CAPS e Unidade Básica de Saúde do território. O tempo de permanência pode ser de até 09 meses, mas a alta do serviço, assim como a inserção, é voluntária e pode ser feita a pedido do usuário. Durante esse tempo, salienta-se a necessidade de fortalecer o vínculo com a família, sempre com foco na reinserção familiar e comunitária do usuário.

REFERÊNCIAS

ALVES, Graciano de OIiveira. **Saúde Mental e Economia Solidária:** construindo estratégias de reabilitação psicossocial. 2016 (Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 251 de 04 de fevereiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.**Diário Oficial da União**. Brasília, DF:2002.

_____. Lei Federal Nº 10.708, de 31 de julho de 2003: Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.**Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. Brasília, DF: 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF: 2005.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. RDC n. 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial União**. Brasília, DF: 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 448, de 6 de outubro de 2011. **Diário Oficial União**. Brasília, DF: 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes da organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial União.** Brasília: 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 854, de 22 de agosto de 2012: Altera, na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e matérias especiais do Sistema Único de Saúde atributos dos procedimentos, a partir da competência outubro de 2012.**Diário Oficial União.** Brasília: 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental na Atenção Básica** (Cadernos de Atenção Básica, n. 34), Brasília, DF: 2013a.

_____. **Caminhos do Cuidado**: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica. Guia de Saúde Mental: atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. 2013b. 48p.

_____. Conselho Federal de Medicina – CFM. Resolução CFM Nº 2.057, de 12 de novembro de 2013: Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.**Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2013c.

_____. Conselho Federal de Medicina – CFM.Resolução CFM Nº 2.077, de 24 de julho de 2014: Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.**Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** (Cadernos de Atenção Básica, n. 39), Brasília, DF: 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 03, de 03 outubro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 05, de 03 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.**Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2017c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017: Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências.**Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2017d.

CALENTE, D. S. A experiência do Grupo Condutor na implantação do NASF em Vitória –ES. 2017. 124p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional). **Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional**, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória.

CAMPOS, P. J. de., Os espectros clínicos da crise. In: ZEFERINO, M. T. **Crise e Urgência em Saúde Mental**: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado / Maria Therezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014a. 94p.

_____., A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência. In: ZEFERINO, M. T. **Crise e Urgência em Saúde Mental**: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado / Maria Therezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014b. 94p.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2008. (**Coleção Uma Nova Saúde - Diretrizes Clínicas Saúde Mental**).

JÚNIOR, J. M. P. et al. Política de saúde mental no hospital psiquiátrico. **Esc. Anna Nery**, 20(1), 2016, pp. 83-89.

LANCETTI, A. A potência terapêutica dos Agentes Comunitários de Saúde. In: LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. 6ª Ed. Hucitec Editora: São Paulo, 2011, pp. 87-96.

MINOZZO, F., COSTA, I. I. da., Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúda da família na clínica da crise. In: **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, setembro/2013. pp. 438-450. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2330/233028537011/>. Acesso em 12 Ago 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde 2008** – Cuidados de Saúde Primários: Agora mais que nunca. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **A atenção a saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

PELBART, P. P. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.) **Saúde e Loucura 2**. São Paulo: Hucitec, 2001. pp. 131-138.

SINGER, Paul. Economia Solidária. **Estud. Av.**, São Paulo , v. 22, n. 62, p. 289-314, Abr. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Ago. 2018.

6 GRANDES SÍNDROMES

Dor e prazer se configuram na base de toda experiência humana. Ancorados no corpo, desdobrados em uma miríade de possibilidades na mente, permanentemente em jogo no universo de relações interpessoais, tais fenômenos estão amplamente presentes naquilo que culturalmente passou a ser entendido como próprio ao campo da saúde e da doença mental. Dentre as configurações possíveis, singulares, algo de contingente e, de certo modo, circunscritível, se manifesta e é compreendido, por várias leituras e discursos, naquilo que se conveio nomear “síndromes psiquiátricas”. Conceitos estes que através dos quais se busca abarcar, na forma de um conjunto concorrente e coerente de sinais e sintomas, modos predominantes do sofrimento decorrente de confluências daquilo que é da ordem do cerebral e do psíquico a traduzir um modo de ser no mundo que destoa do prevalente social e denota de uma desarmonia de agenciamentos entre as diversas instâncias do indivíduo e deste, construído historicamente como sujeito, no âmbito da sociedade. Lidar com estas alteridades e procurar articulações que amplifiquem o universo de possibilidades de ser no mundo é o que cabe a todo aquele que tem o privilégio de conviver com estes que padecem do prazer e da dor.

O capítulo que se segue foi elaborado com o intuito de condensar o feixe existente de possibilidades de intervenção em um conjunto de ações que reflita o que a evidência científica e a prática do cotidiano ao lado daqueles quem, ao viver tais síndromes, sofrem, têm de consistente permitindo pois nortear aos que visam acolhê-los e auxiliá-los no ofício de promover um ir além.

6.1 ESTADO CONFUSIONAL AGUDO (*DELIRIUM*)

O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica, de início agudo e curso flutuante, caracterizada pelo estreitamento da consciência e desatenção, cursando com rebaixamento cognitivo global, alterações do comportamentoe do ciclo sono-vigília. T**rata-se de uma complicação clínica grave que representa o comprometimento transitório da função cerebral sendo, de etiologia orgânica, por consequência direta de condição clínica geral, intoxicação ou abstinência de substância psicoativa, uso de medicamentos, exposição a toxinas, traumas ou fatores combinados** (BOTEGA, 2012; FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

Pela ampla possibilidade de causas subjacentes sua manifestação clínica é variada, evoluindo com períodos de piora e melhora, podendo se assemelhar a diversos transtornos mentais como depressão, esquizofrenia e mania. **Está relacionado à maior morbimortalidade, em curto prazo, sendo a síndrome psiquiátrica mais encontradas em ambiente hospitalar**, principalmente em idosos, associada a maior tempo de internação, prejuízo cognitivo/funcional dos pacientes, a longo prazo, e mau prognóstico (BOTEGA, 2012; FORTALEZA; MIGUEL, 2013; CEREJEIRA; MUKAETOVA-LADINSKA, 2011)

Apesar da relevância clínica e gravidade, o *delirium* ainda é pouco diagnosticado, também em função das manifestações psiquiátricas, sendo de fundamental importância a avaliação das evidências através da história clínica, exame físico e exames complementares para identificação e tratamento adequado da causa no paciente.

6.1.1 FISIOPATOLOGIA E FATORES RELACIONADOS

O estado confusional é decorrente de um desequilíbrio agudo, inespecífico e generalizado da função cerebral através da disfunção metabólica e inflamatória de múltiplos subsistemas, principalmente das vias dopaminérgicas, histaminérgicas e colinérgicas, ocasionando prejuízo da neurotransmissão e comprometimento das funções corticais superiores. (BOTEGA, 2012; FORTALEZA; MIGUEL, 2013; LÔBO et al, 2010)

Dentre os fatores de risco relacionados, a idade é o mais relevante, sendo diretamente proporcional a prevalência da síndrome. Também estão incluídos gênero masculino, déficit visual, demência prévia, depressão, imobilidade, desidratação, alcoolismo, gravidade de doença física, acidente vascular cerebral (AVC) prévio e distúrbios metabólicos.

As condições geralmente associadas são doenças sistêmicas/infecciosas, do sistema nervoso central, distúrbios toxicometabólicos e por uso de medicamentos, detalhadas a seguir (Quadro 1) (BOTEGA, 2012; FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

Quadro 1: Condições comumente associadas ao Estado Agudo Confusional

Doenças Sistêmicas / Infecciosas: pneumonia, infecção urinária, sepse, embolia pulmonar, choque, pós operatório, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, trauma grave, dor.
Doenças do Sistema Nervoso Central: AVC, doenças degenerativas, encefalopatia hipertensiva, convulsões / estado pós ictal, encefalite/meningite, tumor cerebral.
Distúrbios Toxicometabólicos: hidroeletrolíticos, acidobásicos, hiper/hipoglicemia, insuficiência renal/uremia, insuficiência hepática, hiper/hipotireoidismo, deficiência vitamínica .
Uso de medicamentos: agentes anticolinérgicos, benzodiazepínicos, hipnóticos, diuréticos, digitálicos, anti-hipertensivos, antiarrítimicos, serotoninérgicos, lítio, levodopa, anti-inflamatórios, narcóticos/opioides, quimioterapia.

Fonte: BOTEGA, 2012

6.1.2 MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

Os sinais e sintomas do *delirium* são numerosos, no entanto, **o distúrbio agudo da atenção representa o elemento central desta síndrome**, caracterizado pela redução da capacidade de direcionar, focar, manter ou deslocar, acompanhado de alterações da consciência, com rebaixamento e/ou desorientação global (tempo-espaço-pessoal), prejuízo da memória recente, alterações da linguagem, humor, psicomotricidade, pensamento e sensopercepção (sentidos). O pensamento pode ser confuso, desorganizado, incoerente e o distúrbio da percepção é frequente, manifestado através de ilusões patológicas e/ou alucinações, principalmente visuais, em quadros psicóticos de etiologia orgânica (FORTALEZA; MIGUEL, 2013; DSM-V, 2013)

A atividade motora pode estar aumentada (hiperativo) ou diminuída (hipoativo) e associada a sintomas afetivos como ansiedade, tristeza, irritabilidade, instabilidade emocional, apatia, perplexidade e euforia, bem como agitação psicomotora e comportamento agressivo. (BOTEGA, 2012; FORTALEZA; MIGUEL, 2013) Apresenta curso flutuante, ou seja, com períodos de melhora e piora, havendo momentos de lucidez, com importante distúrbio da atenção (distratibilidade), dificuldade em manter o diálogo ou seguir comandos associado a alterações do ciclo sono vigília, com manifestação de insônia ou sonolência diurna, e notada piora dos sintomas ao anoitecer (*fenômeno sundowning*) (BOTEGA, 2012; FORTALEZA; MIGUEL, 2013; LÔBO, 2010).

Assim, apesar do amplo espectro sintomático, **priorizamos o enfoque nos sinais e sintomas de maior relevância, que independem da causa, com objetivo de reforçar a importância da avaliação clínica integral do paciente com suspeita de *delirium*dada complexidade do seu quadro clínico.** O roteiro de avaliação recomendado para identificação da causa subjacente deve incluir anamnese e exame físico, contendo história clínica detalhada, aferição dos sinais vitais, exames físico, neurológico, com revisão sobre o histórico de uso de medicações, doenças preexistentes, dentre outros fatores relacionados. O exame do estado mental, que inclui a entrevista do paciente, familiares e testes cognitivos, e a solicitação de exames laboratoriais complementares é guiada pela avaliação clínica individual conforme detalhado no Quadro 2 (FORTALEZA; MIGUEL, 2013; LÔBO, 2010).

Quadro 2: Avaliação do pacienete com suspeita de *Delirium*

Anamnese e Exame Físico
- História Clínica
- Exame Físico
- Sinais Vitais (Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Temperatura Axilar)
- Exame Neurológico
- Revisão do histórico medicamentoso e doenças prévias associadas

Exame do Estado Mental
- Entrevista com paciente, familiares e equipe de saúde
- Exame psíquico
- Testes cognitivos breves (Ex. Miniexame do Estado Mental – Fluxo I)

Exames Indicados
- Bioquímica do sangue: sódio, potássio, cálcio iônico, glicose, uréia, creatinina
- Hemograma
- Eletrocardiograma (ECG)
- Radiografia de Tórax
- Urina tipo I (EAS)
- Gasometria arterial/ Saturação de oxigênio

Exames Adicionais: conforme condição clínica
- Função hepática (Apartato Aminotransferas/Alanina Aminotransferase-AST/ALT)
- Urocultura/ Hemocultura com antibiograma
- Coleta e análise do Líquor (Líquido Cefalorraquidiano- LCR)
- Eletroencefalograma (EEG)
- Exames de Imagem: Tomografia ou Ressonância Magnética do Crânio

- Exames séricos: VDRL, vitamina B12, ácido Fólico, sorologias para HIV, hepatites virais e doenças autoimunes, TSH (Hormônio Estimulador da Tireóide), T4 livre (Tiroxina livre circulando no sangue)

- Dosar níveis de medicações: lítio, anticonvulsivantes, digoxina, opioides
- Testes Toxicológicos

6.1.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de *delirium* é clínico, ancorado à história detalhada, exames físico e complementares, com auxílio do relato dos acompanhantes e, como em toda condição aguda, prontamente é necessário estimar a mudança em relação ao grau de funcionalidade e nível cognitivo prévio do paciente. (BOTEGA, 2012; LÔBO, 2010)

É importante a caracterização dos sinais e sintomas clínicos representados pelo distúrbio agudo da consciência e cognição, com horas a dias de evolução, e não atribuído a quadro demencial prévio, embasada nos critérios diagnósticos (Quadro 3) conforme DSM-V (FORTALEZA; MIGUEL, 2013; DSM-V, 2013; PRAYCE, 2018).

Quadro 3: Critérios diagnósticos

A- Perturbação da Atenção e da Consciência;
B- Perturbação se desenvolve em um período breve de tempo, representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto a gravidade ao longo de um dia;
C- Perturbação adicional na cognição (ex. déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção);
D- As perturbações dos critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neuro-cognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma;
E- Há evidência a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a alteração é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (i,e., devido a uma droga de abuso ou a um medicamento), de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias.

Fonte: DSM-V, 2014.

Recomenda-se a distinção dos cinco subtipos, para auxilio diagnóstico de acordo com a causa, sendo por intoxicação por substância, abstinência de substância, induzido por medicamento, devido à outra condição médica ou devido a múltiplas causas. Também é possível especificar se o quadro clínico é agudo ou persistente e manifestado nas formas hiperativa, hipoativa ou mista (FORTALEZA; MIGUEL, 2013; DSM-V, 2013; PRAYCE, 2018).

Essa diferenciação é de extrema relevância no sentido de orientar a abordagem terapêutica precoce, mais adequada para cada caso, mesmo que a causa subjacente ainda não tenha sido identificada. Nesse sentido existem escalas e entrevistas estruturadas que podem auxiliar na avaliação do paciente de modo a facilitar o esclarecimento diagnóstico de modo mais assertivo (Fluxo 1) (BOTEGA, 2012).

6.1.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Em virtude do amplo espectro de manifestações clinicas e das mais variadas apresentações neurocomportamentais, **o *delirium* pode ser confundido com algumas doenças psiquiátricas** e, dentre elas, abordaremos os transtornos do humor, demência e esquizofrenia. (BOTEGA, 2012; FORTALEZA; MIGUEL, 2013)

As alterações emocionais como ansiedade, raiva, irritabilidade, labilidade do humor, medo, tristeza e euforia são comuns, no entanto os elementos *curso* e *tempo* de evolução nos auxiliam na diferenciação das condições psiquiátricas, sendo caracterizados pela flutuação dos sintomas e início agudo, em horas ou dias, mesmo em pacientes com diagnóstico psiquiátrico prévio, estando essa população mais suscetível a doenças orgânicas e suas complicações. Na forma hipoativa, a apatia, lentificação psicomotora, dificuldade de concentração, insônia e humor deprimido podem mimetizar uma síndrome depressiva e provocar equívoco no diagnóstico do estado confusional, porém, os transtornos do humor primários tendem a ser manter mais estáveis ao longo do dia. (BOTEGA, 2012; LÔBO, 2010)

Pessoas com prejuízo cognitivo prévio têm maior risco em desenvolver *delirium* sendo comum a sobreposição desta condição com o quadro de demência, principalmente em idosos. Enquanto no primeiro o sintoma cardinal é a desatenção de início agudo, curso flutuante acompanhada de alterações do nível de consciência, nas síndromes demenciais há o comprometimento insidioso, progressivo e irreversível da memória, sendo essa distinção diagnóstica de extrema relevância para avaliação do prognóstico (BOTEGA, 2012; FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

Os sintomas psicóticos podem ocorrer a partir do comprometimento da consciência se manifestando através de delírios e alucinações porém, diferente da esquizofrenia, são menos organizados, mais fragmentados, fugazes e de início abrupto. A desorientação é frequente, alucinações visuais e táteis são predominantes, sendo mais comum nos transtornos psicóticos primários atividade delirante mais estruturada, alucinações auditivas e manutenção da orientação no tempo e espaço (BOTEGA, 2012; FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

Vale lembrar que o diagnóstico psiquiátrico primário é de exclusão, ou seja, a investigação clínica inicial deve ser direcionada para identificar possíveis causas orgânicas (físicas) que justifiquem os sintomas neurocomportamentais apresentados pelo paciente. Após este rastreio clínico e orientado pelo princípio da integralidade do cuidado, centrado na pessoa, o profissional de saúde terá elementos mais consistentes para traçar hipóteses diagnósticas compatíveis com a real necessidade do usuário e que direcionem a uma abordagem terapêutica mais resolutiva (BOTEGA, 2012; CEREJEIRA; MUKAETOVA-LADINSKA, 2011).

6.1.5 ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento do estado confusional agudo consiste em **abordagem multiprofissional especializada com enfoque na prevenção, segurança do paciente e manejo das causas identificadas a partir de medidas não farmacológicas e também medicamentosas.**

Dentre as boas práticas reconhecidas, **deve ser evitado o uso de múltiplas medicações, especialmente as envolvidas na etiologia deste quadro**. Recomenda-se a retirada lenta e progressiva de medicações que possam causar algum tipo de abstinência, oferta de recursos de memória e orientação, como calendário, relógio e fotos de familiares. O ambiente de tratamento deve ser calmo, confortável, mantendo a localização do leito do paciente, evitando intervenções que limitem a sua mobilidade e permitindo o uso de suas lentes corretivas ou aparelho de audição. Manter boa iluminação durante o dia e limitá-la à noite, estimular a presença frequente de familiares e/ ou acompanhantes, oferecendo apoio e esclarecimento ao paciente e sua família, também são medidas que auxiliam na prevenção e tratamento do *delirium* (BOTEGA, 2012; FORTALEZA; MIGUEL, 2013; CEREJEIRA; MUKAETOVA-LADINSKA, 2011).

Para o tratamento farmacológico (Quadro 4) é recomendado o uso de *antipsicóticos* típicos enquanto intervenção de primeira linha que auxiliam no controle dos sintomas comportamentais, incluindo episódios de agitação psicomotora e agressividade, sendo esta uma estratégia de contenção química indicada, conforme a gravidade do quadro clínico, na menor dose necessária para se alcançar o efeito terapêutico desejado. Dentre os neurolépticos disponíveis, o Haloperidol (*Haldol)* além de mais estudado, é considerado “padrão ouro” pelos poucos efeitos anticolinérgicos, baixo nível de sedação, estando disponível nas apresentações oral (comprimido e gotas) e injetável (intramuscular e intravenoso) (BOTEGA, 2012).

Entretanto, pode provocar reações adversas importantes principalmente os “efeitos extrapiramidais”, como parkinsonismo (tremores, rigidez, lentificação), distonia aguda (contrações musculares involuntárias sustentadas), acatisia (inquietação, ansiedade, agitação) e a síndrome neuroléptica maligna, uma complicação e que pode ser fatal. Sendo assim, não se costuma utilizar mais do que 5 mg por dose, não devendo exceder 24mg nas 24 horas, sendo necessário cautela e prudência na sua prescrição. Outro cuidado importante é o monitoramento da função cardíaca através do Eletrocardiograma (ECG) em virtude do maior risco de arritmias (FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

Com relação aos antipsicóticos atípicos, eles vêm sendo cada vez mais utilizados em virtude do perfil de efeitos colaterais mais brandos, apesar de não existirem diferenças ao se comparar com a eficácia do haloperidol. Risperidona e Olanzapina são as alternativas disponíveis, porém a escolha da medicação deve considerar fatores fundamentais como o perfil de efeitos adversos, tolerabilidade, acesso e vulnerabilidade do paciente, interações medicamentosas e a via de administração do fármaco (FORTALEZA; MIGUEL, 2013; BOTEGA, 2012).

Já os benzodiazepínicos podem ser indicados em situações específicas, de forma isolada ou em associação com outras medicações, como nos casos de *delirium* por abstinência alcoólica (*delirium tremens*) ou na forma hiperativa refratária a terapia com neurolépticos. De um modo geral essas medicações devem ser evitadas pelo potencial de sedação e piora do estado confusional. A reposição vitamínica também é recomendada, considerando a alta prevalência de alcoolismo no Brasil, sendo frequentes os estados carênciais da tiamina que podem provocar *delirium*, sendo necessário diagnóstico diferencial com a Encefalopatia de Wernicke (FORTALEZA; MIGUEL, 2013; BOTEGA,2012).

Por fim, cabe reforçar que o local mais adequado para tratamento do paciente que apresenta esta condição é o hospital geral, e não o hospital psiquiátrico. Esse serviço deve estar equipado adequadamente com todos os recursos necessários para melhor abordagem diagnóstica e terapêutica, de modo a prevenir complicações clínicas graves como o óbito, por exemplo.

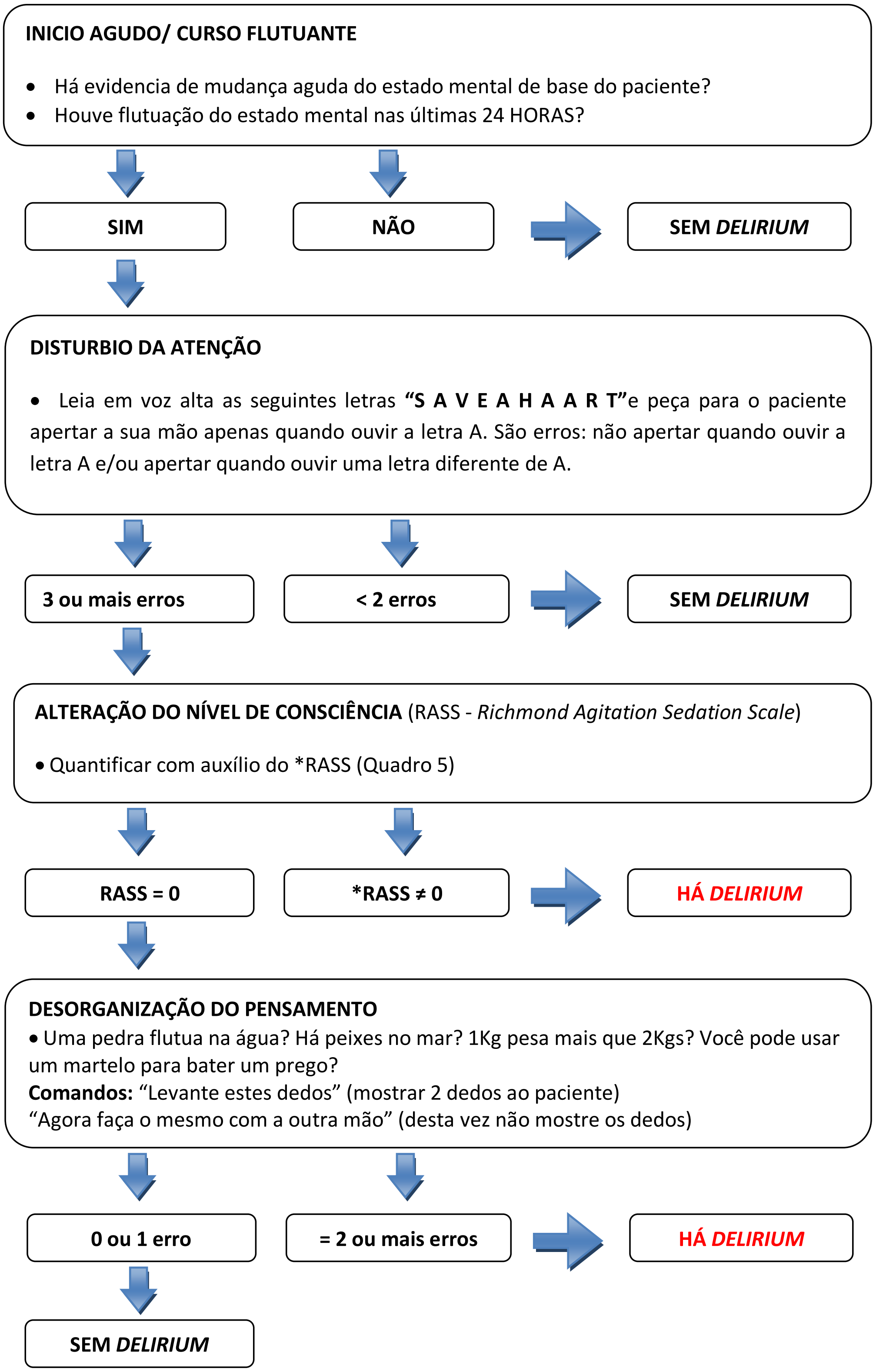
Quadro 4: Abordagem medicamentosa do *Delirium*

Categoria	Psicofármaco	Apresentação	Dose diária	Reações adversas
Antipsicótico Típico	Haloperidol	Oral Intramuscular Endovenoso	0,5 – 5mg 0,5 - 5mg 0,5 - 5mg	Efeitos autonômicos, endócrinos, neurológicos, de pele, olhos e sedação.
Antipsicótico Atípico	Risperidona	Oral	0,5 - 2mg	Efeitos autonômicos, endócrinos, neurológicos. Menor sedação.
Antipsicótico Atípico	Olanzapina	Oral	2,5 - 5mg	Efeitos endócrinos, autonômicos, neurol.
Antipsicótico Atípico	Quetiapina	Oral	12,5 50mg	-
***Benzodiazepínico**	Clonazepam	Oral	0,5 – 2 mg	Sedação, tontura, síndrome paradoxal, aumento do risco que quedas.
***Benzodiazepínico**	*Diazepam	Oral Intravenoso	5 – 10 mg *até 80mg no *delirium tremens*	Sedação, tonturas, síndrome paradoxal, aumento do risco de quedas.

*Uso em casos específicos isolados ou em associação.

Fonte: FORTALEZA,;MIGUEL, 2013; BOTEGA, 2012.

Fluxo 1: Avaliação para rastreio do *delirium*



INICIO AGUDO/ CURSO FLUTUANTE

- Há evidencia de mudança aguda do estado mental de base do paciente?
- Houve flutuação do estado mental nas últimas 24 HORAS?

DISTURBIO DA ATENÇÃO

- Leia em voz alta as seguintes letras **"SAVEAHAART"**e peça para o paciente apertar a sua mão apenas quando ouvir a letra A. São erros: não apertar quando ouvir a letra A e/ou apertar quando ouvir uma letra diferente de A.

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (RASS - *Richmond Agitation Sedation Scale*)

- Quantificar com auxílio do *RASS (Quadro 5)

DESORGANIZAÇÃO DO PENSAMENTO

- Uma pedra flutua na água? Há peixes no mar? 1Kg pesa mais que 2Kgs? Você pode usar um martelo para bater um prego?

Comandos: "Levante estes dedos" (mostrar 2 dedos ao paciente)
"Agora faça o mesmo com a outra mão" (desta vez não mostre os dedos)

Fonte: MARGOLIN e col., 2001.

Quadro 5: Escala de sedação e agitação de Richmond

“Richmond Agitation Sedation Scale” – RASS		
Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta grau de agitação.		
Pontuação	**Classificação**	**Descrição**
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipe.
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente.
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador.
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos.
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Fonte: ELY E. et al., 2003

6.2 SÍNDROMES ANSIOSAS

O sentimento de ansiedade é comum e normal na vida cotidiana das pessoas. Consiste num estado de medo ou um sentimento de apreensão que pode funcionar como um sinal de alerta para algumas situações e se torna mais comuns quando se está diante de situações novas. Pode ser caracterizado como uma sensação desagradável, uma inquietação interna, acompanhada de preocupação excessiva com o futuro associada a sensações corporais como tontura, secura na boca, sensação de vazio no estômago, aperto no peito, aceleração dos batimentos cardíacos, suores, calafrios, tremores, cãibras, formigamentos, urgência para urinar e cólicas abdominais (FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

É razoável que uma pessoa experimente sentimentos de ansiedade quando vivencia momentos de transição (uma troca de emprego, mudança de cidade), quando diante de uma situação desconhecida e/ou inusitada (como uma doença, um desafio), em situações de rupturas (divórcio, saída de casa de um membro da família), apenas para citar alguns exemplos. Esses casos não devem ser patologizados e cabe ao profissional de saúde que se depara com essa situação disponibilizar-se à escuta e oferecer acolhimento, pois, ainda que não se trate de uma doença, pode ser uma situação geradora de sofrimento.

A ansiedade passa a ser preocupante e pode se tornar patológica quando surge sem estímulo aparente ou que não seja proporcional aos sentimentos que desperta, em relação à intensidade, duração e frequência. Deve-se observar se não se restringe a algum ambiente ou situação específica e se está presente algum prejuízo do desempenho social, familiar ou profissional da pessoa.

Os sintomas ansiosos podem ser manifestação de doença física, ou seja, **condições médicas gerais podem desencadear ou mimetizar um transtorno de ansiedade**, entre elas, hipertireoidismo, angina do peito, dores localizadas ou generalizadas, condições incapacitantes, intoxicação ou abstinência de substâncias, entre outros. No idoso, a ansiedade relacionada à condição médica geral é muito comum, com características semelhantes à forma generalizada da doença (FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

A ansiedade inclui sintomas de ordem somática e de ordem psíquica e comportamental, tais como:

- **Somáticos**: palpitações, dores torácicas, sensação de asfixia, tonturas, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, desconforto epigástrico, taquicardia, diarreia, náusea, piloereção, vasoconstrição, contraturas musculares, sensação de sufocamento ou afogamento, calafrios, ondas de calor.
- **Psíquicos/comportamentais:** sentimentos de irrealidade – despersonalização (descrita como a sensação de a cabeça ficar leve, o corpo estranho, estranhamento de si mesmo) ou desrrealização (sensação de que o ambiente, antes familiar, parece estranho, diferente, não familiar) -, medo de morrer, adoecer e/ou de perder o controle, nervosismo persistente, irritabilidade, apreensão, insegurança, medos, mal estar, evitação, isolamento, dificuldade de concentração, sensação de estranheza (OMS, 1997; FLORIANÓPOLIS, 2010).

Não é raro que os pacientes busquem os serviços de saúde com essas queixas somáticas, sem reconhecê-las, entretanto, como manifestações de um quadro ansioso. A postura acolhedora e a sensibilidade do profissional são decisivas no seguimento desses casos. **Sob nenhuma hipótese esses pacientes devem ser desqualificados, ou taxados como "pitiáticos", mas devem ser acolhidos e atendidos em sua demanda de cuidado.**

As síndromes ansiosas podem ser ordenadas em dois grandes grupos: quadros em que a ansiedade é constante e permanente (ansiedade generalizada, livre e flutuante) e quadros em que há crises de ansiedade abruptas e mais ou menos intensas - crises de pânico (DALGALARRONDO, 2008, p. 304).

Ansiedade generalizada

Caracteriza-se pela presença de sintomas ansiosos excessivos, na maior parte dos dias, por pelo menos seis meses. São frequentes sintomas como insônia, dificuldade em relaxar, angústia constante, irritabilidade aumentada e dificuldade em concentrar-se. São também comuns sintomas físicos como cefaléia, dores musculares, dores ou queimação no estômago, taquicardia, tontura, formigamento e sudorese fria, muitas vezes relatados como "gastura", "repuxamento dos nervos", "cabeça ruim" (DALGALARRONDO, 2008, p. 304).

Crises de ansiedade, crises de pânico, síndrome e transtorno de pânico

As crises de pânico são crises intensas de ansiedade, nas quais ocorre importante descarga do sistema nervoso autônomo. Assim, ocorrem sintomas como: batedeira ou taquicardia, suor frio, tremores, desconforto respiratório ou sensação de asfixia, náuseas, formigamentos em membros e/ou lábios. Nas crises intensas, os pacientes podem experimentar diversos graus de despersonalização e desrealização. Além disso, ocorre com frequência o medo de ter um ataque do coração, um infarto, de morrer e/ou enlouquecer. As crises são de início abrupto - chegam ao pico em 5 a 10 minutos - e de curta duração - geralmente não mais que uma hora (DALGALARRONDO, 2008, p. 305). Podem ser desencadeadas por determinadas condições, como: aglomerados humanos, ficar "preso" ou com dificuldade para sair em congestionamentos no trânsito, supermercados com muita gente, *shopping centers*, situações de ameaça, etc. (COSTA PEREIRA, 1997, apud DALGALARRONDO, 2008, p. 305)

Caso as crises sejam recorrentes, com desenvolvimento de medo de ter novas crises, preocupações sobre possíveis implicações da crise (perder o controle, ter um ataque cardíaco ou enlouquecer) e sofrimento subjetivo significativo, configura-se o quadro de transtorno de pânico. (DALGALARRONDO, 2008, p. 305)

Síndrome mista de ansiedade e depressão

Quando sintomas depressivos e ansiosos estão presentes, mas nenhuma das duas síndromes chega a constituir um diagnóstico, denomina-se o quadro de síndrome mista de ansiedade e depressão (DALGALARRONDO, 2008, p. 305).

Ansiedade de origem orgânica

Em alguns casos, a síndrome ansiosa é resultante de uma doença, uso de fármacos ou outra condição orgânica. Nesses casos, a síndrome ansiosa segue-se à instalação de uma doença ou condição orgânica. Na ansiedade orgânica é particularmente frequente a presença de irritabilidade e da labilidade do humor (DALGALARRONDO, 2008, p. 305).

6.2.1 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é eminentemente clínico, mas exames complementares podem e devem ser solicitados ao longo do cuidado em saúde mental a fim de se realizar o diagnóstico diferencial. **É recomendada a avaliação clinica e laboratorial (Quadro 6) com o objetivo de identificar doenças médicas gerais que possam coexistir e de alterações laboratoriais, principalmente em idosos.**

Quadro 6: Exames indicados

- Eletrólitos: Sódio, potássio, cálcio iônico, magnésio
- Hemograma
- Glicemia jejum
- Ureia, creatinina
- Função hepática (AST/ALT)
- Eletrocardiograma (ECG)
- Radiografia de Tórax
- Urina tipo I (EAS), principalmente em idosos
- Exames de Imagem: Tomografia ou Ressonância Magnética do Crânio (casos suspeitos com alterações cerebrais agudas)
- Exames séricos: VDRL, vitamina B12, ácido Fólico, sorologias para HIV, hepatites virais e doenças autoimunes, TSH, T4 livre
- Testes Toxicológicos

Os profissionais de saúde, especialmente da Atenção Básica, devem investigar a presença de ansiedade especialmente em pacientes com:

a) Múltiplas consultas médicas;

b) Muitos sintomas físicos sem origem explicada, principalmente aqueles devido a hiperatividade autonômica e tensão muscular;

c) Dificuldades no trabalho e nas relações interpessoais;

d) Fadiga, alteração de peso e problemas de sono.

6.2.2 ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O paciente que sofre de ansiedade deve ser acolhido e sua demanda de cuidado deve ser legitimada pelos profissionais de saúde. **Posturas de julgamento e estigmatizantes tendem a afastar as pessoas dos serviços e podem gerar agravamento dos quadros, tornando ainda mais difícil sua abordagem**.

Em geral, esses casos podem ser manejados na Atenção Básica, que pode solicitar o apoio matricial de ERSM, NASF ou CAPS de seu território, tanto para discussão e definição conjunta da abordagem terapêutica, como para aporte psicoterápico. Casos mais graves podem requerer o acompanhamento sistemático de profissionais específicos de saúde mental (ERSM, NASF e/ou CAPS), sempre de forma compartilhada com a Atenção Básica, que segue sendo referência para o tratamento. Excepcionalmente, em casos de comportamento suicida e autoagressão em geral, quando ausente suporte familiar e social, pode ser necessária a intervenção de serviços de urgência e emergência, acolhimento em CAPS III ou na Atenção Hospitalar (STEFANELLO; CAMPOS, 2014, p. 138).

Ao abordar quadros de ansiedade, deve-se buscar identificar, junto ao paciente, as principais situações que desencadeiam os sintomas, que podem ser tanto situações pontuais e transitórias, como eventos traumáticos da vida do sujeito. Todas as opções e decisões terapêuticas devem ser compartilhadas entre profissionais e paciente (ver item 4.9). O profissional deve utilizar-se de linguagem clara e acessível e fornecer informações sobre a natureza o curso e o tratamento da doença, incluindo esclarecimentos sobre o uso correto e possíveis efeitos colaterais das mediações, inclusive para os familiares. Deve-se estimular a participação em grupos e, quando possível e com o cuidado de não ser invasivo e/ou impositivo, estimular a participação em atividades sociais e comunitárias e a realização de exercícios físicos. O paciente deve ser aconselhado sobre os prejuízos do uso deSPA, especialmente se estiver em tratamento medicamentoso. Técnicas de respiração diafragmática e relaxamento muscular podem ser úteis.

Em muitos casos, é recomendado o tratamento psicoterápico, devendo ficar claro que este não promove melhora imediata dos sintomas, mas pode resultar numa melhora de efeito mais duradouro na vida dos pacientes.

Quanto ao tratamento medicamentoso (Quadro 7), como ocorre com qualquer outra prescrição, é importante que o profissional tente usar sempre as doses mínimas necessárias e proponha reduções graduais (BRASIL, 2013) conforme a evolução clínica do usuário.

Nos idosos, é recomendável utilizar doses mais baixas que as de adulto, considerando metabolização mais lenta e maior sensibilidade aos efeitos sedativos, o que pode elevar consideravelmente o risco de quedas e suas consequências. Esses grupos etários também estão particularmente propensos a respostas paradoxais (BRASIL, 2013).

Quadro 7: Informações gerais sobre os psicofármacos utilizados no tratamento das síndromes ansiosas

Categoria	Medicação	Apresentação	Dose diária (mg/dia)	Indicações	Reações adversas (mais comuns e graves)
Antidepressivos Tricíclicos	Clomipramina	Oral: Comprimido	25-300mg	Insônia, síndromes dolorosas crônicas, fobias, síndrome do pânico, depressão.	Boca seca, constipação, retenção urinária, ganho de peso, sedação, disfunção sexual, hipotensão, taquicardia, arritmias.
	Imipramina	Oral: Comprimido	25-300mg		
	Amitriptilina	Oral: Comprimido	25-300mg		

Antidepressivos ISRS*	Fluoxetina	Oral:Comprimido/Gotas	20-80 mg	Ansiedade generalizada, fobias social e específicas, síndrome do pânico, disforiaprémenstrual, reações ao estresse, alguns transtornos de personalidade, depressão.	Náuseas, diarreia, azia, disfunção sexual, cefaleia, insônia ou sonolência.
	Sertralina	Oral: Comprimido	25-200 mg		
	Citalopram	Oral: Comprimido	20-60 mg		
Benzodiazepínicos	Diazepam	Oral:Comprimido Injetável: (5 mg/ml – 2ml EV)**	5-40 mg	Ansiedade, fobia social, tensão muscular, síndrome do pânico,insônia, estados epiléticos, abstinência de álcool.	Sedação, letargia, dependência, abstinência, confusão mental, reações paradoxais, declínio cognitivo (uso prolongado dose dependente).
	Clonazepam	Oral: Comprimido/ Solução gotas (2,5mg/ml)	1-6mg		

* Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina.

** Não é recomendada a administração intramuscular do diazepamem em virtude de sua absorção errática por essa via.

6.2.3 ATENDIMENTO À CRISE ASSOCIADA À ANSIEDADE

Dificilmente, pessoas com quadros de ansiedade procuram espontaneamente serviços especializados em saúde mental, como os CAPS. No entanto, esses casos são muito comuns na Atenção Básica, ainda que se apresentem como queixas difusas, e pessoas com crises de ansiedade buscam comumente os serviços de urgência e emergência, em razão, muitas vezes, de sentirem que estão sendo acometidas por um grave problema médico, por exemplo, o infarto. Nesses serviços, não é raro que acabem sendo desqualificadas e taxadas de simuladoras, sendo negligenciadas.

Um estudo conduzido por Lynch e Galbraith (2003 apud STEFANELLO; CAMPOS, 2014) observou que 30% dos sujeitos que chegaram a um serviço de urgência com queixa de dor no peito tinha histórico de transtorno do pânico e, desses, 74% não tinham doença coronária, mas acabaram fazendo toda a propedêutica. O artigo faz um apelo para que se esteja atento a isso, que se diagnostique melhor o pânico na urgência, que se faça um bom encaminhamento para o tratamento, poupando gastos com exames sofisticados e assim por diante (LYNCH; GALBRAITH, 2003 apud STEFANELLO; CAMPOS, 2014, p. 134-135). Mas note-se que, se 74% dos pacientes não tinham doença coronária, isso significa que 26% deles, além de histórico de transtorno do pânico, apresentavam doença coronária. Ou seja, apenas uma criteriosa avaliação poderia definir se a dor no peito se devia ao transtorno do pânico ou à doença coronária, o que nos comprova que a demanda e as queixas dos usuários jamais devem ser desqualificadas.

E vale ressaltar que ao procurar a urgência e receber um atendimento e encaminhamento inadequados, a tendência será a pessoa transformar-se em um usuário recorrente desse serviço. Por isso, a implantação do acolhimentocom classificação de risco pode mudar esse panorama. O que implica em escutar, que não é apenas disposição para ouvir, mas também em se despir de preconceitos e pressupostos: se o sujeito chega ao seu serviço e você sabe ou descobre que ele é acompanhado no CAPS da sua região, e já esteve várias vezes com ataques de ansiedade ou pânico, e negligencia a sua queixa, talvez, dessa vez, ele possa estar de fato infartando (STEFANELLO; CAMPOS, 2014, p. 136).

6.3 SÍNDROMES DEPRESSIVAS

Quadros depressivos ou melancólicos são alvo de observação e estudo desde antesmesmo do advento do método científico, da medicina e da psicologia como as conhecemoshoje. Relatos compatíveis com síndromes depressivas aparecem em obras clássicas como aIlíada de Homero, no Antigo Testamento ou nas observações metódicas de Hipócrates, na Grécia.Variações do humor, muitas vezes patológicas e com consequências significativas navida das pessoas, acompanham a história da humanidade desde as primeiras civilizações eparecem perdurar de forma adaptativa aos avanços sociais, científicos, tecnológicos e moraisem nossa espécie. Várias interpretações e entendimentos sobre esses fenômenosacompanharam essa evolução, desde a associação de estados depressivos com a circulaçãode "bílis negra" pelo corpo, na antiguidade, passando por conceitos místico-religiosos, até acompreensão atual de que as síndromes depressivas são fenômenos produzidos porcomplexas interações biológicas, sociais, psicológicas e culturais.

A literatura técnica traz a descrição das síndromes depressivas dentro de uma categoriamaior denominada "transtornos do humor", embora não haja somente transtornos depressivosnessa categoria. Assim ocorre devido à **principal alteração psicopatológica que marca essesestados patológicos: o rebaixamento de uma função psíquica denominada "*humor*", que égeralmente definida como um estado de experiência interna/subjetiva que influencia atendência emocional, comportamental e de visão de mundo de um indivíduo**. A principalexpressão externa do humor é chamada de "afeto" ou "afetividade", que é a maneira comoestão impressas no indivíduo as suas emoções, como seu tom de voz, movimentação, expressão facial, etc. O humor está intimamente relacionado a todas as principais funçõespsíquicas (forma, curso e conteúdo do pensamento, afeto, volição ou vontade,psicomotricidade, atenção, juízo crítico, por exemplo), e, por esse motivo, quando o humor estáseveramente comprometido, todas as outras funções o acompanham. Assim, uma pessoa como humor rebaixado (ou "hipotímico"), frequentemente também estará com o pensamentolentificado, com conteúdos negativos no pensamento, entristecido, desatento, sem energia evontade, irritadiço e com opiniões e julgamentos negativos. Não por acaso,

pessoasacometidas por episódios depressivos experimentam problemas em suas relações pessoais,sociais, laborais e acadêmicas antes mesmo que se perceba o que está de fato acontecendo.

Daí a importância de se conhecer bem essa categoria diagnóstica tão prevalente, a fim de quese identifiquem esses problemas antes que se agravem, ainda na Atenção Básica, e se proceda à abordagem adequada.

Síndromes depressivas são problemas graves de saúde pública, de interesse nãosomente da saúde mental: indivíduos deprimidos tendem a apresentar piorevolução de quadros de saúde em geral, seja por queda nos auto cuidados ou por fatoresbiológicos relacionados ao estresse, além estarem em risco muito mais elevado de evoluir àconsequência mais grave possível nesses quadros: tentativas e consumação da morte porsuicídio, contra a qual lutamos diuturnamente através de ações preventivas, informativas eterapêuticas em todos os níveis da assistência em saúde.

6.3.1 ETIOLOGIA

Muito frequentemente, pacientes deprimidos, ao procurarem ajuda, perguntam o porquêde estarem passando por isso, de onde vêm seus sintomas ou o que fizeram para quechegassem a esse ponto. Essas não são perguntas de respostas óbvias. **Hoje, entendemos assíndromes depressivas como complexas relações entre fatores biológicos (neuroquímicos),comportamentais, psicológicos, sociais e culturais.** Pesquisas avançam no campo biológicomostrando um papel importante de substâncias cerebrais chamadas neurotransmissores(principalmente a serotonina, noradrenalina e dopamina), o que é importantíssimo para odesenvolvimento de tratamentos farmacológicos. Outros fatores biológicos externos ao SNC podem estar envolvidos, como doenças crônicas, quadros dolorosos,disfunções hormonais ou mesmo imunológicas, razão pela qual as síndromes depressivas nãodevem ser avaliadas de forma segmentada, e sim global.

Estressores ambientais podem estar intimamente relacionados com o surgimento ouagravamento de sintomas depressivos. Dentre eles, o luto pela perda de pessoas importantespara o indivíduo, crises conjugais ou financeiras, mudanças bruscas do padrão social oucultural, dificuldades adaptativas, traumas físicos e psíquicos, diagnóstico de doença grave oucrônica, desamparo social e familiar, etc. Esses estressores interagem de forma intrincada ecomplexa com os padrões de personalidade de cada indivíduo, podendo desencadear estadospatológicos de humor, ou alterar a evolução de um transtorno de humor que já vinha emtratamento estável.

Embora não seja um dado determinante para o surgimento de um quadro depressivo,existe uma correlação genética considerável dentro das famílias. Assim, o diagnóstico de umepisódio depressivo é mais provável num indivíduo com familiares de primeiro grau tambémacometidos por transtornos desse tipo.

6.3.2 DIAGNÓSTICO

Para que se chegue a um diagnóstico assertivo de um quadro depressivo, deve-seconhecer os diferentes tipos de síndromes depressivas existentes. Dentre os principais:

Transtorno Depressivo Maior (ou “depressão unipolar”)

Episódios depressivospodem ocorrer de forma primária, ou seja, de início “isolado”, sem associação com outracondição de saúde física ou mental, sem a ocorrência de um estressor bem definido.Nesses casos, chamamos o quadro de “Transtorno depressivo maior”, “depressãounipolar” ou “episódio depressivo”, que pode ainda ser subdividido em *leve*,*moderado*ou *grave*, conforme a apresentação dos sintomas.

Depressão Bipolar

A ocorrência de um quadro depressivo no contexto de um outrotranstorno de humor denominado “Transtorno bipolar” é um diagnóstico de evolução,gravidade e tratamento bastante diferentes, e o diagnóstico diferencial é imprescindívelpara evitar que o indivíduo saia de um episódio depressivo para um “episódio maníaco”,um quadro grave de elevação patológica do humor caracterizado por aceleraçãopsíquica, desinibição, ideias anormalmente grandiosas, comportamento de risco até acompleta desorganização comportamental.

Depressão Psicótica

A ocorrência de alterações graves no comportamento,pensamento, juízo crítico e sensopercepção, chamados “sintomas psicóticos” (delírios,alucinações, ideias de conteúdo bizarro, catatonia) caracterizam a depressão psicótica.Sintomas psicóticos podem ocorrer em quadros graves depressão unipolar ou bipolar,sendo geralmente um especificador de gravidade para quadros depressivos dequaisquer naturezas.

Depressão Ansiosa

Episódio depressivo associado a importantes sintomas ansiosos,como angústia intensa, antecipação, insônia inicial, inquietação, tremores, taquicardia,sudorese, dificuldade ou impossibilidade de relaxar. Sintomas ansiosos são comuns emassociação com sintomas de humor deprimido e devem ser levados em conta porquealteram a evolução e a resposta ao tratamento.

Depressão Secundária ou Orgânica

Episódios depressivos podem ocorrer comoconsequência de doenças clínicas e quadros orgânicos. Anemias ou carênciasnutricionais crônicas, disfunções hormonais (hipotireoidismo, disfunções de hormôniossexuais, por exemplo), infecções ou outras lesões do SNC,são condições clínicas frequentemente associadas a quadros depressivos.

Esses diferentes tipos de síndromes depressivas não configuram necessariamentediagnósticos médicos separados de transtornos depressivos. Para tais diagnósticos,frequentemente se utilizam critérios de manuais diagnósticos clássicos, como o DSM (da Associação Americana de Psiquiatria, atualmente na 5ª edição, o DSM-V), e a ClassificaçãoInternacional das Doenças (CID). Esses manuais são úteis na categorização mais precisa dostranstornos depressivos, na pesquisa e na prática clínica. No Brasil, é frequente que utilizemos códigos da CID-10 para fins institucionais, periciais, jurídicos, etc., razão pela qual vemoscom frequência esses códigos em documentos, laudos, atestados, relatórios. Os transtornos depressivos são referidos com códigos como *F32.0* ou semelhantes, pela CID-10. Tanto a CID quanto o DSM utilizam-se de critérios semelhantes para o diagnóstico das síndromesdepressivas. Esses critérios compõem o quadro clínico dos transtornos depressivos, tais como:

- Humor deprimido ou irritável na maior parte do tempo
- Sentimentos de tristeza persistente ou crises de choro fácil
- Diminuição do interesse e do prazer por atividades habitualmente interessantes ou prazerosas
- Perda ou ganho considerável de peso devido a alterações do apetite em um curto período de tempo
- Insônia ou sonolência excessiva na maior parte do tempo
- Fadiga ou grande perda de energia em grande parte do tempo
- Sentimentos de culpa injustificados ou menos-valia (baixa autoestima, inferioridade)
- Diminuição da atenção e capacidade de raciocínio ou tomada de decisões
- Pensamentos recorrentes de conteúdo mórbido (morte, ideação ou planos suicidas, podendo evoluir a tentativas de suicídio).

Esses sintomas devem vir ocorrendo por um período de no mínimo duas semanas, causarsofrimento muito significativo ou prejuízo funcional, das relações afetivas, sociais oulaborativas. Deve-se descartar efeitos diretos de SPA (medicações, drogasde abuso) e outros diagnósticos clínicos ou psiquiátricos que expliquem de forma maisadequada o quadro. Alguns episódios depressivos têm características específicas que osdiferenciam uns dos outros, como a depressão pós-parto, que ocorre dentro das quatro primeirassemanas de puerpério e tende a ter uma evolução grave, inclusive com sintomas psicóticos. Ouse sintomas depressivos mais leves ocorrem cronicamente num curso flutuante, tem-se achamada “Distimia”. Alguns pacientes podem apresentar uma evolução instável emagudizações e remissões, chamada “depressão recorrente”.

O diagnóstico de um episódio depressivo deve sempre vir a partir da observação clínicae da escuta do paciente em atendimento. Ao suspeitar de um quadro de rebaixamentopatológico do humor, devem-se afastar ou confirmar outras condições clínicas. Por isso, éfrequente que alguns exames complementares sejam solicitados, como hemograma, hormônios tireoidianos, exames metabólicos (glicose, colesterol, triglicerídeos), provas defunção renal, enzimas hepáticas, vitaminas, entre outros. Quadros muito atípicos ou queocorrem em extremos de idade (crianças e idosos) requerem investigações mais detalhadas,logo até mesmo exames de imagem ou avaliações neurológicas podem ser solicitados.

Exames também podem ser necessários ao longo do tratamento, a fim de acompanhar aevolução clínica e o uso de medicações.

A Atenção Básica é estratégica na identificação e no acolhimento de pessoas com síndromes depressivas, bem como na prevenção de seu agravamento. Especial atenção deve ser destinada a pacientes com histórico de depressão, doença que causa debilidade ou limitação importante (diabetes, artrite, doença cardíaca) ou outras doenças mentais (demência, Parkinson, AVC) e ainda as puérperas (FLORIANÓPOLIS, 2010). Alguns casos poderão ser manejados nesse ponto de atenção, outros demandarão acompanhamento especializado e sistemático das equipes de saúde mental. Recomenda-se a avaliação conjunta com equipe de referência em saúde mental para avaliação do quadro e da conduta terapêutica, incluindo a medicamentosa.

6.3.3 SITUAÇÕES COMUNS EM SÍNDROMES DEPRESSIVAS

Normalmente o indivíduo deprimido é capaz de diferenciar com clareza o humorcaracterístico do episódio depressivo de sentimentos corriqueiros de tristeza ou frustração. Descrevem-no como algo esquisito, difícil de ser explicado, um “vazio”, “aperto”, “perda desentido”, etc. Crises de choro, mutismo ou irritabilidade são muito comuns durante umacolhimento.

A apresentação dos indivíduos deprimidos é diversa: alguns mostram-se inquietos eangustiados, muitos estarão mais calados, com fala lenta, em baixo volume ou lamuriosa.Podem por vezes ter preferências por roupas escuras, ou mesmo apresentarem-se comaparência descuidada.

Com frequência, também vemos familiares ou acompanhantes queixando-se docomportamento do indivíduo deprimido. Referem-no isolado, hostil e impaciente, recusandosugestões de atividades ou alimentação. Conflitos familiares podem piorar a sensação dedesamparo, isolamento e solidão.

Pensamentos com conteúdos de morte são comuns na maioria dos casos, mesmoaqueles em que não há ideação ou plano suicida. Os pacientes podem relatar que pensam namorte como um alívio, e sentem-se culpados ou constrangidos por tais sentimentos.

Quase todos os pacientes vão queixar-se de uma importante redução na energia evontade para suas atividades corriqueiras, queda no rendimento laboral ou acadêmico.Diferentes graus de insônia também são muito comuns, desde a dificuldade em iniciar osono, quanto os despertares frequentes durante a noite com dificuldade em voltar a dormir.

Queixas ansiosas se associam comumente, e frases como “*às vezes tenho certeza que voumorrer ou enlouquecer*” são habituais.

O acolhimento deve ser o máximo possível dissociado de julgamentos de qualquernatureza (moral, religiosa, sexual, etc.), além de evitar sugestões fáceis para lidar com osproblemas, como "*você deve ver a vida com bons olhos*", "*você deveria se levantar e ir fazeralgo para se sentir útil*", já que é muito frequente que abordagens desse tipo não sejamterapêuticas e afastem os indivíduos de oportunidades de tratamento.

6.3.4 TRATAMENTO

A primeira regra básica para o manejo de uma síndrome depressiva é o acolhimento.Quando sofrem de depressão, as pessoas costumam ter opiniões infundadas e depreciativassobre si, sua vida e seu futuro. O profissional não deve deslegitimar ou julgar os sentimentosvivenciados pela pessoa, mas oferecer-lhe um espaço de escuta e acolhida para que ela possaexpô-los com segurança e privacidade, buscando incentivá-la a dizer qual o seu entendimentosobre a causa dos seus sintomas. Deve-se investigar a existência de qualquer situação demaus tratos e/ou violência, inclusive negligência, ativando os recursos de proteção necessários(familiares, comunitários, sociais e legais). Investigar também a existência de estressoresatuais e, na medida do possível, cuidar das questões sociais com a ajuda de serviços/recursosda comunidade. O profissional deve também identificar a rede de suporte da pessoa eenvolver,com a concordância do paciente, os membros da família que o apóiam.

Todas as opções e decisões terapêuticas devem ser compartilhadas entre profissionaise paciente (ver item 4.9). O profissional deve utilizar-se de linguagem clara e acessível e fornecerinformações sobre a natureza o curso e o tratamento da doença, incluindo esclarecimentossobre o uso correto e possíveis efeitos colaterais das medicações, inclusive para os familiares, esclarecendo que existem tratamentos eficazes para a depressão, mas que tendem a duraralgumas semanas até que os sintomas comecem a ceder. Esse passo é extremamenteimportante, visto que as primeiras semanas de tratamento são um período de grandeinstabilidade e possibilidade de perda de adesão (não só o paciente ainda não se sente melhor,mas também ocorrem efeitos colaterais desagradáveis ou até assustadores caso o indivíduonão esteja bem informado sobre eles). Se o paciente não aderir a todas as propostasterapêuticas pactuadas, recomenda-se identificar e abordar as razões da baixa adesão, quepodem ser, por exemplo, efeitos colaterais das medicações, custos, crenças pessoais ereligiosas sobre a doença e o tratamento.

Deve-se estimular a participação em grupos e, quando possível e com o cuidado denão ser invasivo e/ou impositivo, estimular a participação em atividades sociais e comunitárias.Pode-se identificar e aproveitar as habilidades e os pontos fortes da pessoa e ativamenteencorajá-la a retomar suas atividades sociais anteriores. É importante estimular o indivíduo anão interromper atividades que antes eram interessantes ou que davam prazer, na medida dopossível; tentar manter um ritmo de sono regular (ir para a cama no mesmo horário, tentardormir o mesmo número de horas, evitar dormir demais); realizar regularmente atividadesfísicas de frequência e intensidade graduais.(OMS, 2010)

Para episódios depressivos considerados leves, não é mandatório o uso deantidepressivos de início, pois alguns casos têm remissão dos sintomas com abordagensterapêuticas não farmacológicas. Esses pacientes devem ser monitorados e, se não houvermelhora, a conduta deve ser (re)discutida com a equipe de referência. Pessoas com ideação,comportamento e/ou histórico de tentativa de suicídio devem ser monitoradas com maiorfrequência (mínimo uma vez por semana) e deve-se assegurar que tenham acesso a umaquantidade limitada do medicamento devido ao risco de ingesta de sobredoses com motivação suicida (OMS, 2010).

A automedicação deve ser sempre desencorajada, visto que é muito comum,principalmente com uso de benzodiazepínicos (clonazepam ou “rivotril”, diazepam, alprazolam,bromazepam, etc). Essas medicações têm um grande potencial de causar dependência física epsíquica, pioram sintomas cognitivos, causam abstinência que acaba por piorar sintomasansiosos e insônia. Com efeito, a dependência de benzodiazepínicos é a principal comorbidadehoje enfrentada por pessoas que sofrem de transtornos depressivos, além de ser uma das maisimportantes questões de saúde pública que vivemos atualmente.

Especialmente em pessoas com depressão grave, uma melhora inicial (com reduçãodos sintomas vegetativos e aumento do nível de energia), dissociada de melhora do afeto,pode permitir a execução de planos suicidas e isto deve ser antecipado e discutido previamentecom familiares. Considerar a necessidade de supervisão constante por familiares e/ou amigos,ou mesmo o acolhimento em CAPS III, se houver, ou a hospitalização.

Tratamento farmacológico combinado às psicoterapias, atividades físicas e de grupo,socialização e reintegração familiar são necessários na maioria dos casos.

Há diferentesclasses de medicações antidepressivas, com ações terapêuticas, efeitos colaterais e métodosde uso diferentes. Hoje, o SUS padroniza e disponibiliza duas classes principais deantidepressivos conhecidos: os tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, clomipramina, etc) e osInibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina - ISRS (Fluoxetina, Citalopram, Sertralina,etc.), além de mediações que funcionam como coadjuvantes no tratamento farmacológico, comos benzodiazepínicos (clonazepam, diazepam, alprazolam, etc.), antipsicóticos (haloperidol,clorpromazina, levomepromazina, risperidona, olanzapina, ziprasidona) e estabilizadores dohumor/anticonvulsivantes (carbonato de lítio, ácido valproico, carbamazepina).

Em se tratando de mulher em idade fértil, deve-se perguntar sobre gravidez atual (confirmada ou suspeita), data da última menstruação (se estiver grávida), possível amamentação. Se a mulher estiver grávida ou amamentando, tentar evitar, o máximo possível, o uso de antidepressivos. Caso necessário, utilizá-los na menor dose possível e evitar os medicamentos de longa ação (como a fluoxetina) se a mulher estiver amamentando. (OMS, 2010)

Todos os tratamentos antidepressivos farmacológicos podem levar até 3 semanas parainiciar seusefeitos terapêuticos, podendo causar uma série de efeitos colaterais nessasprimeirassemanas, tais como cefaleia, boca seca, constipação intestinal, alterações do sono(sonhos vívidos, despertares frequentes), sonolência diurna, vertigem, náusea, alterações doapetite (diminuição ou aumento), ganho ponderal. Disfunção sexual (redução na libido, tempomais prolongado ou mesmo dificuldade para atingir o orgasmo) é um efeito muito comum durante o tratamento.

Os pacientes sempre devem ser informados quanto à possibilidade detais efeitos e sobre o caráter temporário deles, visto que a maioria tende a desaparecer após asprimeiras semanas de uso regular das medicações.

Tratamentos farmacológicos nunca devem ser encarados como objetivo final dotratamento, sempre devendo ser combinados com ações multidisciplinares que visem àreconstrução do que foi fragilizado durante o episódio depressivo, possibilitando, assim, adiminuição do risco de recorrência de sintomas após o fim do ciclo de tomada das medicações,que pode durar de alguns meses a vários anos, dependendo da resposta individual de cadasujeito. As expectativas em relação à medicação devem ser alinhadas ao objetivo do projeto terapêutico, e a possibilidade de associação de diferentes medicações ou trocas de classe deantidepressivos durante o tratamento devem ser esclarecidas desde o início. É comum que ospacientes sintam medo de usar medicações das quais podem se tornar “dependentes”, outemam que os remédios possam alterar sua personalidade, crença que é muito difundida nosenso comum, porém não corresponde à realidade de um tratamento bem conduzido.

Hospitalização

A decisão pela internação hospitalar deve ser tomada diante de casos críticos. Aocorrência de rebaixamento grave do humor que evolui para desnutrição, incapacidade de geriros autocuidados básicos na ausência de uma rede de apoio próxima, evolução a sintomaspsicóticos disruptivos ou risco elevado de suicídio são indicações de dar início ao tratamentoem ambiente protegido e supervisionado. **A internação ocorrerá buscando uma estabilizaçãoinicial e a criação de condições para prosseguir com o tratamento em nível territorial e na Atenção Básica, devendo ocorrer a alta tão logo possível o encaminhamento ao tratamentoextra-hospitalar. O envolvimento, durante a internação, de familiares e demais pessoas quecompõem a rede de apoio do paciente é fundamental para dar consistência ao plano de alta eseguimento do tratamento ambulatorialmente**.

6.3.5 CONCLUSÃO

Fala-se, hoje, em “doença (ou *mal*) do século” devido às altas prevalências de casos dedepressão na sociedade, mas na verdade as síndromes depressivas acompanham a evoluçãohumana desde tempos históricos. Trata-se de um acometimento grave em saúde mental,levando a grandes prejuízos pessoais devido à perda da qualidade de vida, deterioração delaços afetivos e sociais, perda de desempenho acadêmico e laboral, risco de tentativas ou êxitosuicida. Ainda existe muito estigma social que afasta muitas pessoas da busca por ajuda,agravando ainda mais o panorama atual.

A preservaçãoda vida é o principal objetivo de toda assistência em saúde, e possibilitar que avida siga sem opeso de impedimentos emocionais evitáveis é um dos grandes e belos objetivos de umaadequada abordagem em saúde mental.

SAIBA MAIS

Acesse “Depressão: O que você precisa saber”**, OPAS/OMS Brasil**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5372:depressao-o-que-voce-precisa-saber&Itemid=822

Folha Informativa – Depressão, **OPAS/OMS** Brasil.Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-

Na atual edição do DSM-V (2014), os transtornos psicóticos são definidos por síndromes clínicas, e não por doenças, e são diferenciados uns dos outros por sua duração, pelo perfil do sintoma, pela relação entre os sintomas psicóticos e os episódios de humor alterado (se os sintomas psicóticos ocorrem durante ou bem depois de uma alteração de humor), ou como sintomas de outras doenças que afetam o cérebro da pessoa examinada.É importante deixar claro que “sintoma psicótico” se refere a uma manifestação de disfunção cognitiva ou de percepção, principalmente delírios e alucinações, enquanto “transtornos psicóticos” se referem a uma condição na qual os sintomas psicóticos preenchem os critérios diagnósticos específicos para uma doença (LIEBERMAN; FIRST, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2010; SADOCK; SADOCK, 2007).

A característica principal das síndromes psicóticas é a presença de delírios, alucinações, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro, como falas e risos imotivados. (JANZARIK, 2003 apud DALGALARRONDO, 2008, p. 327) Não são raros sintomas paranóides, como ideias delirantes e alucinações auditivas de conteúdo persecutório e, em alguns casos, observa-se uma desorganização profunda da vida mental e do comportamento, de qualidade diversa à que ocorre nos quadros demenciais, no *delirium* (ver item 6.1) ou nos quadros de retardo mental grave (DALGALARRONDO, 2008, p. 327).

O delírio é uma crença falsa, estranha, absurda, em que a convicção se apresenta inabalável e irremovível, não respondendo a argumentações racionais e lógicas. Já a alucinação é uma percepção sensorial falsa. As alucinações podem se manifestar através de qualquer um dos cinco sentidos, porém as mais frequentes são as auditivas e as visuais. (LIEBERMAN; FIRST, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2010; SADOCK; SADOCK, 2007) As alucinações auditivas podem ser identificadas como aquelas vozes que comentam e/ou comandam as ações do paciente.

A síndrome psicótica, comumente conhecida por psicose, pode ser dividida em três grandes grupos: psicoses idiopáticas (por exemplo, as grandes síndromes psiquiátricas), **psicoses devido a condições médicas diversas** (por exemplo, na vigência de demências, de doenças autoimunes como o LES, secundárias a TCE, a alterações metabólicas - como no diabetes - ou hormonais - como nas doenças endócrinas), **e em psicoses tóxicas** (devido ao uso abusivo de substâncias, efeitos colaterais de medicações prescritas, outras intoxicações, entre outros) (LIEBERMAN; FIRST, 2018). A esquizofrenia é o transtorno psicótico mais comum (SADOCK; SADOCK, 2007).

No estado psicótico, a pessoa é incapaz de distinguir os estímulos externos dos internos (FLORIANÓPOLIS, 2010). A pessoa que passa por um episódio psicótico vivencia a perda do controle sobre si mesmo, a invasão do mundo sobre seu ser íntimo (DALGALARRONDO, 2008, p. 328), o que muitas vezes é acompanhado de muita angústia.

6.4.1 PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO

A idade do aparecimento dos primeiros sintomas psicóticos e sua evolução temporal variam de acordo com a doença de base. **As psicoses secundárias às doenças psiquiátricas, como a esquizofrenia, costumam surgir no final da adolescência e na fase adulta, enquanto os quadros psicóticos surgidos na maturidade se devem, na maioria das vezes, a doenças médicas gerais.**

O primeiro episódio psicótico (PEP) é sempre umdesafio para os profissionais de saúde e algo muito traumático para os pacientese seus familiares; todavia, sua importância é cada vez mais crescente. (GOUVEA et al., 2014; HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; MOCHCOVITCH, 2015) Define-se o PEP como sendo um quadro de alterações agudas, sempre com a presença de sintomas psicóticos, sem manifestações prévias e sem remissão do quadro desde o início dos sintomas, por um período de pelo menos uma semana, com a presença de delírios, alucinações, desorganização do pensamento, alterações significativas da psicomotricidade, além de prejuízo de funcionamento. (GOUVEA et al., 2014; HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; MOCHCOVITCH, 2015) A pessoa também pode apresentar apatia, avolição e embotamento afetivo (sintomas negativos) ou sintomas maníacos, ansiosos e depressivos.

A intervenção precoce na psicose objetiva a identificação precoce e o manejo dos casos de pessoas com risco de psicose (aquelas que apresentam sintomas subclínicos, também conhecidos como pródromos), a abordagem correta do PEP e o manejo do período de recuperação inicial, conhecido como período crítico. Os modelos de intervenção precoce visam causar um impacto positivo no prognóstico e, para tal, são voltados para o paciente e para sua família (FLORIANÓPOLIS, 2010; GOUVEA et al., 2014, MOCHCOVITCH, 2012; HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; PONZODA, 2018).

Como os sintomas que compõem o PEP podem estar presentes em muitas situações clínicas, diversas hipóteses diagnósticas devem ser levantadas para justificar o quadro psicótico agudo apresentado. Entre as principais hipóteses diagnósticas para um PEP, estão doenças psiquiátricas diversas, como os transtornos psicóticos (transtornos delirantes diversos, esquizofrenia, etc), transtornos do humor (como os quadros maníacos do Transtorno Afetivo Bipolar – TAB, depressões graves com sintomas psicóticos, entre outros), doenças neurológicas, traumáticas e neurodegenerativas (epilepsias, acidentes vasculares cerebrais, demências, sequelas tardias de traumas de crânio, entre outros), uso de SPA (complicações agudas ou crônicas) e, principalmente, condições médicas gerais que, muitas vezes, estão entre as causas reversíveis de sintomas psicóticos.

É preciso termos pressa em cuidar, diagnosticar e tratar precocemente uma síndrome psicótica; todavia, não devemos ter pressa de rotular o paciente com diagnósticos psiquiátricos precipitados. Portanto, o manejo de tais pacientes, com a avaliação de risco e dos diagnósticos diferenciais é de suma importância para um bom desfecho. Sintomas clássicos das psicoses, como delírios, alucinações, desintegração dos processos do pensamento, afeto embotado ou exaltado, perda do juízo de realidade, entre outros, também podem estar presentes, como ressaltado acima, em diversas outras patologias. (FLORIANÓPOLIS, 2010; MARINI, 2018)

Ao observarmos o comportamento e a aparência do paciente já estamos dando início ao processo de avaliação do mesmo. O ideal é que o paciente seja atendido antes de sua família, a fim de se dar início à formação de um vínculo que veremos ser muito importante. Como o atendimento deve ser feito sempre em equipe, enquanto um profissional atende ao paciente, outros membros da equipe dão início aos contatos com a família ou acompanhantes, no primeiro atendimento, para uma abordagem simultânea e rápida. O local do atendimento idealmente deve ser tranquilo, individualizado e silencioso. Lugares agitados podem provocar superestimulação ao paciente, provocando agitação e agravamento do quadro, bem como piora da agressividade, se houver (GOUVEA et al., 2014; MOCHCOVITCH et al., 2012; STUMPF, BARBOSA, ROCHA, 2014; PONZODA, 2018). Caso o paciente esteja agitado, ver o item 7.7, p. 203, sobre agitação psicomotora.

6.4.1.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS PSICOSES

Como já exposto acima, os sintomas psicóticos podem estar presentes em transtornos psiquiátricos, nas intoxicações por substâncias e em doenças clínicas e neurológicas.

Faz-se necessário ressaltar que, diante de uma síndrome psicótica, o diagnóstico é eminentemente clínico, baseado na história clínica e no comportamento apresentado, em queixas e relatos subjetivos e, obrigatoriamente, no exame do estado mental, uma vez que ainda não foram detectados marcadores específicos ou achados de imagem que possam ser considerados próprios e característicos desse quadro (LIEBERMAN, FIRST, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2010; MOCHCOVITCH , 2015).

Dessa forma, para que possamos afastar ou detectar causas orgânicas potencialmente reversíveis, é indispensável que a pessoa avaliada seja submetida a uma avaliação integral em saúde mental (ver item 4.11), além de alguns exames, como discutido a seguir:

a) Exames Laboratoriais

A solicitação de exames complementares deverá ser guiada pela história clínica e de acordo com as queixas somáticas dos pacientes ou da própria observação da equipe de saúde, sendo que após a análise dos resultados dos primeiros exames solicitados, novos exames podem ser necessários. Entretanto, na admissão de um paciente potencialmente grave, é imprescindível a solicitação de alguns exames básicos iniciais, tais como glicemia, hemograma completo, dosagem de eletrólitos, exames das funções hepática e renal, sorologias (hepatites, HIV e sífilis), urina (elementos anormais e sedimentos – EAS), teste de gravidez, para mulheres em idade fértil, perfil tireoidiano e exames toxicológicos na urina, se estiverem disponíveis. Se houver suspeita de infecções solicitamos VHS e, eventualmente, se houver alterações no exame físico, exame de liquor cefalorraquidiano, FAN, em caso de suspeita de doenças reumatológicas e dosagens de Vitamina B12, quando houver anemia perniciosa ou em pacientes bariátricos (LIEBERMAN, FIRST, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2010; GOUVEA et al., 2014; MOCHCOVITCH et al., 2012; HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; MOCHCOVITCH, 2015).

Em casos em que suspeitamos de *delirium*, exames complementares relativamente simples (hemograma, glicemia, eletrólitos, bioquímica e raio X de tórax) são indispensáveis e devem ser feitos em caráter de emergência, em função da extrema gravidade representada por essa condição. Reforçamos que não há marcadores biológicos disponíveis para o diagnóstico em psiquiatria, atualmente (LIEBERMAN, FIRST, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2010; GOUVEA et al., 2014; MOCHCOVITCH et al., 2012; HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; MOCHCOVITCH, 2015).

b) Exames de imagem

Os exames de neuroimagem são recomendados para a exclusão de causas orgânicas e devem ser limitados nos casos de PEP onde há (a) sintomas e sinais neurológicos, (b) apresentação psicótica atípica, (c) sintomas sugestivos de *delirium* e (d) PEP em pacientes com mais de 50 anos (LIEBERMAN, FIRST, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2010; GOUVEA et al., 2014; MOCHCOVITCH et al., 2012; HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; MOCHCOVITCH, 2015).

c) Eletroencefalograma

Diante de um caso de PEP, eletroencefalografia deve ser realizada nas seguintes situações: antecedente pessoal de crises convulsivas, estreitamento do campo de consciência (possível evento ictal), antecedente de traumatismo cranioencefálico grave e suspeita de narcolepsia (alucinações durante as transições do ciclo sono-vigília) (LIEBERMAN, FIRST, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2010; GOUVEA et al., 2014; MOCHCOVITCH et al., 2012; HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; MOCHCOVITCH, 2015).

Quadro 8: Exames e procedimentos necessários ao diagnóstico diferencial

Em resumo, embora o diagnóstico de uma psicose seja clínico, alguns exames e procedimentos são necessários para excluir possíveis causas orgânicas, sendo eles:

1. Anamnese
2. Exame físico, incluindo exame neurológico
3. Exame do estado mental
4. Exames laboratoriais: hemograma, ureia, creatinina, dosagem de eletrólitos, glicemia, exames de função hepática, TSH, T4 livre, VDRL, anti-HIV, beta-HCG, urina rotina, pesquisa de drogas na urina
5. Eletrocardiograma (ECG) (pacientes com mais de 50 anos, agitados, com fácies de angústia e dor)
6. Eletroencefalograma (EEG) (alguns casos de epilepsias)
7. TC de crânio (suspeitas de traumatismos de crânio recentes ou antigos)
8. Revisão de prontuários (procedimento ideal).

A seguir, será feita uma breve explanação sobre cada um desses diagnósticos diferenciais a serem feitos:

Transtorno psicótico devido a outra condição médica

Condições médicas gerais que podem cursar com psicose, de acordo com Lieberman, First, 2018; Florianópolis, 2010; Gouvea et al., 2014; Mochcovitch et al., 2012; Hallak, Nunes, Chaves, 2013; Mochcovitch, 2015:

a. Doenças endócrinas (hiper e hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, Doença de Cushing, insulinoma, feocromocitoma, porfiria aguda intermitente, etc);

b. Alterações metabólicas (uremia, desbalanço pós hemodiálise, hiponatremia, etc),

c. Pós-operatório de grandes cirurgias ortopédicas e cirurgias cardíacas;

d. Deficiências de vitaminas, como de B12, folato, niacina, tiamina;

e. Hipóxia cerebral;

f. Doenças infecciosas (influenza, HIV, neurossífilis, malária, toxoplasmose, neurocisticercose, etc);

g. Doenças neurológicas (acidentes vasculares encefálicos, traumatismos cerebrais, epilepsias, tumores cerebrais, doenças desmielinizantes);

h. Doenças autoimunes, como o LES;

i. Algumas doenças genéticas;

j. Síndromes paraneoplásicas;

k. Medicamentos (entre eles, os mais citados são cimetidina, levodopa, dissulfiram, benzodiazepínicos, anti-inflamatórios não hormonais, tiroxina, corticoides, anfetaminas, Opioides, Bupropiona, Buspirona, ácido fólico, antidepressivos tricíclicos, betabloqueadores, digitais, isoniazida, anti-convulsivantes, metildopa, antineoplásicos, abuso de drogas e de medicamentos).

l. Delirium / Intoxicação exógena.

Transtorno psicótico breve

Cursa com o aparecimento súbito de pelo menos um dos seguintes sintomas psicóticos positivos: delírios, alucinações, discurso desorganizado ou comportamento psicomotor anormal (agitação ou mesmo catatonia). Ocorre mudança de um estado não psicótico para um estado claramente psicótico em menos de duas semanas, em geral, sem pródromos. Geralmente a pessoa recupera o estado não psicótico (pré-mórbido) em menos de um mês. Nesse transtorno, não há sinais e ou sintomas de doença depressiva ou bipolar com características psicóticas, nem de transtorno esquizoafeivo ou esquizofrenia. Para o diagnóstico de transtorno psicótico breve, há que se afastar causas orgânicas, pois o mesmo também não está relacionado a elas. Os diagnósticos diferenciais devem ser feitos com outras condições médicas, transtornos relacionados ao uso de substâncias, depressão com sintomas psicóticos, transtorno depressivo bipolar, outros transtornos psicóticos, transtornos factícios ou simulação e transtornos de personalidade (DSM-V, 2014).

Transtorno delirante

A característica essencial do transtorno, segundo o DSM-V, é a presença de um ou mais delírios que persistem por pelo menos um mês. O diagnóstico diferencial deve ser feito com transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, *delirium*, transtorno neurocognitivo maior, transtorno psicótico devido a outra condição médica e transtorno psicótico induzido por substância/medicamento, esquizofrenia e transtorno esquizofreniforme, transtornos depressivo e bipolar e transtorno esquizoafetivo (DSM-V, 2014). Os delírios não podem ser atribuídos aos efeitos fisiológicos de uma substância, ou a outra condição médica. O transtorno delirante pode se manifestar em subtipos: erotomaníaco, grandioso, ciumento, persecutório, somático, misto e do tipo não especificado (DSM-V, 2014).

Transtorno esquizofreniforme

Os sintomas do transtorno esquizofreniforme são idênticos aos da esquizofrenia, porém o transtorno esquizofreniforme se distingue por sua diferença na duração: a duração total da doença, incluindo as fases prodrômica, ativa e residual, é de pelo menos um mês, mas inferior a seis meses. O diagnóstico de transtorno esquizofreniforme é feito em duas condições: quando um episódio da doença dura entre 1 e 6 meses e quando uma pessoa está sintomática por menos de seis meses, tempo necessário para o diagnóstico de esquizofrenia, mas ainda não se recuperou (DSM-V, 2014). O diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com outros transtornos mentais e condições médicas (DSM-V, 2014).

Esquizofrenia

A esquizofrenia, de acordo com a CID-10, se caracteriza pela alteração das funções mais básicas que dão à pessoa senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo. Os sintomas característicos envolvem diversas disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais. Para atingir os critérios diagnósticos, é preciso que haja dois ou mais dos itens a seguir, cada um presente durante pelo menos um mês: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos (embotamento afetivo ou avolia).

O diagnóstico diferencial deve ser feito com asseguintes patologias: transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas ou catatônicas, transtorno esquizoafetivo, transtorno esquizofreniforme e transtorno psicótico breve, transtorno delirante, transtorno de personalidade esquizotípica, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal, transtorno do estresse pós-traumático, transtorno do espectro autista ou transtornos de comunicação e outros transtornos mentais associados com um episódio psicótico (DSM-V, 2014).

Transtorno esquizoafetivo

O diagnóstico de transtorno esquizoafetivo baseia-se em uma avaliação de um período ininterrupto da doença durante o qual o indivíduo continua a exibir sintomas ativos ou residuais da doença psicótica. O transtorno esquizoafetivo está relacionado a disfunção profissional e social e o diagnóstico diferencial deve ser feito com outros transtornos mentais e condições médicas, transtorno psicótico devido a outra condição médica, esquizofrenia e com transtorno depressivo e bipolar (DSM-V, 2014).

Transtorno psicótico induzido ou substância/medicamento

Como critério diagnóstico, o DSM-V preconiza a presença de delírios ou alucinações, presença na história, exame físico ou achados laboratoriais de uso de substâncias ou medicamentos suspeitos, bem como a possibilidade de que a substância ou medicamento envolvido seja capaz de produzir o delírio ou da alucinação apresentados. As características essenciais do transtorno psicótico induzido por substâncias ou medicamento são delírios e/ou alucinações proeminentes. Nos casos de drogas de abuso, precisa haver evidências da história, do exame físico ou achados laboratoriais de uso de substâncias, intoxicação ou abstinência. O DSM-V (2014) apontou que entre 7 e 25% das pessoas que apresentam um PEP têm transtorno psicótico induzido por substâncias/medicamentos. O diagnóstico diferencial precisa ser feito com intoxicação por substância ou abstinência de substância, com transtorno psicótico primário e com transtorno psicótico devido a outra condição médica (DSM-V, 2014).

O quadro clínico da psicose induzida por álcool, em geral, cursa com alucinações auditivas, geralmente de cunho depreciativo (LIEBERMAN, FIRST, 2018; DSM-V, 2014; MOCHCOVITCH, 2015). Na prática clínica, pode ser difícil diferenciar o episódio psicótico induzido por uso de drogas da abertura de um PEP, em casos de esquizofrenia ou transtorno de humor bipolar. Além disso, é muito frequente a comorbidade entre esses dois transtornos. (LIEBERMAN, FIRST, 2018; DSM-V, 2014; MOCHCOVITCH, 2015)

A prevalência de abuso de substâncias nos pacientes apresentando PEP é elevada e vem crescendo cada vez mais ao longo dos últimos anos. É comum o uso de múltiplas drogas (poliusuário), com predomínio de homens sobre mulheres e as drogas de abuso mais frequentes são o álcool e a *cannabis* (maconha). O quadro clínico apresentado durante o PEP desencadeado pelo uso de *cannabis* pode se dar com mais sintomas positivos (presença de delírios e alucinações intensos) do que em pacientes com transtornos psicóticos primários, como esquizofrenia, além de mais sintomas depressivos e menor idade de início. O uso abusivo de estimulantes como metanfetamina e cocaína também pode provocar sintomas psicóticos, mesmo que de forma transitória (LIEBERMAN, FIRST, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2010; MOCHCOVITCH et al., 2012; HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; MARINI et al., 2018).

6.4.2 ABORDAGEM PSICOSSOCIAL

É essencial engajar o paciente e a família, desde o início, numa relação de trabalho colaborativo, de confiança e de cuidado (FLORIANÓPOLIS, 2010; GOUVEA et al., 2014; MOCHCOVITCH et al., 2012; HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; MARINI et al., 2018). As intervenções psicossociais são medidas que visam diminuir a vulnerabilidade do paciente a situações estressantes e reforçar sua adaptação e funcionamento social. Essas intervenções podem, portanto, trazer benefícios adicionais em áreas como prevenção de recaídas, aquisição de habilidades sociais e melhor funcionamento social e ocupacional. Embora fundamental, apenas o tratamento farmacológico na abordagem do paciente psicótico não é suficiente.

Mesmo no PEP, e principalmente nele, é importante estabelecer as bases de uma relação terapêutica que favoreça a aderência e a participação no tratamento por parte do paciente e da família. A acessibilidade e a disponibilidade de realizar algumas visitas iniciais no domicílio favorecem esse objetivo, bem como também permite realizar uma avaliação de suas possibilidades e recursos para abordar a crise. Para tanto, cabe à equipe multiprofissional proporcionar um apoio elevado e toda a informação necessária desde o início, obter informação sobre a situação social do paciente e da família, apoios com os quais possam contar e avaliar as principais necessidades, intervir em situações de urgência social, manter a aderência ao tratamento e assegurar uma atenção rápida em caso de recaída ou situação de crise, além de planejar a reincorporação à suas atividades anteriores o quanto antes possível (FLORIANÓPOLIS, 2010; GOUVEA et al., 2014; MOCHCOVITCH et al., 2012; HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; MARINI et al., 2018).

Uma avaliação rápida e imediata da família é fundamental, inclusive para identificar em cada família, ou fora desta, uma pessoa chave, que possa se encarregar do cuidado do paciente. Também precisam ser identificados os familiares que possam interferir negativamente na evolução do paciente, assim como é necessário identificar familiares que também necessitem de tratamento imediato. **Assim, o trabalho com as famílias é um pilar básico da atenção e do tratamento das psicoses, tanto pelas necessidades e dificuldades que enfrentam como por seu papel chave no processo terapêutico de quem sofre uma síndrome psicótica.** É essencial propiciar um papel ativo da família no processo, considerando-a como um membro da equipe de tratamento, para assim poder diminuir o transtorno que a enfermidade lhe causa e o estigma que ela carrega. Enfim, trata-se de ajudar a família a compreender o impacto da psicose sobre a própria família e a interação entre a família e a evolução da enfermidade.

Na fase aguda do surgimento da psicose, é essencial vincular os familiares ao serviço de saúde e estabelecer uma relação de trabalho colaborativa (GOUVEA et al., 2014). Nesse sentido, as abordagenspsicossociais são intervenções indispensáveis ao restabelecimento do quadro.

Apesar da boa resposta inicial ao tratamento, a maioria dos pacientes apresentará recidiva dos sintomas em até 5 anos após o início da doença; alguns estudos apontam recidiva em até 80% dos casos nesse período (FLORIANÓPOLIS, 2010; GOUVEA et al., 2014; MOCHCOVITCH et al., 2012; HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; MARINI et al., 2018).

Uma vez que se tenha feito o diagnóstico e as avaliações clínicas e psicossociais do paciente, assim como as primeiras condutas terapêuticas, deve-se começar um PTS de tratamento integrado e coordenado das intervenções farmacológicas e psicossociais (psicológicas e reabilitação), para cada paciente, com a participação ativa da família e do próprio paciente.

O apoio matriciale a construção do PTS são determinantes para o cuidar, tanto individualmente quanto coletivamente, uma vez que a singularidade de um grupo também pode ser trabalhada em um PTS.

6.4.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Os medicamentos atualmente disponíveis para o tratamento dos sintomas psicóticos são em geral eficazes no controle de tais sintomas, porém sua eficácia depende de seu perfil de segurança, que varia com a farmacologia da droga e com a natureza da causa subjacente da condição psicotizante. As medicações mais antigas, ou de primeira geração, têm uma propensão para causar efeitos colaterais neurológicos extrapiramidais, enquanto os medicamentos atípicos, ou de segunda geração, são mais propensos a induzir ganho de peso ou distúrbios no metabolismo da glicose e dos lipídios. Uma exceção é a clozapina, que produz poucos efeitos extrapiramidais e tem eficácia terapêutica em pacientes com resposta parcial ou ausência de resposta a outros antipsicóticos. Entretanto, a clozapina pode estar associada com efeitos colaterais sérios, incluindo convulsões, miocardite e agranulocitose e, dessa forma, é indicada apenas para o tratamento de sintomas psicóticos refratários (LIEBERMAN, FIRST, 2018).

A maioria dos pacientes com transtorno psicótico são tratados com medicamentos injetáveis ou orais de curta ação, que requerem administração diária, porém formulações injetáveis e com longa ação (depot) de haloperidol, flufenazina, olanzapina, paliperidona, e aripripazol estão disponíveis e são úteis para facilitar a aderência ao tratamento, embora não haja evidência de maior efetividade clínica. Diversos medicamentos têm sido avaliados como tratamentos adjuvantes às medicações antipsicóticas, porém seus efeitos são pequenos, assim como é limitada a evidência de sua eficácia. O mesmo é verdade para combinações de drogas antipsicóticas convencionais. Quando os sintomas psicóticos se devem a condições médicas, o tratamento deve ser dirigido aos efeitos da doença de base, incluindo febre, infecções, distúrbios hidroeletrolíticos e de cálcio, e doenças endócrinas, antes de se considerar o uso de drogas antipsicóticas. Uma revisão cuidadosa das medicações do paciente, particularmente aquelas com atividade anticolinérgica, vão mostrar as causas de delírios transitórios e de comportamento psicótico, em muitos pacientes (LIEBERMAN; FIRST, 2018).

A intervenção precoce na psicose possui dois elementos que a distinguem do tratamento usual: a identificação precoce e o tratamento específico por fase. A identificação precoce pode ser definida tanto como a identificação de pessoas sob o risco de desenvolver psicose (aqueles com pródromos, porém sem psicose) quanto como a identificação de pessoas que já estão com sintomas psicóticos, mas que não receberam tratamento adequado. O chamado período crítico envolve os cinco primeiros anos após o PEP, pois nesse período, o curso da doença mostra relação direta com o prognóstico a longo prazo. Isso sugere que **o tratamento precoce e bem orientado pode representar uma oportunidade especial de se evitar o desenvolvimento de incapacidades, otimizando o funcionamento adaptado do paciente em longo prazo.** Apesar de geralmente ocorrer uma boa resposta ao antipsicótico, os indivíduos em PEP apresentam altas taxas de recaída, com estimativas de que mais da metade desses pacientes deixa de aderir ao tratamento com menos de um ano. Após o diagnóstico de um PEP, as metas de tratamento devem ser: 1 – manejo adequado da medicação (para garantir uma remissão sustentada e a prevenção de recaída); 2 – uso das intervenções psicossociais já descritas (para que se evite o desenvolvimento de incapacidade e se maximize o funcionamento) (HALLAK, NUNES, CHAVES, 2013; MOCHCOVITCH, 2015).

O risco de suicídio no PEP não pode ser minimizado, uma vez que é elevado e deve ser investigado em todos os pacientes com PEP, assim como nas recaídas dos sintomas psicóticos, nas diversas síndromes psiquiátricas (MOCHCOVITCH et al., 2012). A eficácia dos antipsicóticos na redução da sintomatologia aguda do episódio psicótico já é bem estabelecida, tanto para os antipsicóticos típicos (primeira geração) como para os atípicos (segunda geração), sendo que publicações recentes não têm mostrado diferenças significativas entre eles, exceto pelo perfil de efeitos colaterais (mais efeitos extrapiramidais com os antipsicóticos de primeira geração e mais efeitos metabólicos como diabetes e ganho de peso, com os de segunda geração). Também existe evidência que o uso desses fármacos reduz a recidiva nos primeiros anos após o início da psicose, particularmente quando o diagnóstico é de esquizofrenia, e devem, assim, ser mantidos nessa fase (MOCHCOVITCH, 2015). Com relação à duração do tratamento, apesar de não existir um consenso, as pesquisas apontam para a manutenção da farmacoterapia por no mínimo um ano (considerando que houve remissão completa dos sintomas dentro desse período). Outros falam em manter durante o "período crítico", que seria de 2 a 5 anos após a estabilização do quadro, com avaliação individual de resposta, entre outros fatores, para a determinação da suspensão ou não do fármaco (MOCHCOVITCH, 2015).

É necessária a espera de ao menos, quatro semanas com boa aderência para se considerar um ensaio adequado, podendo ser feitos ajustes de doses em menores intervalos de tempo, quando necessários. As recaídas na esquizofrenia estão associadas a uma pior evolução da doença, com maior resistência ao tratamento, recuperação mais lenta e incompleta e perda de funcionamento global. A falta de adesão é diretamente proporcional à taxa de recaída, sendo ambas frequentes na esquizofrenia. Os objetivos do tratamento de um quadro psicótico agudo, em curto prazo, são controlar os sintomas rapidamente, particularmente a agitação e os sintomas psicóticos, e prevenir o dano ao paciente e a terceiros. A prevenção de dano inclui a redução do risco de suicídio, autoagressão, acidentes e heteroagressividade. Os objetivos subsequentes são estabelecer e consolidar a aliança terapêutica com o paciente e os familiares, assegurar a transição para o tratamento de manutenção e trabalhar a aderência ao tratamento (STUMPF; BARBOSA; ROCHA, 2014).

Na abordagem farmacológica, a dose será a menor possível, dentro da faixa terapêutica. Em geral são pacientes jovens, mais sensíveis aos benefícios e aos efeitos negativos da medicação. Deve-se ir monitorando e ajustando a dose em função da resposta terapêutica, para conseguir uma remissão sintomática com mínimos efeitos secundários. Durante o tratamento farmacológico, deve-se realizar a monitorização do processo terapêutico, a tolerabilidade e a aderência ao tratamento. Entre 50-66% dos pacientes têm uma resposta favorável dos sintomas psicóticos positivos em um espaço de três semanas, com a dose do antipsicótico indicado, não precisando de ajustes em sua medicação (PONZODA, 2016).

Nos casos em que a resposta não é adequada, devem ser levadas em conta as seguintes recomendações: a) Otimizar o tratamento segundo os protocolos; b) Realizar uma avaliação contínua dos efeitos secundários; c) Mudar o tratamento frente a falta de resposta. Se a resposta não é adequada às doses terapêuticas, dentro de 6-8 semanas, deve-se tentar outro antipsicótico de segunda geração; d) Avaliar outras vias de administração. Se não há uma boa aceitação da medicação antipsicótica por via oral, deve-se considerar o uso de antipsicóticos injetáveis, de longa duração; e) Avaliar as causas da falta de resposta ao tratamento. Se há uma baixa aderência, analisar os motivos, otimizar as doses e oferecer ajuda para melhorar o cumprimento. Também devem ser revisadas outras razões de mau cumprimento, como tensões familiares, abuso de substâncias, etc; f) Pode-se considerar trocar para um agente de primeira geração, quando se está usando antipsicóticos de segunda geração e surgem efeitos adversos; g) Em relação à duração do tratamento, seguir as diretrizes internacionais. A maioria considera que se deve manter a medicação antipsicótica por um a dois anos após o primeiro episódio de psicose; h) World Psychiatric Association: Manter o tratamento 12 meses após alcançar a remissão completa; i) International Early Psychosis Association (IEPA): Realizar revisões periódicas durante o período crítico (cinco anos): 1 – Se a remissão clínica acontece em menos de um mês ou os sintomas são pouco graves: Retirada progressiva a partir de 12 meses desde o início; 2 – Se a remissão clínica demora mais de um mês ou os sintomas são graves: Retirada progressiva a partir de 24 meses desde seu início; 3 – Remissão incompleta/aparecimento de recaídas: Tratamento contínuo e indefinido; 4 – Para aqueles pacientes com psicose do tipo esquizofrênico que recaem rapidamente após o primeiro episódio, a medicação de ser mantida por pelo menos cinco anos; 5 – Para outros transtornos psicóticos não esquizofrênicos, até a recuperação sintomática se recomendam períodos mais curtos de medicação, sempre com monitorização e sem supressão rápida da medicação antipsicótica (PONZODA, 2016).

Entretanto, na abordagem inicial de um PEP, na atenção primária ou em um serviço de emergência geral, devemos ter cuidado com o uso muito precoce do antipsicótico, para não mascarar e atrapalhar o esclarecimento diagnóstico.

REFERÊNCIAS

______. **DSM-V**. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais , 5ª edição. Ed. Artmed, 2014. 948p.

BOTEGA, N. J (Org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 3 ed., Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental na Atenção Básica** (Cadernos de Atenção Básica, n. 34), Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CEREJEIRA, J., MUKAETOVA-LADINSKA, E. B., **A Clinical Update on Delirium**: from early recognition to effective management. Nursing Research and Practice, 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**, 2ª edição, Porto Alegre, 2008, 440p.

ELY, E. et al. **Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients.** *JAMA, Vol.* 289, nº 22, 2003, pp. 2983-2991.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção em Saúde Mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. 72p.

FORTALEZA O. V., MIGUEL E. C., Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) **Compêndio de Clínica Psiquiátrica** – 1ª ed. Manole, São Paulo; 2013.

GOUVEA, E. S. et al. **Primeiro Episódio Psicótico**: Atendimento de Emergência. Artigo de Atualização. Revista Debates em Psiquiatria – ABP - Nov/Dez 2014. Disponível em: <www.abp.org.br/rdp>. Acesso em 08 Set. 2018.

HALLAK, J. E. C.; NUNES, E. A.; CHAVES, C. **Primeiro Episódio Psicótico**. Propsiq – Programa de Atualização em Psiquiatria, Org.: ABP, Antonio Egídio Nardi, Antônio Geraldo da Silva, João Luciano de Quevedo, Artmed/Panamericana Editora Ltda, Porto Alegre, Ciclo 2, Volume 4, 2013, pp. 29-54.

LIEBERMAN, J. A.; FIRST, M. B. **The New England Journal of Medicine** 379(3):270-280, July 20th, 2018. Downloaded from nejm.org on September 1th, 2018. Copyright © 2018 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

LÔBO, R. R. et al. **Delirium**. Medicina (Ribeirão Preto) 2010; 43 (3), pp. 249-57. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista>. Acesso em 21 Ago. 2018.

MARINI, A. M. et al. **Impacto da abordagem psicoeducacional em psicoses, em um ambulatório de psiquiatria**. Revista Debates em Psiquiatria Ano 8, nº 1, Rio de Janeiro, 2018.

MOCHCOVITCH, M. D. **Primeiro Episódio Psicótico.** Esquizofrenia / Organizadores, Antonio Egido Nardi, João Quevedo, Antonio Geraldo da Silva – Porto Alegre: Artmed, 2015, 95-115, 260 pp.

_____ et al. **Primeiro Episódio Psicótico (PEP)**: Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial. Projeto Diretrizes. Autoria: Associação Brasileira de Psiquiatria Sociedade Brasileira de Pediatria. Elaboração Final: 31 de março de 2012. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/primeiro_episodio_psicotico.pdf>. Acesso em 07 Set. 2018.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2. 6.

PONZODA, A. O. (Coord.) **Atención a Primeiros Episodios Psicóticos**. Generalitat Valenciana. Oficina Autonómica Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Carmen Montón. Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública. Disponível em: <www.san.gva.es/.../20161026_>. Acesso em 09 Set. 2018.

PRAYCE, R., QUARESMA, F., NETO, I. G. **Delirium**: O 7º Parâmetro Vital? Acta Med Port, 2018, Jan; 31 (1), pp. 51-58.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. (editores), **Kaplan e Sadock – Compêndio de Psiquiatria** – Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica, 9ª Edição, Artmed, Porto Alegre, 2007, Tradução de Claudia Dornes et al., pp 306-318.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V.A . **Kaplan &Sadock synopsis of psychiatry**. 10ª ed. Mood Disorders, 2007. pp. 527-568.

STEFANELLO, S., CAMPOS, P. J. de., Cuidado/Manejo da pessoa em crise em situações específicas. In: ZEFERINO, M. T., RODRIGUES, J., ASSIS, J. T. **O cuidado às pessoas em situação de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial** / Maria Therezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 180p.

STUMPF, B. P.; BARBOSA, I. G., ROCHA, F. L. Abordagem do Paciente Psicótico. In: **Atendimentos às Urgências e Emergências Psiquiátricas no Pronto Socorro** – Uma Abordagem para os Clínicos. Primeira Edição, Atheneu, Rio de Janeiro, 2014. Rocha FL, Coelho OFL, Hara C (Editores), 292 pag, pp. 79-89.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION.**Depression and common mental disorders** – Global health estimates. Geneva: WHO, 2017.

7 TEMAS FUNDAMENTAIS

Os capítulos que ora se apresentam é, na verdade, um conjunto de vários temas. Temas que o Grupo de Trabalho considerou essenciais na construção das Diretrizes Clínicas em Saúde Mental por estarem constantemente atravessando o cotidiano do trabalho das equipes de saúde.

Em momento algum se acreditou que esses temas esgotariam a enorme gama de questões levantadas no cotidiano da Atenção Psicossocial, mas entende-se que os capítulos que seguem trazem informações e reflexões importantes que poderão inclusive apoiar o desenvolvimento de novas produções futuramente.

7.1 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DURANTE GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

As transformações que atravessam a gestação, o parto e o puerpério constituem experiências humanas significativas, tendo efeitos psicossociais e na família. Hounie (2017) reforça que **o período entre a gestação e o primeiro ano de vida do bebê é um momento em que a gestante/mãe se encontra em uma posição de grande vulnerabilidade em relação aos transtornos mentais**. Ao considerarmos sua prevalência, na gravidez destacam-se os distúrbios de humor (depressão unipolar e transtorno do humor bipolar), transtornos de ansiedade, abuso de substâncias e distúrbios psicóticos. Ainda no início da gestação, aparecem com frequência sintomas de ansiedade, sobretudo se há histórico de abortamento, malformação ou natimorto. Quadros patológicos, como transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) podem se agravar também neste período. Apesar de sabermos que a gravidez e a maternidade envolvem diversas dimensões, nas quais se incluem desde alterações hormonais a mudanças na inserção social, na organização familiar, na autoimagem e na identidade da mulher (BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012), as intervenções e o cuidado no contexto perinatal ainda privilegiam uma abordagem biológica, desconsiderando a singularidade das vivências que permeiam este momento da vida e reduzindo o cuidado a técnicas e protocolos.

Por sua complexidade, sendo considerado um momento de risco para o psiquismo, é imprescindível que profissionais de saúde deem atenção especial a esse momento, favorecendo, em suas abordagens, que a mulher possa reconhecer e expressar as suas emoções. Assim, no cuidado oferecido durante o período pré-natal e perinatal, deve-se garantir um olhar sobre a história que antecede a chegada do bebê, os sentimentos dos pais e o ambiente em que vivem, valorizando o que é próprio de cada sujeito e de cada história.

7.1.1 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA GESTAÇÃO

Quando se pensa na chegada de um bebê em uma família, há um imaginário social que costuma resumir esse período como momento de alegria, romantismo e amor. Ao contrário disso, a literatura e a prática com gestantes e puérperas nos mostram que muitas mulheres, encontram na vivência da maternidade algum nível de sofrimento psíquico, físico e social no período pré e pós-parto (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014). É importante saber que mesmo nos casos de gravidez planejada, o impacto da constatação da gravidez e as grandes transformações dela advindas (biológicas, sociais, de identidades) podem comparecer como fonte de angústia e incertezas, momento em que muitas ansiedades e medos primitivos afloram, onde a mulher tende a perceber que ganhar um bebê também traz perdas, ainda que temporárias.

Por isso, uma abordagem a esse público deve reconhecer a ambivalência em relação à gravidez (e a todo ciclo gravídico-puerperal) como algo coerente com esse momento, assumindo uma postura não julgadora e aberta para acolher as diversas vivências da experiência. **O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto. Uma escuta aberta, livre de preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um parto e nascimento tranquilos e saudáveis** (BRASIL, 2005).

7.1.1.1 PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO

O pré-natal psicológico (PNP), recente conceito fruto de pesquisas em torno da perinatalidade, visa, segundo Arrais e Araújo (2016), maior humanização do processo gestacional e do parto e da parentalidade. A proposta baseia-se inicialmente em encontros temáticos, em grupo, promovendo a integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, com ênfase psicoterápica na preparação psicológica para a maternidade e paternidade e prevenção da depressão pós-parto (DPP). Nesses encontros, são abordados temas que forneçam suporte socioemocional, informacional e instrucional, como: tipos de parto, medo do parto, a construção da parentalidade; a participação dos avós, como construir uma rede de apoio, mudanças no puerpério, em seus papéis sociais, em seu humor no pós-parto, etc. Esse trabalho pode ser realizado em contextos de atendimento variados, tais como: hospitais públicos, com população de baixa renda e pouca escolaridade; hospitais e/ou consultórios particulares; com gestantes de alto risco; com vítimas de violência sexual e incesto; em casos de gestação de risco habitual; e com mulheres que manifestam depressão e ansiedade gestacional. O acompanhamento fomentado pelo PNP pode contribuir para o bem-estar das usuárias, além de favorecer a avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão. (ARRAIS; ARAUJO, 2016)

Também chamados de grupos de gestantes, estes espaços possibilitam que a mulher habite suas vivências paradoxais, facilitando ressignificações e manifestação de diversos sentimentos e desejos em torno da maternidade. Em encontros frequentes, ao compartilhar experiências, refletir e expressar sobre essa experiência pode-se abrir espaço para esse filho que vai chegar, podendo discutir assuntos importantes e trabalhar as mudanças que irão se intensificar.

Grupos de gestantes têm caráter psicoprofilático e, portanto, ajudam no diagnóstico e tratamento precoces.

7.1.1.2 O MANEJO CLÍNICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS DURANTE A GESTAÇÃO

O manejo clínico dos transtornos mentais na gravidez deve ser orientado pelos princípios da atenção psicossocial (ver item 4.1), garantindo que, ainda que diagnosticado um transtorno mental, o cuidado seja feito de forma integral, como foco na mulher e no bebê e não apenas na remissão dos sintomas apresentados.

Durante o pré-natal, a equipe de saúde deve ficar atenta a alguns fatores de risco para o desenvolvimento de depressão gestacional, o transtorno mental mais comum entre as gestantes (Quadro 9).

Quadro 9: Fatores de risco para a depressão gestacional

História prévia de depressão (principal fator de risco)
Histórico familiar de doença psiquiátrica
Casos prévios de malformação fetal, natimortos, abortos
Situações estressantes, como conflitos conjugais
Ausência de apoio familiar e social
Gravidez não planejada (principalmente em adolescentes e jovens)
Histórico de violência doméstica e violência sexual
Consumo de álcool, tabaco e/ou outras drogas
Condições clínicas como anemia, obesidade e diabetes
Transtorno de ansiedade atual

Fonte: HOUNIE, 2017; BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012; GRIGORIADIS, 2018.

Apresentação Clínica da Depressão Gestacional

A gestação e a depressão apresentam sintomatologia em comum, o que dificulta e retarda o diagnóstico de transtorno depressivo durante a gravidez. Cansaço, letargia, labilidade emocional, alteração de apetite, redução da libido e distúrbios do sono são sinais que podem estar presentes em ambas as condições. A depressão gestacional tem as mesmas características do quadro depressivo em outros períodos da vida (ver item 6.3) (HOUNIE, 2017).

Quadro 10: Consequências da depressão gestacional para a mulher

Menor aderência ao pré-natal e dificuldade de seguir as orientações de saúde
Exposição à automedicação, álcool, tabaco e/ou outras substâncias
Desnutrição

Risco de suicídio
Depressão puerperal
Dificuldades de vínculo mãe-bebê

Fonte: BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012

Quadro 11: Complicações obstétricas da depressão gestacional

Menor aderência ao pré-natal
Trabalho de parto prematuro
Restrição do crescimento intrauterino
Pré-eclâmpsia
RN pequeno para a idade gestacional
Baixo peso ao nascer

Fonte: HABECKER ; FREEMAN, 2016.

O manejo medicamentoso

A decisão em manter, suspender ou iniciar um psicofármaco durante a gestação envolve a análise da complexidade do caso e a interação entre histórico/antecedentes e gravidade da doença materna, alternativas de tratamento e consequências da escolha terapêutica para o binômio mãe-bebê (BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012; HOUNIE, 2017; JONES e JONES, 2018) Quando o medicamento for indispensável, ele deve ter uma indicação clara e adequado perfil de segurança, evitando-se, se possível, a polifarmácia. (JONES e JONES, 2018) Considerando-se que quase 70% das mulheres que interromperam um antidepressivo de manutenção por causa da gravidez e que 80 % das que suspenderam estabilizadores de humor têm recorrência do transtorno mental durante a gestação (BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012), o acompanhamento com equipe obstétrica e de saúde mental deve ser regular, contínuo e integrado (BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012; HOUNIE, 2017; JONES; JONES, 2018).

Em qualquer situação, as escolhas e preferências da gestante devem ser consideradas. No caso de doença mental grave, recorrente ou refratária, o uso de psicofármacos deve ser aventado (BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012; HOUNIE, 2017; JONES; JONES, 2018)

Os riscos potenciais de qualquer medicamento utilizado na gravidez são: risco de abortamento, teratogênese (formação e desenvolvimento no útero de anomalias que levam a malformações), toxicidade neonatal e sequelas tardias no comportamento da criança. A escolha do fármaco levará em conta, então, os riscos citados, a preferência da paciente e a história de respostas prévias ao tratamento medicamentoso (HOUNIE, 2017).

Quadro 12: Princípios gerais na utilização de psicofármacos durante a gravidez

Decisão compartilhada: envolver a gestante, parceiro, obstetra e pediatra
Se possível, evitar medicamentos até a nona semana de gestação (maior risco de teratogênese)
Lembrar que o risco para o feto no caso de recaída ou de recorrência de um transtorno mental na gravidez poderá ser maior do que o risco gerado pelo uso de medicamentos
Usar a menor dose eficaz possível, dando preferência a fármacos com estudos documentados
Preferir monoterapia
Atentar para a necessidade de alteração das doses de acordo com a farmacocinética na gravidez
Se possível, reduzir as doses logo antes do parto, para reduzir possíveis efeitos tóxicos e de abstinência no neonato
Considerar eletroconvulsoterapia (ECT), especialmente nos casos de catatonia, estupor depressivo, e depressão com sintomas psicóticos

Fonte: BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012

Quadro 13: Riscos de psicofármacos durante a gravidez

	Risco moderado	**Alto risco**
Antipsicóticos	Haloperidol	(C)
	Fenotiazinas	(C)
	Quetiapina	(C)
	Aripiprazol	(C)
	Ziprasidona	(C)
	Olanzapina	(C)
	Risperidona	(C)
	Clozapina	(B)
Antidepressivos	ISRSs (maioria)*	(C)
	Paroxetina	(D)
	Tricíclicos	(C)
	Mirtazapina	(C)
	Venlafaxina	(C)
	Trazodona	(C)
	IMAOs**	(C)
	Bupropiona	(C)
Ansiolíticos e Hipnóticos	Buspirona	(B)
	Benzodiazepínicos	(D)
	Zolpidem	(B)
Estabilizadores do humor	Lamotrigina	(C)
	Carbamazepina	(D)
	Topiramato	(C)
	Lítio	(D)
	Valproato	(D)
Outros	Anticolinérgicos	(C)
	Metadona	(D)
	Fenobarbital	(D)
	Dissulfiram	(C)

	Fenitoína	(D)
	Prometazina	(C)
	Metilfenidato	(C)
	Gabapentina	(B)

*ISRSs: inibidores seletivos da recaptação de serotonina;

**IMAOs, inibidores da monoaminoxidase.

Fonte: BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012.

Legenda

Classificação do risco de efeitos teratogênicos oferecidos por fármacos, segundo a Food and Drug Administration (FDA):

A) Estudos controlados em humanos não demonstraram risco com o uso no primeiro trimestre.

B) Estudos com animais não demonstraram risco, mas não há estudos em humanos. Ou estudos com animais demonstraram risco para o feto, mas estudos com humanos não.

C) Estudos animais demonstraram risco teratogênico, mas não há estudos em humanos. Ou não há estudos nem em animais nem em humanos.

D) Há riscos evidentes para o feto, mas também há benefícios em certas circunstâncias (p. ex., risco de morte).

E) Malformações demonstradas em animais, em humanos ou em ambos. Riscos superam benefícios.

Quadro 14: Principais classes de psicofármacos utilizados na gravidez

CLASSE	PREFERIR	EVITAR	OBSERVAÇÕES
Antipsicóticos	Haloperidol	Antipsicóticos atípicos e formulações de depósito	Se a gestante estiver estabilizada com o uso de antipsicótico atípico é melhor manter o medicamento
Antidepressivos	Sertralina e tricíclicos	Paroxetina e IMAOs	Fluoxetina tem boa segurança em relação à teratogenicidade
Ansiolíticos e hipnóticos	Uso esporádico, por tempo limitado e em doses baixas	A maioria	Fármacos de meia-vida mais curta, como lorazepam, têm menor chance de se acumularem no feto
Estabilizadores do humor	Não se aplica	Valproato, lítio (no primeiro trimestre), carbamazepina (no primeiro trimestre)	Lamotrigina tem se mostrado uma droga com bom perfil de segurança, apesar de poucos estudos ainda

Fonte: BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012; JONES e JONES, 2018.

Quadro 15: Principais riscos e consequências associados aos psicofármacos

PSICOFÁRMACO	RISCOS/CONSEQUÊNCIAS	CUIDADOS ESPECIAIS
Antipsicóticos em geral	Incidência duas vezes maior de diabetes gestacional; aumento de 40% de cesarianas. No neonato, tremores, irritabilidade e sonolência	Monitorar neonato
Antipsicóticos atípicos	Baixos níveis de folato – riscos de defeitos no tubo neural	Suplementação materna de ácido fólico
Antidepressivos ISRS	Defeitos no septo cardíaco; hipertensão pulmonar no RN (em mães que usaram ISRS no terceiro trimestre); síndrome de descontinuação no neonato: irritabilidade, choro constante, alteração do tônus muscular, tremor, taquipneia, alterações da alimentação e convulsão (principalmente quando do uso de paroxetina e fluoxetina no terceiro trimestre)	Monitorar neonato
Antidepressivos tricíclicos	Clomipramina no terceiro trimestre: síndrome de descontinuação (semelhante ao uso de ISRS)	Monitorar neonato
Benzodiazepínicos	Fissuras labiopalatais; síndrome de abstinência no neonato: choro constante, irritabilidade, tremor, diarreia, vômitos, hipertonia, convulsões, dificuldades respiratórias; Síndrome do bebê hipotônico: sedação, hipotonia muscular e dificuldades respiratórias	Monitorar neonato
Lítio	Malformações cardíacas (risco relativo: 1,2 a 7,7), arritmias cardíacas, hipotireoidismo, hipoglicemia, parto prematuro, hipotonia, hiporreflexia, letargia (principalmente se litemia no RN -maior que 0,6 mEq/L)	Se possível, evitar o uso nas primeiras 10 semanas de gravidez; realizar ultrassonografia e ecocardiograma fetal quando do uso do lítio no primeiro trimestre; no segundo e terceiro trimestres, pode ser necessário dobrar a dose do lítio para manter a litemia. No pós-parto, a litemia pode atingir níveis tóxicos, portanto, deve-se hidratar a puérpera e retornar a dose do lítio para níveis pré-gestacionais. Interromper o uso do lítio 24 a 48 horas antes do parto.
Valproato de sódio e carbamazepina	Anomalias do tubo neural, espinha bífida, hipoplasia hemifacial, malformações cardíacas, fenda palatina, lábio leporino, retardo de crescimento e microcefalia. No caso de exposição ao valproato, déficit	Se a gestante foi exposta, realizar ultrassonografia fetal entre 16 e 20 semanas de gravidez, além de dosar alfafetoproteína e administrar 4 mg de ácido fólico

	cognitivo nas crianças aos 3 e 6 anos, pior coordenação motora e habilidades de linguagem, prejuízo no desenvolvimento emocional	diariamente; repor vitamina K na gestante (20 mg/dia vo) e no RN (1 mg IM)

Fonte: BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012; JONES e JONES, 2018.

7.1.2 O PARTO

O momento do parto é determinantemente marcado pelas relações que são estabelecidas entre a família e a equipe de saúde responsável pelo pré-natal. A preparação para o parto acontece ao longo de todo o processo, quando são esclarecidas dúvidas e, respeitando as condições de saúde da mulher e do bebê, a decisão sobre a hora do nascimento é partilhada entre a equipe e a gestante. Salvo exceções em que haja indicação médica de cesariana ou até mesmo a interrupção da gestação por complicações de saúde (seja da mãe, seja do bebê), é importante que a mulher seja protagonista da cena, respeitada em suas preferências – no que um bom relacionamento com a equipe obstétrica é um grande facilitador.

O estabelecimento do vínculo entre a família e a instituição/equipe de saúde é fundamental para que a gestante tenha confiança e tranquilidade no momento da chegada do bebê, diminuindo assim a chance de discordâncias que atrapalhem o processo de internação, parto e pós-parto imediato.

Além disso, este vínculo se mostra determinante também em momentos de intercorrência no parto, quando, muitas vezes, os planos e expectativas construídos ao longo do pré-natal podem ser frustrados. Aqui, importará que a família tenha plena confiança na tomada de decisões da equipe e que as emoções sejam acolhidas da melhor maneira, sem desconsiderar o próprio bebê e os cuidados com seu psiquismo.

7.1.3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PUERPÉRIO

Dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos mentais, sendo os mais comuns a disforia, a depressão, a psicose puerperal e os transtornos ansiosos (CANTILINO et al, 2010).

Segundo Kehdy (2013), a chegada de um bebê é um evento que afeta consideravelmente não só os pais, mas todo o entorno social, pois o bebê, pelo seu desamparo constitucional, aciona a demanda de cuidado incondicional. Ao mesmo tempo, também pode evidenciar a fragilidade da rede social pessoal e trazer uma vivência da maternidade solitária, já queas famílias, geralmente reduzidas e isoladas, oferecem pouca rede de apoio no pós-parto. O aleitamento e os cuidados com bebês, que as mulheres aprendiam em casa com suas mães e tias no convívio com a família estendida, passam a ser informações técnicas, a serem adquiridas em livros ou com especialistas. Somando-se todas essas mudanças, muitas mulheres consideram-se pouco aptas para desempenhar a função materna. Não é raro nos depararmos com mulheres que contam que seu bebê é o primeiro que vão carregar (KEHDY, 2013, p. 405).

Assim, quando da ausência dessa rede de apoio social (familiares, amigos e até mesmo vizinhos) é necessário criar uma rede substituta profissional. Durante a gravidez, a mulher pode idealizar o bebê, o momento do parto e a própria maternagem, e lidar com a realidade de um novo contexto exige que a mulher elabore o luto de tudo aquilo que se idealizou e não se concretizou. Isso, muitas vezes, envolve um humor mais deprimido, mais voltado para si, na medida em que a mulher se vê diante de tantas transformações e adaptações. Nesse sentido, essa rede de apoio é de suma importância para a saúde mental da puérpera.

Quadro 16: Exemplos de sintomas de angústia no puerpério

a.	Irritabilidade, raiva
b.	Culpa, vergonha
c.	Insônia, pesadelos
d.	Sintomas físicos sem uma causa orgânica (tremores, dores de cabeça, sensação de muito cansaço, perda de apetite, dores)
e.	Capacidade de concentração reduzida
f.	Choro fácil, tristeza, humor deprimido, descontentamento
g.	Preocupações excessivas, ansiedade, medo
h.	Sentimento de desvalia ou culpa excessiva
i.	Pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida
j.	Sentimento de inadequação e rejeição ao bebê

Importante remarcar que idealizar a chegada do bebê como o momento mais sublime e encantador na vida dos pais pode não abrir espaço para outros sentimentos que essa chegada também traz. Muitas mulheres se sentem culpadas e angustiadas por vivenciarem o puerpério com outros sentimentos que não só a alegria. O senso comum tende a esconder a realidade da tarefa que o tornar-se mãe traz.

Chamada de disforia puerperal ou "*blues materno*", essa fase de instabilidade emocional é marcada por um choro fácil, ansiedade, insônia, irritabilidade e sentimentos de inadequação. Hounie (2017) destaca que estes sinais costumam aparecer nos primeiros dias após o parto e desaparecer espontaneamente em até duas semanas. Por ser um quadro autolimitado, não exige tratamento específico. A persistência por mais de duas semanas, de acordo com a autora, sugere a evolução para um quadro depressivo mais grave.

Profissionais de saúde precisam estar atentos:

O puerpério é um momento de transformação, de adaptação e isso traz a vivência de uma certa crise vital, que na tentativa de ser elaborada pode levar a um humor deprimido, não necessariamente no sentido patológico do diagnóstico, mas nesse voltar-se para si, estando a mulher às voltas com as ambivalências e oscilações próprias do contexto puerperal.

7.1.3.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Por mais que haja um planejamento consensual quanto ao desejo de se ter um filho, a gestante e, posteriormente, puérpera, pode vivenciar inseguranças, incertezas e ansiedades quanto ao novo papel de mãe. Deparar-se com esse real significa dar vazão às alegrias e aos dissabores de ser mãe. Sabe-se hoje que psicopatologias podem resultar desse confronto entre a realidade que se apresenta e o imaginário que se tinha.

Algumas mulheres apresentam sintomas graves de sofrimento psicológico, que precisam de um cuidado mais específico. Seus sintomas são considerados graves se não conseguem lidar com a vida cotidiana, no que comparecem os cuidados básicos, ou se apresentam algum um perigo para si ou para seus filhos (BRASIL, 2017).

As mulheres com sintomas de angústia devem ser acompanhadas regularmente pelos serviços de atenção básica, por meio das consultas de pré-natal, atendimento puerperal e visitas domiciliares, sendo encaminhadas para atendimento especializado em saúde mental caso de sintomas como:

- *Irritabilidade*
- *mudanças bruscas de humor,*
- *indisposição,*
- *doenças psicossomáticas*
- *tristeza profunda*
- *desinteresse pelas atividades do dia-a-dia,*
- *sensação de incapacidade de cuidar do bebê e desinteresse por ele, chegando aoextremo de pensamento suicidas e homicidas em relação ao bebê.*

A depressão pós-parto pode ser identificada como um quadro depressivo típico (ver item 6.3). **A peculiaridade fica por conta de uma alta frequência de obsessões de agressividade (que tem o bebê como alvo), pelo desinteresse pela maternidade e pela ideação suicida.** O início é insidioso e manifesta-se, em geral, nas primeiras semanas após o parto, podendo ocorrer meses depois do nascimento, sendo os três primeiros meses o período mais crítico (HOUNIE, 2017). Dados mostram que a DPP persiste por mais de sete meses após o parto em 25 a 50% das mulheres e muitas permanecem deprimidas depois de um ano (ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2008).

Por tratar-se de um quadro clínico severo e agudo, requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, pois devido à gravidade dos sintomas, há que se considerar o uso de medicação. A depressão em mulheres grávidas pode ser gerenciada de forma eficiente com tratamentos psicoterápicos.

A puérpera se beneficia de grupos terapêuticos onde possa compartilhar o seu sofrimento junto a outras mulheres em igual situação e sob orientação de um profissional. Também pode ser recomendado atendimento psicológico individual em casos cuja gravidade perturbaria o grupo ou no caso das mulheres que manifestam preferência por esta modalidade de atendimento.

Quando temos de fato um caso em que a mãe se vê sem condição de cuidar e investir afeto no bebê porque está deprimida, esse desamparo se reflete no desamparo do bebê. **É preciso que haja um amparo social, uma rede que sustente essa cadeia de relação para que, enquanto se cuida da puérpera, outros assumam o cuidado com o bebê, pois ele não pode esperar nessa fase de constituição de seu psiquismo.**

É importante reafirmar que o diagnóstico precoce é fundamental e para isso é necessário um acompanhamento em todo ciclo gravídico-puerperal, sendo a melhor forma de evitar, atenuar ou reduzir a duração da DPP. Nos casos considerados leves (poucos critérios diagnósticos, atividades funcionais e sociais mantidas, ainda que com esforço) ou moderados (prejuízo funcional mais significativo, mas não incapacitante), a psicoterapia é a primeira escolha de tratamento ((ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2008). No caso do agravamento dos sintomas, o tratamento farmacológico também deverá ser considerado.

Quadro 17: Diagnósticos diferenciais e comorbidades psiquiátricas de depressão pós-parto

Condições médicas gerais no pós-parto, tais como distúrbios tireoidianos, anemia, deficiência de vitaminas e micronutrientes
Transtorno bipolar
Luto materno (quando do caso de natimorto, por exemplo)
Transtornos de ansiedade (principalmente transtorno do pânico e TOC)
Abuso/dependência de substâncias

FONTE: ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2008.

Quadro 18: Fatores de risco para depressão pós-parto

Histórico de transtornos do humor e/ou transtornos de ansiedade em qualquer etapa da vida
Uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas
Suporte social e familiar inadequados
Complicações e hospitalização durante a gravidez
História de natimortos, malformação fetal e trabalhos de parto traumáticos
Conflitos maritais
Disforia pré-menstrual
Gestantes adolescentes

Fonte: ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2008; HOUNIE, 2018.

Quadro 19: Consequências da depressão pós-parto

Prejuízo na interação mãe-bebê
Práticas parentais negativas
Conflitos maritais
Insucesso no aleitamento materno
Pior desenvolvimento cognitivo e social do filho

Risco maior de episódios futuros de transtornos do humor
Suicídio materno (20% dos casos de morte materna no pós-parto)
Infanticídio (4% nos casos de psicose puerperal)

FONTE: ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2008; HOUNIE, 2018.

Quadro 20: Como identificar a depressão pós-parto

Screening - Usar escala de Edinburgh (ANEXO III)
Avaliar se há critérios diagnósticos de DPP
Fazer diagnóstico diferencial (condições médicas gerais, luto, outros transtornos psiquiátricos)
Avaliar o risco de suicídio e infanticídio
Identificar comorbidades psiquiátricas
Questionar sobre o uso de medicamentos (inclusive fitoterápicos, homeopáticos e medicamentos não prescritos), álcool, cigarro e outras drogas
Verificar o status funcional: cuidados pessoais e de higiene, cuidados com a criança, condições da amamentação, gerenciamento das atividades de casa e sociais e capacidade laboral
Identificar estressores, suporte social e familiar, qualidade dos relacionamentos
Perguntar sobre história médica, incluindo antecedentes psiquiátricos e familiares

FONTE: ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2008, 2008.

Quadro 21: Princípios gerais no aleitamento materno

Evitar exposição a psicofármacos em casos de lactentes prematuros ou que apresentem problemas hepáticos, renais, cardíacos ou neurológicos
Evitar o aleitamento materno nos casos de psicose puerperal devido aos riscos contra a integridade do bebê
Preferir fármacos com melhor perfil de segurança e tolerância
Manter os medicamentos utilizados na gravidez, porém na menor dose possível
Preferir dose única, logo antes da mamada que antecede o período de sono mais longo do bebê ou logo após a mamada evitando que o pico do medicamento no sangue e no leite materno coincidam com o horário das mamadas.
Evitar, se possível, polimedicação
Acompanhamento contínuo e frequente da mãe do lactente, inclusive com comunicação com o pediatra

Considerar o uso de ECT, principalmente quando há psicose e risco de suicídio e infanticídio

Fonte: ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2008; BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012; HOUNIE, 2017).

Quadro 22: Principais classes de psicofármacos utilizados no puerpério

CLASSE	PREFEFIR	EVITAR	OBSERVAÇÕES
Antipsicóticos	Haloperidol	Clozapina e olanzapina	Doses elevadas podem ocasionar sonolência e sintomas extrapiramidais no bebê
Antidepressivos	ISRS (sertralina, paroxetina, fluvoxamina) e tricíclicos (nortriptilina de preferência)	Fluoxetina (alta concentração na criança), citalopram e escitalopram	
Ansiolíticos e hipnóticos	Lorazepam	Diazepam e bromazepam	Pouco risco se utilizados em doses baixas e únicas
Estabilizadores do humor	Valproato e carbamazepina	Lítio e lamotrigina	Em relação ao lítio, alguns estudos recomendam manter o uso no caso de puérperas que apresentam transtorno do humor estabilizado com o uso do lítio. Nesses casos, controlar a litemia, função renal e tireoidiana nos lactentes

Fonte: BOTEGA; PINTO e SILVA; NOMURA, 2012.

É fundamental ampliarmos a atenção puerperal nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e a vacinação do recém-nascido (BRASIL, 2005).

Mães adolescentes, além do maior risco de complicações relacionadas com a gravidez, como, por exemplo, aborto e morte fetal, ***também enfrentam circunstâncias sociais difíceis, incluindo o casamento forçado, a pobreza e o estigma, tornando-as mais vulneráveis a problemas de saúde mental como a depressão****. Intervenções para a melhoria da saúde mental materna promovem melhor interação e vínculo mãe-bebê, possibilitando um melhor desenvolvimento da criança (BRASIL, 2017).*

De um modo geral, fica claro que a gestação é um período de grandes transformações para a mulher, não só no corpo, mas no bem estar e no papel que a mulher ocupa na sociedade e na sua família. Essa intensidade de transformações tem um impacto importante na saúde mental da mulher, sendo imperativo que se amplie as redes de apoio a essa família, inserindo o parceiro e demais familiares, bem como garantindo espaços de escuta, de prevenção de agravos e de promoção da saúde, nesse momento comumente vivenciado pela mulher com sentimento de solidão e desamparo.

Nesse contexto, os serviços de saúde tem papel importante no acolhimento, na orientação e na identificação precoce de possíveis transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, A.; MOURAO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 251-264, Mar. 2014.

ARRAIS, A.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 103-116, jun. 2016 .

BOTEGA, N. J.; PINTO E SILVA, J. L.; NOMURA, M. L. Gravidez e puerpério. In: BOTEGA, N.J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 464-484.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília, DF: 2005.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília, DF: 2013.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Apoio psicossocial a mulheres gestantes, famílias e cuidadores de crianças com síndrome congênita por vírus Zika e outras deficiências** : guia de práticas para profissionais e equipes de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, DF: 2017.

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 3, n. 6, p. 278-84, out. 2010.

HOUNIE, A. G. Depressão na gravidez e no pós-parto. **SNC em Pauta**. São Paulo, n. 5, p. 12-16, 07 fev. 2017.

JONES, S. C; JONES, I. Pharmacological Management of Bipolar Disorder in Pregnancy. **Therapy in Practice**. Disponível em: <DOI 10.1007/s40263-017-0452-x>. Acesso em: 12 jun. 2018.

KEHDY, R. Proporcionando Holding à dupla mãe-bebê. **Pediatria Moderna.** Set 13 V 49 N 9, p. 404-408, 2013.

ZAMBALDI, C. F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E. B.Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto: relatos de casos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 155-158, 04 abr. 2008.

7.2 INTERVENÇÕES PRECOCES

Os efeitos do avanço da ciência sobre a maneira como o corpo é visto e cuidado transformam também a nossa formação profissional, cada vez mais especializada. Do corpo tomado como uma máquina, vem acompanhada a expectativa de explicar de forma minuciosa a complexidade de seu funcionamento. Da mesma forma, o advento das neurociências convoca a necessidade de se desvendar o funcionamento cerebral, considerando a vivência humana como efeito de sua atividade. As mais diversas formas de organização subjetiva passam a ser classificadas pelos manuais diagnósticos e, então, compreendidas como perturbações nesse funcionamento. Sob esse viés, seu tratamento implica, necessariamente, a correção de um defeito. Entretanto, é preciso lembrar que, apesar de sua força, o modelo biomédico não é o único. A base da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é atravessada pela concepção de condicionantes de saúde que extrapolam os limites do corpo orgânico e envolvem a singularidade dos sujeitos em suas relações, localizadosno contexto biopsicossocial em que se inserem.

As descobertas transdisciplinares sobre o bebê e suas competências esclarecem a importância dos tempos iniciais da vida para a aquisição de habilidades e para a constituição psíquica. A epigenética[8] tem demonstrado, cada vez mais, os efeitos das experiências vividas sobre a atividade dos genes, não deixando dúvida da grande influência do ambiente sobre o desenvolvimento. Além disso, **considerado o período mais determinante no desenvolvimento humano por tantos autores, as experiências vividas nos mil primeiros dias de vida formam a base da aprendizagem socioemocional, cognitiva e física, condição para que haja um êxito futuro** (FUJIMOTO, 2016, p.26). São descobertas que, não por acaso, culminam com a formalização da exigência de um cuidado integral na primeira infânciapor meio da Lei Nº 13.257, de 08 de março de 2016 (BRASIL, 2016), conhecida como Marco Legal da Primeira Infância: um conjunto de dispositivos legais voltados à promoção da infância nos seis primeiros anos de vida. Com a proposta de desenvolvimento de políticas de alcance intersetorial (Educação, Saúde, Assistência Social, Cultura...), essa lei determina a garantia de direitos fundamentais e, para isso, considera imprescindível a articulação entre a dimensão social, as evidências científicas e as práticas profissionais.

A rede de atenção à saúde da criança no estado do Espírito Santo, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015), pressupõe ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança, tendo como compromisso promover qualidade de vida para um crescimento e desenvolvimento saudável. Esse processo se inicia no pré-natal e continua na atenção ao conjunto pais-bebê durante a internação na maternidade. Depois da alta hospitalar e até o terceiro ano de vida, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do seu crescimento e desenvolvimento, físico e psíquico, pela equipe de saúde (no nível da Atenção Primária), com um olhar não só para a criança, mas também para o contexto de vida de sua família, comportando articulações intersetoriais, no território, necessárias para o Projeto Terapêutico Singular. Para isso, a Caderneta de Saúde da Criança[9]é o principal documento de registro de seus dados de saúde e evolução, utilizado nacionalmente. Seu conteúdo inclui informações indispensáveis para apoiar a mãe/pai/cuidador, orientações sobre os primeiros cuidados com o bebê, aleitamento materno e alimentação complementar, vacinas, etc. Além disso, possui espaços para registro de informações por parte dos profissionais de saúde, relacionadas à história obstétrica e neonatal (dados de parto/nascimento e primeiros dias na Maternidade), crescimento (curvas de evolução de peso e altura) e desenvolvimento (alcance pela criança dos marcos de desenvolvimento motor, sociolinguístico e outros, esperados para cada idade). Também fazem parte do seu conteúdo, direitos dos pais e das crianças, sinais de perigos à saúde, informações sobre os cuidados dispensados pela família para o desenvolvimento saudável na primeira infância e orientações para a promoção da saúde e prevenção de acidentes e violência doméstica (BONILHA; GRANJEIRO, 2016). Quando, nesse acompanhamento, algum fator se mostra preocupante, a equipe de saúde deve, então, coordenar a rede de serviços a serem acionados para o acompanhamento adequado da criança e da família, de acordo com suas demandas específicas (ESPÍRITO SANTO, 2017).

---

[8] Disciplina da biologia voltada para o estudo dos efeitos ambientais e as transformações pós-natais sobre a capacidade e o modo da constituição genética se manifestar. De acordo com Alfredo Jerusalinsky (2015, p. 28), as descobertas da epigenética, somadas às descobertas sobre a neuroplasticidade, tornam impossível a dissociação entre os processos psíquicos constituintes e os processos neuro-maturativos e genético-ambientais.

Atentos aos sinais que apontem impasses no desenvolvimento e constituição psíquica, profissionais das mais diversas áreas que se voltam para a primeira infância têm buscado o aprimoramento técnico e o encaminhamento precoce para serviços especializados. Em geral, esse encaminhamento já acontece sempre que o bebê nasce e precocemente apresenta vulnerabilidades maiores do que as comuns aos recém-nascidos saudáveis, preenchendo critérios de risco já estabelecidospara o desenvolvimento, como prematuridade, baixo peso, alterações metabólicas, síndromes genéticas, deficiências congênitas, entre outros (ESPÍRITO SANTO, 2017, p.12). Entretanto, as intervenções precoces não se voltam apenas para os casos em que se suspeite ou confirme um problema orgânico. Muitas vezes, a impressão de que “algo não vai bem”, ainda que nenhum exame demonstre sua possível causa, é motivo suficiente para que o bebê receba atenção profissional. **Quando, por exemplo, em suas produções, esse bebê foge ao que é esperado pelos parâmetros tomados como referência de normalidade em nossa cultura, bem como quando apresenta sintomas aparentemente restritos a um determinado aspecto da vida - atrapalhando a execução de uma função específica, como o sono, a alimentação, o controle dos esfíncteres, etc. - ou, ainda, quando o exercício da maternidade ou paternidade com ele e/ou seu contexto socioeconômico produzem um obstáculo, em todas essas situações um sinal de alerta é emitido.**

A construção, ao longo do tempo, sobre a diferença entre crianças e adultos implicou o surgimento de diversas escalas que, por sua vez, passaram a estabelecer a correspondência entre determinadas idades e determinadas aquisições. Disso resultou uma variedade de testes e técnicas cuja intenção é avaliar o desempenho da criança, indicando saídas “normais” ou “patológicas” (JERUSALINSKY, 2002). É comum, desde então, que os serviços responsáveis pelo acompanhamento de crianças muito pequenas baseiem suas ações em critérios psicométricos e nos marcos do desenvolvimento, não como parte daquilo que o profissional deve conhecer e relacionar ao amplo contexto de vida em que a criança está inserida, mas transformados em metas a serem alcançadas pela criança como objetivo do tratamento. Em busca de sinais deficitários, buscam, com a investigação clínica, fechar um diagnóstico precocemente, e voltam seu foco para a reabilitação, estimulação e, frequentemente, fazem uso de uma prática medicamentosa indiscriminada. É quando vemos consideradas somente as manifestações do bebê, suas competências e incompetências, ignorando o fato de que o desenvolvimento, tanto orgânico quanto psíquico, depende das experiências entre o bebê e o outro. Como consequência, negligenciam outros atravessamentos possíveis e que teriam participação no processo de adoecimento e sofrimento de que as manifestações no corpo nos dão notícia.

---

[9] MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013). Caderneta de Saúde da Criança. Brasília: DF. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf

Ampliar o olhar sobre a infância não significa ignorar que o sofrimento psíquico pode se fazer presente em crianças na Primeira Infância, inclusive bebês no primeiro ano de vida. Precisamos estar aptos a identificá-los e a intervir, em corresponsabilidade com a rede de atenção. Catão (2016) aponta a necessidade de que os cuidados com o desenvolvimento psíquico tenham seu lugar de importância, uma vez que sua avaliação e o seu acompanhamento já são previstos em programas existentes de assistência materno-infantil, através dos quais se comprometem a oferecer atendimento integral à saúde da criança. **Para que nossos esforços não surtam um efeito contrário e indesejável de patologização da infância, é preciso, antes de mais nada, ressaltar que um sinal de sofrimento, sozinho, não deve ser considerado como suficiente para o diagnóstico de uma patologia.** A mesma autora reforça que antes dos três anos, aliás, o único "diagnóstico" possível é da presença (ou não) de sofrimento psíquico na criança. Faz-se necessário sempre escutar os pais e/ou cuidadores e a própria criança, e considerar o sinal de sofrimentono amplo contexto desta escuta.

Em geral, o que se vê nos serviços é a ideia de um déficit original que, por sua vez, sustenta a noção de que o bebê que manifesta alguma dificuldade porta um "menos" em relação aos outros e, por isso, deve ser mais estimulado. O bebê é então submetido a sessões nas quais se concentra um maior número de estímulos (dentro das várias disciplinas a que o submetem), nem sempre trazendo uma preocupação com as relações que ele poderia estabelecer com o seu meio e com o agente encarregado desses "cuidados". A necessidade de escutar os pais e incluí-los nas intervenções está baseada no fato de que "são eles que podem dizer-nos das marcas que a criança carrega, de suas primeiras inscrições, fundamentais para formularmos a direção do tratamento" (TEPERMAN, 2005, p. 108). Trata-se de uma perspectiva de intervenção que não se volta à prescrição de exercícios e não oferece um saber sobre o bebê que esteja pronto, seja indiscutível e transmitido aos pais para que se apropriem das técnicas de estimulação, mas sim um saber que considera a história e o meio social em que essa família se insere, os efeitos das dificuldades do bebê sobre aqueles que dele cuidam e o que, daí, interferirá no olhar que recebe. Sabemos a importância, afinal, do sentido dado pelos cuidadores àquilo que o "dado a ver" no corpo do bebê manifesta e seus efeitos sobre o investimento que esse bebê receberá.

Afirmar a importância de se pensar no bebê como um ser em relação (ao que seu corpo apresenta, ao seu lugar na família, seu contexto social) e a influência dessas relações nas estimulações a que está sujeito, deslocando certas condições do organismo e do psiquismo, não quer dizer, é claro, que o tempo do desenvolvimento possa ser negligenciado. Há um consenso entre os pesquisadores do desenvolvimento quanto a maior permeabilidade às intervenções pelas crianças e isso não pode ser desconsiderado: "esperar para intervir pode então equivaler a uma não-assistência à pessoa em perigo" (LAZNIK, 1997, p. 38). Assim, um trabalho transdisciplinar que envolva a estimulação é essencial na clínica com bebês, desde que implique o lugar do sujeito, em todas as suas dimensões. **Não podemos, afinal, dividir a criança em várias partes independentes, como se a cada profissional correspondesse um trabalho específico. O desafio da transdisciplinaridade é justamente o de trabalhar junto à complexa singularidade de cada bebê.**

Não podemos também recair no erro comum de se associar o sofrimento psíquico em uma criança pequena a supostas deficiências, ignorando suas peculiaridades subjetivas e influenciando, desta maneira, o olhar técnico e, consequentemente, dos pais sobre o bebê. Igualmente, não devemos ignorar como qualquer desenvolvimento que fuja do padrão tipicamente estabelecido para determinada idade é vivido com muita angústia e preocupação por parte dos pais. **Mesmo diante de síndromes genéticas ou patologias orgânicas, devemos nos lembrar de que há sempre um sujeito sobre o qual incidem tais contingências e que vai reagir a isso de uma maneira singular, atravessado pelos fantasmas que surgem do lado daqueles que dele se ocupam e também pelo contexto em que se inserem eo acesso ao cuidado (em seu sentido mais amplo) de que dispõem, tanto o bebê quanto sua família.** De acordo com Alfredo Jerusalinsky (2015, p. 42), as mais avançadas descobertas sobre a incidência de acontecimentos psíquicos precoces não deixam dúvidas de que o desenvolvimento não obedece cega e automaticamente a mecanismos biológicos predeterminantes e pré-formados, senão que, pelo contrário, é um produto da dupla incidência, por um lado, do ritmo de maturação neurológica marcado pela genética e, por outro, do processo de estruturação do sujeito psíquico que enlaça o pequeno humano no campo da família e da cultura.

Mais uma vez, reforçamos que um cuidado de saúde que esteja empenhado em estimular a aquisição de habilidades cognitivas por meio da reeducação, por exemplo, e não leve em consideração, em suas intervenções, os aspectos sociais e afetivos nas relações estabelecidas entre o bebê e seus primeiros cuidadores, incorre no risco de cronificação de quadros nosológicos e fechamento das possibilidades de investimento. Nesse sentido, Vorcaro (2015) alerta para o fato de que **a aposta feita pelo clínico em função diagnóstica ou terapêutica tem uma grande função para um sujeito em constituição**, demarcando, por vezes, o lugar que recebe em seu meio social, o que leva a autora a concluir que “qualquer diagnóstico, apesar de se supor posterior ao funcionamento psíquico registrado, promove uma aposta e, por isso mesmo, pode configurar uma sentença” (p. 126).

Uma das grandes dificuldades com que nos defrontamos na clínica com crianças está na exigência do diagnóstico, que, além de criar barreiras de acesso aos serviços, pode limitar as possibilidades de trabalho a partir do momento em que suas manifestações subjetivas são todas categorizadas em comportamentos previstos para determinado quadro clínico. Por outro lado, a ausência de um diagnóstico pode levar à tão comum peregrinação dos pais em busca de uma “resposta”, retardando o início do tratamento, ou mesmo a uma negação do que vem sendo apresentado pela criança, sob a alegação de que “nada demais” ou de “grave” foi identificado pelo profissional responsável pelo caso. Por isso, enfatizamos a importância do trabalho interdisciplinar, que favoreça a ampliação do olhar sobre as questões implicadas no sofrimento psíquico, na medida em que cada especialidade pode dar sua contribuição e estimular aspectos específicos do desenvolvimento, desde que tais componentes não sejam vistos como partes independentes de um todo, cuidando para que a detecção de sinais de entrave ao desenvolvimento e subjetivação não termine por fixar o sujeito em um diagnóstico precipitado.

7.2.1 O LUGAR DO "PRECOCE": PROMOÇÃO DE SAÚDE

Há uma grande diferença entre intervir cedo, o quanto antes, quando se detecta alguma dificuldade em um bebê - e, com isso, aproveitar toda a "janela de oportunidades" que a infância comporta por sua plasticidade neurológica (SHONKOFF, 2016) e também pela abertura a inscrições de uma estrutura psíquica em constituição – e promover intervenções que ambicionem exercer um caráter preventivo. Há, aliás, muitas controvérsias colocadas no que se refere à prevençãoquando o assunto é a constituição do psiquismo. Teperman (2005) traça um percurso sobre o tema da prevenção psíquica, que considera impossível de se realizar, razão pela qual o uso do termo merece cuidado. No âmbito da saúde mental, a ideia de prevenção só reforça a noção de saúde como resultante das condições de vida, e não como a antecipação do risco de doença. (MASCARENHAS et al, 2017) *"Pré-venir"* (ROHENKHOL, 1999), a partir destas considerações, fala de um "chegar antes" e traz a importância da promoção de condições de saúde mental em seu amplo aspecto – articulada com as áreas da saúde, nutrição, educação, assistência social, cultura, trabalho, habitação, meio ambiente, direitos humanos, entre outros, como prevê o já citado Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2016) -, seguida da responsabilidade da integralidade do cuidado e de um olhar ainda mais efetivo quando em presença de qualquer sinal de vulnerabilidade da família que possa gerar entraves para o desenvolvimento e constituição psíquica do bebê. Afinal, nos lembra Catão (2016),

> a saúde mental é construída sobre os alicerces fundados na Primeira Infância e quiçá antes dela, tomando como pressuposto que as questões relativas à saúde da mulher, às condições do laço conjugal, da gestação e da concepção, à vida pré e perinatal, sem esquecer que os vínculos transgeracionais são de vital importância para o trabalho em Saúde Mental na sua vertente da intervenção precoce. (p.328)

Seguindo Vorcaro (2015), não deixamos de ressaltar que haja uma certa implicação do sujeito, ainda que no início da vida, frente a qualquer fator que porventura venha a afetá-lo (interno, externo, orgânico, social etc.), sendo o seu sintoma, muitas vezes, um modo de defesa ou solução de compromisso que ele já encontrou para viver no mundo. Por esse motivo, no cuidado com crianças pequenas, não convém nos situarmos em relação a uma lógica etiológica, mas sim na lógica da resposta que o sujeito dará diante do problema apresentado em seu organismo, tomando-o como um ser em sofrimento, e não como alguém que manifesta um defeito orgânico ou mental. Nesse plano, **só há respostas singulares, e são estas que devem ser buscadas na clínica** (ANSERMET, 2003).

Evitar a entrada tardia de crianças com dificuldades nos serviços requer a urgente dissociação entre a necessidade de cuidado e a necessidade de um diagnóstico (já que o primeiro não depende do segundo). Igualmente, não devemos confundir um *cuidado necessário* com prevenção. No que tange à infância, sempre que falamos em *sinais de risco*, é preciso estarmos atentos ao *risco* de que, confundindo os *sinais de risco* com *sinais da doença* em si, o objetivo principal acabe sendo o de diagnóstico precoce, e não o de um olhar a tempo (a tempo de evitar a cronificação de certos quadros, por exemplo). Aliás, também é preciso certo cuidado com a própria adoção do termo "risco psíquico", já que "a ideia de risco está relacionada a uma forma de prevenção cuja incidência se faz sobre o indivíduo, desconsiderando a dimensão coletiva das intervenções sobre os processos de saúde e adoecimento" (MASCARENHAS et al, 2017). Para esses autores, é no interior da discussão sobre um determinado modo de prevenção que interessa examinar a noção de *risco*, uma vez que essa última passou a ser o grande argumento para a instituição de uma prática de rastreamento psíquico populacional.

É central que possamos considerar que o atendimento ao sofrimento psíquico de bebês e crianças pequenas exige que se deixe para trás uma concepção patologizante, centrada na doença como uma entidade já estabelecida em um momento da vida em que está em pleno jogo o processo de constituição; é preciso também que se saia de lógicas reducionistas que buscam causas unívocas, para que possamos adentrar na complexidade implicada na primeira infância como um momento de crescimento, maturação, desenvolvimento e constituição psíquica – aspectos estes que incidem uns nos outros sem, no entanto, se equivalerem ou se superporem (JERUSALINSKY, J., 2015), o que equivale a dizer que o corpo da criança e o seu funcionamento psíquico se constituem ao mesmo passo. Não há um sem o outro. E nenhum dos dois se constitui sem que um laço se estabeleça entre a criança pequena e outro ser humano cuidador, razão pela qual não devemos nos esquecer de que os distúrbios funcionais podem ser a forma encontrada pelo bebê para nos dar notícia de suas invenções singulares no estabelecimento de suas relações com o corpo, o meio social e, portanto, com a linguagem e a cultura.

Pensar em intervenções precoces exige que se privilegie, no cuidado ofertado, um olhar integral ao sujeito, aliviando o sofrimento que determinadas formas de organização subjetiva ou produções sintomáticas podem comportar. Por isso, sugerimos que a expectativa de chegar "a tempo", motor do trabalho daqueles que se dedicam à primeira infância, seja substituída pela intenção de intervir *a qualquer tempo* em que o bebê nos convoque, marcando, como posição ético-política, o reconhecimento de que a posição subjetiva possível a cada sujeito, com suas defesas e invenções singulares, é indissociável do seu processo de desenvolvimento. Nossos esforços, movidos pela ética do cuidado, devem apontar, afinal, no sentido de possibilitar a emergência de um sujeito de palavras, nas suas mais variadas formas de dizê-las. Isso só se torna possível se sustentamos o também já preconizado cuidado integral a partir de projetos terapêuticos sempre singulares e que garantam o lugar do bebê, e não do diagnóstico, nas intervenções precoces.

REFERÊNCIAS

ANSERMET, F. ***Clínica da Origem****: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.

BONILHA, P.; GRAJEIRO, G.P. Política Nacional de Atenção: contribuições a partir do Ministério da Saúde. In: **Avanços do Marco Legal da Primeira Infância**. (pp. 218-226).Brasília, DF: [s.n.]. Ed. CEDES, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015: Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2015.

_____. **Lei N.º 13.257**, de 09 de março de 2016: Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2016.

CATÃO, I. O diagnóstico e a intervenção precoce em bebês em risco de autismo e seus pais. In: **Avanços do Marco Legal da Primeira Infância**. (pp. 325-334). Brasília, DF: [s.n.]. Ed. CEDES, 2016.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à saúde da criança. Vitória, 2017. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/ATEN%C3%87%C3%83O%20SAUDE%20DA%20CRIAN%C3%87A%202017.pdf>. Acesso em 25 Ago. 2018.

FUJIMOTO, G. Cenário Mundial das políticas da primeira infância. In: **Avanços do Marco Legal da Primeira Infância**. (pp. 26-61).Brasília, DF: [s.n.].Ed. CEDES, 2016.

JERUSALINSKY, A. Tornar-se Sujeito é possível ou impossível para um autista? Quando e quem decide isto? In: Jerusalinsky, A. (org). **Dossiê Autismo.**(pp. 22-51). São Paulo: Instituto Langage, 2015.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês.** Salvador, BA: Ed. Agalma, 2002.

_____. Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográfico deve ser considerada. In: M. Kamers, R. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência**. (pp. 103-116). São Paulo: Escuta, 2015.

LAZNIK, M.-C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: Wanderley, D. (Org.). **Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família.** (pp. 35-51). Salvador, BA. Ágalma, 1997.

MASCARENHAS, C. et al. Sobre a Lei 13.438, de 26/04/2017: Riscos e Desafios. In: **Carta aberta publicada em Agosto de 2017.** Disponível em: <http://psicanalisedemocracia.com.br/2017/08/sobre-a-lei-13-438-de-26417-riscos-e-desafios/>. Acesso em 25 Ago. 2018.

ROHENKHOL, C. M. O questionamento da prevenção em psicanálise e a possibilidade da antecipação como forma de uma intervenção analítica com profissionais de outras áreas. In: **Estados Gerais da Psicanálise**, 1999. Disponível em: <
http://www.oocities.org/hotsprings/Villa/3170/Rohenkohl.htm>. Acesso em 25 Ago. 2018.

SHONKOFF, J.P. Investindo em ciência para fortalecer as bases da aprendizagem, do comportamento e da saúde ao longo da vida. In: **Avanços do Marco Legal da Primeira Infância**. (pp.91-104). Brasília, DF: [s.n.]. Ed. CEDES, 2016.

TEPERMAN, D. W. **Clínica Psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo.** São Paulo: Casa do Psicólogo/Fapesp, 2005.

VORCARO, A. Paradoxos de uma psicopatologia psicanalítica de crianças. In: M. Kamers, R. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência.** (pp. 117-148). São Paulo: Escuta, 2015.

7.3 ESPECIFICIDADES NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

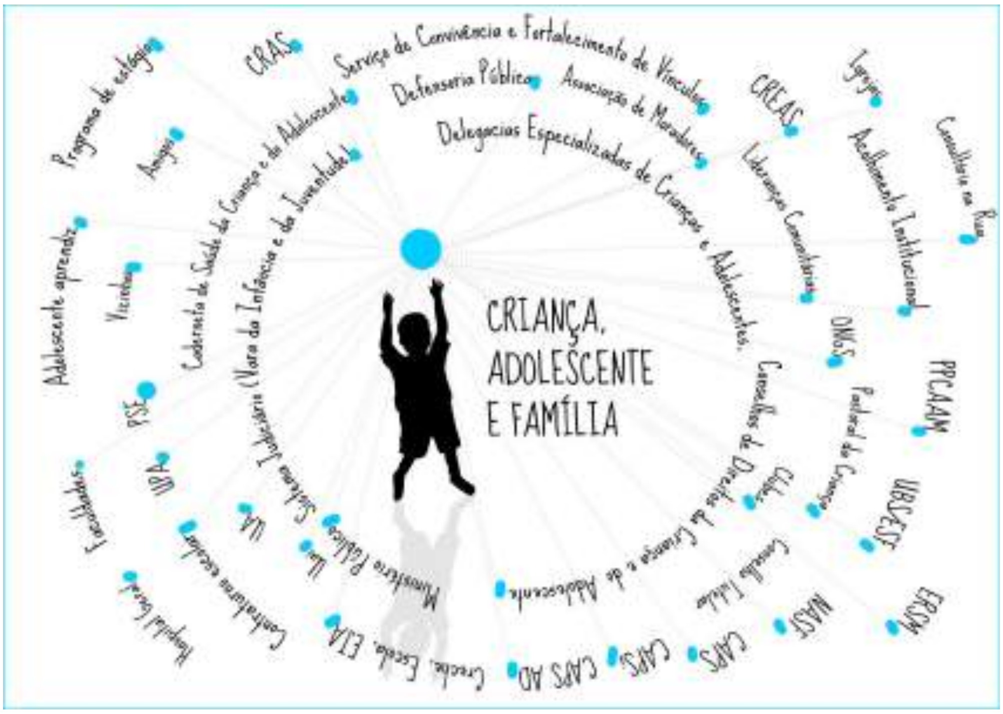
No campo da saúde mental considera-se que há especificidades em relação ao público infantojuvenil. A Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) possui uma trajetória distinta, surgindo como política pública no Brasil tardiamente, segundo Couto (2012), apenas em 2001 com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM).

Com o processo da Reforma Psiquiátrica já em curso, as vivências no território possibilitaram que se deparasse com novas questões, dentre elas o sofrimento mental em crianças e adolescentes (COUTO, 2012, p.6). Tais problemas, ainda de acordo com essa autora, foram desconsiderados ou ficaram relegados, por décadas, “à intervenção de instituições de caráter disciplinar, corretivo ou normalizador, situadas fora do sistema de saúde mental” (COUTO, 2012, p.6), ou seja, a saúde pouco se ocupava das questões em torno do sofrimento psíquico do público infantojuvenil.

Com a inauguração desse novo campo da saúde mental, **na medida em que a saúde se apropriou do cuidado às crianças e adolescentes com algum tipo de transtorno mental, o princípio da intersetorialidade precisou ser elevado ao máximo**. O imperativo do tratamento em saúde mental ser de base comunitária e articulada com outros recursos existentes no território é imprescindível, uma vez que historicamente a assistência a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Brasil “foi relegada pelo Estado ao campo filantrópico, ficando o cuidado a este segmento a cargo de instituições fechadas, que trabalhavam a partir da concepção de criança deficiente” (ANJOS, 2012, p.02). Segundo Couto, Duarte e Delgado (2008) havia uma “delegação silenciosa” das ações relacionadas a SMIJ para os setores da educação e da assistência social, reforçando uma “quase ausência de proposições pela área da saúde mental”(p.391). Portanto, para a saúde se apropriar desse público era necessário um trabalho pautado no princípio da intersetorialidade.

De acordo com Couto, Duarte e Delgado (2008) a partir da III CNSM foi dado início ao processo de construção das redes de cuidado em saúde mental a criança e ao adolescente no Brasil por meio de duas ações prioritárias: a) a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e b) a elaboração de ações intersetorias envolvendo os setores que já prestavam assistência ao público infantojuvenil: educação, justiça, garantia de direitos, assistência social e saúde geral, com objetivo de construir uma rede pública ampliada de atenção.

Figura 3: Rede de cuidados e proteção a crianças e adolescentes



Com o surgimento do campo da saúde mental voltada para o público infantojuvenil, ocorreu a necessidade de construção de uma política pública rompendo a lógica das instituições totalizantes. Em 2005, o Ministério da Saúde publicou o livro *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil*, com o intuito de apresentar esse novo formato. Destaca-se o capítulo destinado a tratar sobre os *Princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil*, na qual é apresentado uma lista de seis princípios: *Criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito*, *Acolhimento universal*, *Encaminhamento implicado*, *Construção permanente da rede*, *Território e Intersetorialidade na ação do cuidado*.

Destaca-se o primeiro princípio – ***Criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito*** – aponta uma mudança de paradigma importante, na medida em que busca romper com um ideário de proteção que marcou as ações dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil durante um século de história, que, de forma paradoxal, sustentou uma proteção baseada na construção de um modelo de assistência baseado na institucionalização (BRASIL, 2005). Assim como busca romper com uma determinada concepção de criança e adolescente que deveriam ser assistidos: os deficientes sociais (pobres), os deficientes mentais e os deficientes morais (delinquentes). Tinha-se naquele contexto anterior a ação do Estado sob duas frentes: por um lado, a institucionalização do cuidado e, por outro, a criminalização da infância pobre, gerando um quadro muito próximo de desassistência, abandono e exclusão, do que de um cuidado ao público infantojuvenil. E as crianças e os adolescentes com transtornos mentais graves onde se enquadravam nessa lógica? Aponta-se que "passaram 'silenciosas', mas não isentas de suas consequências nefastas, uma legião de crianças e adolescentes com transtornos mentais. "Incluídas na rubrica de deficientes, (...) transformaram-se em objeto de exclusão ou mesmo de puro desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado" (BRASIL, 2005, p. 8).

Tomar uma criança ou um adolescente como um sujeito, implica em uma mudança de paradigma importante que desencadeia em uma série de desdobramentos, dentre eles destaca-se alguns: 1) **a lógica de sujeito rompe com a concepção de deficiência, que a criança e ou adolescente com transtorno mental está em déficit em relação a um padrão de normalidade**. Em outros termos, que porta um déficit a ser reparado, um reparo que vem de fora, que é fornecido por um adulto não deficiente, que porta um saber sobre a deficiência; 2) considera-se o que a criança diz e expressa, assim como, **aposta-se que haja um sentido naquilo que é dito pela criança, mesmo que não se use o recurso da palavra.** A criança e o adolescente podem utilizar outros recursos para se expressar, como por exemplo, os comportamentos repetitivos e bizarros, uso de músicas, criação de histórias, brincadeiras, uso de objetos, choro, etc. Apesar dessa aposta no sentido e na intenção de que há algo a dizer ao outro, é fundamental sustentar uma interrogação, no sentido de um enigma que não terá, necessariamente, uma explicação ou uma resposta direta sobre o que o comportamento da criança está representando (OLIVEIRA, 2007); 3) por fim, considera-se relevante destacar a definição da **criança e do adolescentecomo um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado**,pois marca uma mudança de entendimento importante, na medida em que se supera concepções anteriores como, por exemplo, a do menor, que se tinha antes do advento do *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA), que se refere a noção de um ser em posição de inferioridade em relação ao adulto.

Sobre esse ponto, criança e do adolescentecomo um sujeito de direitos, faz-se menção ao documento do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional do Ministério Público: *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos* (BRASIL, 2014b), onde pode-se aprofundar no debate, pois foi realizado um resgate dos principais marcos no campo dos direitos humanos e da atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Constata-se a passagem de uma lógica "desviantes" e "incapazes" – se referindo as crianças e adolescentes pobres, autores de atos infracionais, com deficiências e com transtornos mentais – para a lógica da criança e do adolescente como sujeitos de direito no *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA), de 1990, que é a legislação atualmente vigente (BRASIL, 2014b, p.9)

O ECA é uma legislação que está em consonância com as recomendações da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1945) e da *Declaração dos Direitos da Criança* (1959), em que se busca consagrar os "valores baseados no respeito à dignidade e nos direitos fundamentais de crianças e adolescentes" (BRASIL, 2014b, p. 11). O ECA reafirmou essa tendência mundial e se orientou pelo paradigma da proteção integral, e definiu "a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento" (p.11). Em seu Art. 3º afirma: "A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei". Inaugura-se, pelo menos legalmente, uma outra maneira de se reconhecer a criança e o adolescente, como titulares de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.

Um outro ponto que merece destaque sobre o ECA, é a marcação de que **há diferença entre a criança e o adolescente e o adulto**, ou seja, reconhece que crianças e adolescentes "são seres em desenvolvimento e, neste sentido, são seres *por vir*" e os adultos são seres "desenvolvidos", portanto, não são iguais. Na nova doutrina proposta pelo ECA a visada é outra: "reconhece que, exatamente porque tais seres são ainda *inacabados*, tal porvir deve ser valorizado positivamente e indica a necessidade de mais direitos para preservar e fazer o referido porvir se realizar em toda a sua potência" (BRASIL, 2014b, p.14). Para que isso possa acontecer, a criança e o adolescente precisam estar em condições favoráveis e protetivas ofertadas pela família e pelo Estado.

Essa visada marca uma distinção clara entre o adulto e a criança, e aponta para uma das especificidades da clientela infantojuvenil: o fato de que as **crianças e adolescentes raramente vão sozinhos buscar um tratamento para seu sofrimento**. Como aponta Oliveira (2007), na maioria das vezes não são eles que percebem a necessidade do tratamento. A demanda parte de alguém que faz parte do entorno da criança e do adolescente: família, escola, profissionais de saúde, justiça, conselho tutelar, dentre outros. E se geralmente a demanda não parte deles, consequentemente "não é comum que possam se responsabilizar em nome próprio, pelo menos num momento inicial, pelo tratamento" (p. 42). Portanto, mais do que nunca, vale estar atento para a seguinte indicação

> não se tomará o que se diz desses sujeitos como substituto de sua própria palavra, o que implica que as demandas formuladas por outros sobre a criança ou jovem (...) sejam ouvidas como demandas desses sujeitos que as formulam. É preciso, pois, dar voz e escuta às crianças e aos jovens dos quais se trata (BRASIL, 2005, p.11).

Nessa direção, considerar o que o entorno fala sobre a criança e o adolescente, na qual se baseia a demanda pelo tratamento, não exclui a escuta do que é dito por eles próprios.

Portanto, essa rede entorno do público infantojuvenil precisa ser também cuidada, para que de fato possa exercer seu papel de proteção e de cuidado. Dentre os elementos possíveis dessa rede destacam-se duas, por serem alianças fundamentais no campo da saúde mental infanto juvenil: a família e a escola. Ambas possuem um papel fundamental na inserção da criança e do adolescente no social.

A inclusão da família no cuidado

A lógica da atenção psicossocial busca romper com uma série de modos de cuidado manicomial. O modelo hospitalocêntrico, impôs à família um papel de informante passivo, desconsiderando sua importância no processo de cuidado, e que também precisava ser alvo de apoio. Com a Reforma Psiquiátrica, tem-se buscado modificar esse entendimento, demonstrando a importância da família na reabilitação da pessoa em sofrimento psíquico, uma vez que sua reinserção social tem relação direta com as relações sociais, sendo a família o núcleo central de suporte e apoio nas ações psicossociais. No campo da saúde mental infatojuvenil esta importância da família toma uma proporção ainda maior. A condição da criança e do adolescente implica a necessidade do cuidado e da proteção por parte da família, e na ausência desta, ou na impossibilidade da família cumprir essa função de proteção, o Estado assume este papel.

Na atenção psicossocial, lida-se com o desafio de promover a participação da família no planejamento e execução do cuidado no trabalho em saúde e, principalmente no estabelecimento da corresponsabilização na atenção. Aposta-se que o acolhimento, a escuta e a orientação às famílias são aspectos fundamentais na construção dessa corresponsabilização do cuidado, ou seja, quando a família se vê sendo cuidada, torna-se mais participativa na produção do cuidado em saúde mental.

Neste sentido, é imprescindível que a rede de apoio às crianças e os adolescentes que apresentam quadro de transtorno mental ou sofrimento em decorrência do uso de álcool e outras drogas, possa estar em posição e em condição de acolher seus familiares. Portanto, qualquer ponto da rede que acolha esta família deve escutar e estar atento às suas dificuldades e demandas, e que possa oferecer suporte para o desempenho de tarefas e decisões para o cuidado com seu familiar, buscando fortalecer as relações que podem produzir saúde, pois em geral, o que a família busca é apoio e orientação sobre como cuidar e conviver com seu familiar.

Tecendo rede com a Educação

A escola, por excelência, é o espaço de socialização da criança e do adolescente. Embora para um número significativo deste público isso não aconteça. Para grande parte do público infantojuvenil que está em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a socialização está comprometida, tanto no ambiente escolar, quanto no seu território, o que passa a ser uma questão de intervenção da Rede de Atenção Psicossocial.

Educação e Saúde são convocados, cotidianamente, a trabalhar as questões relativas à socialização de crianças e adolescentes, assim como são convocados a trabalhar nisso juntos, pois em ambos os campos, na história recente, a exclusão era uma marca. Se no campo da Educação os alunos que fugiam ao padrão de “normalidade” para frequentar as escolas regulares, estavam fadados a frequentar as escolas de educação especial, espaços esses que substituíam o ensino regular, no campo da Saúde não era diferente, como foi abordado acima.

Em ambos os campos, saúde mental e educação, a legislação brasileira tem buscado acompanhar transformações desencadeadas por movimentos mundiais, que têm como norte o combate à exclusão.

> O movimento mundial pela educação inclusiva é uma ação política, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação. A educação inclusiva constitui um paradigma educacional, fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à idéia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção de exclusão dentro e fora da escola (BRASIL, 2008).

Portanto, observa-se que a inclusão é um norte ético para a Educação e para a saúde mental infantojuvenil, o desafio cotidiano é efetivá-la. É preciso, de fato, ampliar o debate sobre o que oferecer às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que apresentam grande dificuldade de aprendizagem e de inserção escolar e social.

Um número significativo de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi apresentam dificuldades de acompanhar o processo ensino aprendizagem regular e a socialização no ambiente escolar, portanto necessitam de um atendimento educacional diferenciado, mas não apresentam quadro clínico compatível com deficiências, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades para poderem ser contemplados com o Atendimento Educacional Especializado (AEE).

Segundo o Ministério da Educação, considera-se público-alvo do AEE os alunos com deficiência, os alunos com transtornos globais do desenvolvimento e os alunos com altas habilidades/superdotação, conforme Resolução nº 4 de 2 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009).

No rigor da norma o que se coloca é que a Educação Especial tem um público fechado, mas o que é possível oferecer às crianças e adolescentes que não se enquadram nos três quadros clínicos previstos pelo AEE, mas que necessitam de um apoio da Educação Especial para que sejam incluídos no processo de aprendizagem e nas relações interpessoais no âmbito escolar?

Percebe-se que na ânsia dos profissionais da educação em atender o aluno nas suas especificidades, e com isso fornecer um atendimento pedagógico adequado para aquela criança ou adolescente, a resposta da escola é o empuxo à demanda de diagnóstico, de laudo médico, na tentativa de enquadramento do estudante em uma das três categorias diagnósticas contempladas pelo AEE e com isso conseguir validar o oferecimento desse apoio pedagógico específico.

Indica-se como possibilidade o trabalho intersetorial, na busca por soluções mais resolutivas àssituações de complexidade, que desafiam a Educação e a Saúde no processo ensino aprendizagem e de inclusão escolar e social de crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Aposta-se que uma direção viávelseja a de fomentar discussões com a escola sobre que outras intervenções pedagógicas são possíveis para atender a necessidade singular apresentada por cada caso, e com isso não forçar o enquadramento em um diagnóstico contemplado pelo AEE, por exemplo. Nesse processo, incluir os serviços da Atenção Básica também se faz necessário, para que essas discussões se ampliem nos territórios.

Pontos de cuidado à criança e ao adolescente

É incontestável a importância de uma criança receber acompanhamento da Atenção Básica desde a gestação, nos seus primeiros dias de vida até findar sua condição de criança e adolescência. As consultas regulares de pré-natal e puericultura são de extrema relevância para um processo de acompanhamento do desenvolvimento da criança de forma global, que vai além do aferir medidas de crescimento, conforme o MS preconiza e está bem explícito na *Caderneta de Saúde da Criança*.

Nos casos de crianças e adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Atenção Psicossocial Estratégica é um ponto de articulação dos demais pontos da Rede. Esse componente é formado pelos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas diferentes modalidades, mas essa função também pode ser exercida pelas Equipes de

Referência em Saúde Mental (ERSM) e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em termos do público infantojuvenil, os CAPSi são os dispositivos privilegiados.

Os CAPSi foram instituídos como política pública nacional através da Portaria 336/2002 (também contemplada na Portaria de Consolidação nº3/2017), que estabelece sete características[10] para esse serviço, nas quais destaca-se a seguinte: “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território”. O CAPSi deve se responsabilizar pelo cuidado oferecido internamente no serviço, mas para além do seu espaço institucional. Ou seja, segundo as diretrizes do MS, as intervenções de um CAPSi devem extrapolar o seu espaço físico, orientações que valem também para outras modalidades de CAPS.

> Um trabalho clínico não pode deixar de ampliar-se também no serviço, de seus portões para fora, para a rede que inclui outros serviços de natureza clínica (outros Capsis e Caps, ambulatórios, hospitais, PSFs, etc.), mas também outras agências sociais não clínicas que atravessam a vida das crianças e jovens: escola, igreja, órgãos da justiça e da infância e adolescência, conselho tutelar, instituições de esporte, lazer, cultura, dentre outros (BRASIL, 2005, p. 14).

A ideia fundamental é que o cuidado deve ser organizado em rede, e não apenas um serviço ou um setor deva ser o único responsável por dar conta da complexidade das questões que atravessam as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e suas famílias. Aposta-se que a articulação em rede de diversos dispositivos do território, que estão além do campo da saúde, possibilita a ampliação da capacidade do cuidado e com isso aumenta a chance das ações serem mais resolutivas. Portanto, a construção do PTS deve seguir esta direção de articulação em rede, sem deixar de visar o caso a caso, para que não cair no risco do modelo padronizado, *estandartizado* e repetível para todos.

Avaliação e Tratamento de Transtornos Mentais na Infância e Adolescência

Os transtornos mentais na infância e adolescência predizem uma série de comportamentos negativos nos âmbitos sociais, educacionais e de saúde, e resultam em sofrimento para a criança e também para aqueles com quem convivem. O diagnóstico nesta fase é complexo. **As crianças e os adolescentes estão em constante desenvolvimento, e por causa disso em um mesmo transtorno podem existir diferentes manifestações sintomáticas a depender da fase etária em que se encontra o paciente.** Além disso, é preciso ter cautela e realizar um tratamento adequado, pois os transtornos mentais nesta fase podem ser preditores de transtornos psiquiátricos no adulto ou estenderem até a vida adulta (RUTTER, 2015).

Na avaliação inicial, primeiramente é preciso saber se a queixa apresentada está dentro da variação de comportamento esperado para a idade, e partir disso julgar se é considerado parte do desenvolvimento ou patológico (ASSUMPÇÃO, 2012). Busca-se compreender também as possíveis causas da queixa, sua frequência, intensidade, duração, impacto social, severidade, contexto associado e a quantidade de sofrimento pessoal envolvida (RUTTER, 2015). E acrescido à investigação o exame psíquico, o histórico médico com destaque para o relato da gestação, do parto e do desenvolvimento neuropsicomotor; assim como da autonomia, socialização e interação com os membros da família. Na avaliação é importante investigar a história familiar, sobretudo a presença de transtornos mentais. Com estes dados, é possível formular hipóteses diagnósticas sobre o que está acontecendo com a criança e avaliar a necessidade de tratamento, este processo de avaliação pode ser prolongado e requerer, em muitos casos, mais de um atendimento. No entanto, tais hipóteses podem ser revisadas ao longo do tratamento, a medida que novas informações sobre o quadro forem acrescentadas ou revisadas. E também, porque como a criança está em desenvolvimento, ela apresentará modificações nas manifestações psicopatológicas dos transtornos mentais ao longo do tempo (RUTTER, 2015).

---

[10] Nesse momento não serão trabalhadas cada uma, mas acredita-se ser importante o conhecimento de todas elas. A portaria pode ser acessada no seguinte link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.

Na entrevista, é imprescindível observar o paciente em diferentes circunstâncias, em atendimento em conjunto com a família e a sós com o paciente. A entrevista com o paciente tem as suas especificidades a depender da fase do desenvolvimento na qual ele se encontra, e com base nisso utiliza-se de outros recursos para avalia-lo, como o uso de recursos lúdicos, o brincar e o desenho (RUTTER, 2015). O paciente, principalmente o adolescente, deve ser informado desde o início sobre a confidencialidade do atendimento e seus limites, uma vez que o sigilo pode ser quebrado sem o consentimento do próprio paciente, quando a segurança dele ou a dos outros estiver em risco (LEMPP, 2012).

Ao longo da avaliação, é importante ser criterioso com as dificuldades apresentadas pelos pais e pela escola durante os relatos, pois em algumas condições o sintoma da criança é reflexo da sua relação com eles, ou é uma reação a um ambiente estressante e adverso. Em decorrência disso, é importante a obtenção de informações a partir de múltiplas fontes (família, paciente e escola, no mínimo), assim a criança é avaliada de maneira global, considerando os diversos ambientes frequentados e contextos os quais ela está inserida (RUTTER, 2015).

Apesar de grandes avanços em vários ramos na Medicina, no momento, não existem testes clínicos, nem de imagem capazes de identificar especificamente um transtorno psiquiátrico. Isso evidencia a importância de uma avaliação atenta e apurada do caso, para justificar a necessidade da solicitação de avaliações complementares para auxiliar na investigação diagnóstica e na condução do tratamento (ASSUMPÇÃO, 2012).

O tratamento de transtornos mentais na infância e adolescência envolve uma equipe multiprofissional ou interdisciplinar que abordam não apenas os sintomas e seus prejuízos, mas estende, em muitos casos, para intervenções com a família e a escola (RUTTER, 2015). A depender do transtorno, o paciente pode ser tratado com intervenções não farmacológicas, e a medicação é apenas uma das várias opções terapêuticas cujos potenciais benefícios e riscos precisam ser considerados tanto pelo clínico, quanto pela família e, sempre que possível, também pelo próprio paciente (VITIELLO, 2012). No entanto, não são todos os transtornos que as intervenções puramente psicossociais melhorarão o quadro, nestes casos a medicação é necessária para melhorar o humor, o comportamento e o funcionamento, por exemplo. A psicoterapia e tratamento medicamentoso não são modalidades de tratamento excludentes, em muitas situações o uso combinado destas terapêuticas é mais benéfico do que apenas a monoterapia (VITIELLO, 2012).

O tratamento medicamentoso, quando necessário, em sua maioria, inicia-se baseado no sintoma-alvo visando a sua minimização. A escolha da medicação depende do sintoma, da faixa etária do paciente, dos prováveis efeitos colaterais, formas de administração, comordidade e custo familiar. Ê importante explicar à família e ao paciente, desde que tenha idade passível de compreensão, qual medicação será administrada a ele para que possa opinar e participar do próprio tratamento. Crenças e preconceitos relacionados ao uso de psicotrópicos e os possíveis efeitos colaterais devem também serem esclarecidos, pois diminuem o receio do uso da medicação e aumenta a adesão ao tratamento (ASSUMPÇÃO, 2008).

A simples utilização da medicação não é suficiente para a solução de todos os problemas infantojuvenis, uma vez que eles sofrem interferências de aspectos familiares, sociais e escolares. Dessa maneira, a elaboração do PTS é de extrema importância no tratamento de transtornos mentais na infância e adolescência (ASSUMPÇÃO, 2008).

REFERÊNCIAS

ANJOS, C. S. N. dos. Redes Intersetoriais no Campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil. **Memorias Convención Internacional de Salud Pública.** Cuba Salud 2012. Habana: 3-7 de diciembre de 2012. Disponível em: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewFile/2032/838>. Acesso em: 18 de maio de 2013.

ASSUMPÇÃO, F.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. 2ed. São Paulo:Editora Atheneu, 2012.

______. **Piscofarmacoterapia na Infância e Adolescência**. 1ed. São Paulo:Editora Atheneu, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva-05122014&Itemid=30192. Acesso em 09 set 2018.

______. Ministério da Educação. Resolução nº 04 de 02 de outubro de 2009. Institui diretrizes operacionais para o atendimento educacional especializado na educação básica, modalidade educação especial. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF: 2009.

______. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF: 2002.

______. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 3**, de 03 de outubro de 2017: Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2017.

______. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

______. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (org.). **A criança e a saúde mental**: enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004.

COUTO, M. C. V **.Política de saúde mental para crianças e adolescentes:** especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010). 2012. 178 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, Dec. 2008. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010. Cap. 14, p. 271-279.

LEMPP T, DE LANGE D, RADELOFF D, BACHMANN C. The clinical examination of children, adolescents and their families. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of **Child and Adolescent Mental Health**. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012.

OLIVEIRA, R. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. In: COUTO, M.C.V. e MARTINEZ, R.G. (orgs). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007, 152p.

RUTTER, M. et al. **Rutter's Child and Adolescente Psychiatry**. 6ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2015.

VITIELLO, B. **Principles in using psychotropic medication in children and adolescents**. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012.

7.4 TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Ao longo da história da humanidade o uso de drogas esteve associado às interações do sujeito com contexto vivido, com os aspectos culturais, os ritos religiosos, ou seja, em cada época, em cada sociedade, o uso da droga assume intenções, propostas e objetivos distintos, conforme o ambiente e as interações que o sujeito realiza.

Dessa forma, é possível afirmar que o uso da droga deve ser entendido a partir da análise das interações do sujeito com a droga e com o meio onde vive. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é toda substância que, introduzida no organismo vivo, modifica ou mais das suas funções, independente de ser lícita ou ilícita.

De acordo com o Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2015), as políticas públicas destinadas às pessoas com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas, começaram a surgir em meados do século XX, influenciadas por convenções da Organização das Nações Unidas (ONU), entre 1961 e 1988. Durante esse período, se fortalece o discurso que associa o uso da droga à criminalidade e as abordagens são fortemente marcadas pela exclusão social, sem distinção entre uso e tráfico.

Somente a partir da década de 90, com o fortalecimento dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, se fortalece a necessidade de mudança da lógica do cuidado. Em 2003, após a aprovação da Lei nº 10.216/2001, o Ministério da Saúde publica a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em consonância com as diretrizes da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

É nessa perspectiva que o cuidado à pessoa que faz uso de álcool e outras drogas deve ser realizado, a partir da concepção de que o fenômeno do uso de drogas se dá na relação do sujeito com a droga em si, com o contexto social, econômico e político em que ele se insere e com seus recursos internos para lidar com as diversas situações da vida.

7.4.1 PADRÕES DE USO

Cada sujeito se relaciona com a droga de uma forma singular, que pode se relacionar com sua história de vida, contexto socioeconômico e familiar e aos seus recursos internos para enfrentar os desafios cotidianos. Considerando essas particularidades, a OMS reconhece diferentes padrões de autoadministração de Substâncias Psicoativas (SPA), não sendo correto afirmar que todo uso é patológico e problemático.

De acordo com levantamento da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), após um período de dez anos de uso, entre 12 a 13% dos usuários desenvolvem dependência ao álcool, 15 a 16% à cocaína e 8% à maconha. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10), por sua vez, propõe critérios que permitem diferenciar o abuso (uso nocivo) e a dependência, conforme apresentado no Quadro 23:

Quadro 23: Padrões de uso de substâncias psicoativas

USO	Nem todo uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) é patológico ou problemático. Porém, mesmo o uso ocasional pode oferecer riscos à saúde, como uma pessoa que faz uso pontual de álcool e dirige.
ABUSO (USO NOCIVO)	É um padrão de uso de substância psicoativa que causa dano a saúde. Para caracterizar uso nocivo e abusivo, as diretrizes diagnósticas requerem que um dano real tenha sido causado à saúde física ou mental do usuário e que, ao mesmo tempo, esse sujeito não preencha os critérios diagnósticos para dependência, para transtorno psicótico induzido por drogas ou para outro transtorno relacionado ao uso de drogas.
SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA	Um diagnóstico definitivo de dependência deve ser feito quando a pessoa apresentar, durante a maior parte do tempo, no período de um ano, três ou mais dos seguintes requisitos: 1. Forte desejo ou compulsão para consumir a substância; 2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumo (início, término ou quantidade); 3. Estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância for reduzido ou interrompido; 4. Evidência de tolerância, quando quantidades crescentes da substância psicoativas são requeridas para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; 5. Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa; 6. Aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou consumir a substância ou para se recuperar dos seus efeitos; 7. Persistência no uso da substância, mesmo diante de consequências visivelmente prejudiciais.

FONTE: Adaptado de NUTE-UFSC (2016), apud SENAD (2017).

A OMS orienta ainda que, para fornecer um quadro mais amplo da saúde do indivíduo, os critérios diagnósticos do CID-10 sejam complementados com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O uso da CIF pode permitir a ampliação do olhar para o processo de saúde-doença, incluindo na avaliação aspectos biomédicos, psicológicos e sociais.

Para complementar esses instrumentos diagnósticos, é importante que o serviço busque informações sobre os padrões de uso e sobre o tipo de SPA utilizada pelo usuário atendido, junto ao mesmo, à família, amigos e comunidade.

Identificar com clareza o padrão de uso, a SPA e a relação que o indivíduo estabelece com a droga é de suma importância para articular estratégias de cuidado e garantindo o cuidado certo, na hora certa, à pessoa certa. Isso significa que usuários mais graves, com casos mais complexos, devem ser atendidos prioritariamente, invertendo a lógica de "ordem de chegada" e "listas de espera" e garantindo atendimento mais ágil a quem precisa mais.

Especificamente no que se refere à dependência, é importante ter cautela no diagnóstico, observando os critérios acima explicitados e que, com frequência, para além de uma dependência física, é possível identificar uma dependência psicológica à substância psicoativa. A dependência física se evidencia por sintomas físicos quando o sujeito suspende ou interrompe o uso da droga. Os sinais de abstinência podem variar desde um tremor nas mãos, até um quadro de *delirium tremens*[11], que provoca risco de morte.

Os efeitos da dependência física, no geral, podem ser tratados nos serviços de saúde, conforme gravidade do caso. A dependência psicológica, entretanto, não pode ser resolvida de forma rápida, apenas através do manejo medicamentoso, por exemplo. Isso explica porque as internações para dependência geram resultados tão pontuais e o índice de reinternações é alto: as internações têm como função estabilizar um quadro clínico associado à dependência física, mas a dependência psicológica tem tratamento longo a ser realizado no âmbito territorial, podendo associar estratégias de cuidado diversas, como terapias individuais e em grupo, terapia medicamentosa, trabalho com famílias, reinserção no mercado de trabalho, entre outras, a partir desse olhar amplo para os fatores que incidem sobre o uso da droga.

7.4.2 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Embora estejamos mais acostumados a ler e ouvir sobre as categorias de SPA de acordo com a divisão legal: lícitas e ilícitas, existem outras divisões possíveis para a classificação dessas substâncias, de acordo com suas características farmacológicas, com seus efeitos, etc. O uso indiscriminado de uma SPA lícita pode ser tão nocivo quanto o uso de substâncias ilícitas, como não é raro vermos no uso abusivo de álcool ou de benzodiazepínicos.

O quadro a seguir (Quadro 24) foi adaptado do Guia de intervenção mhGAP (OPAS, 2017) e traz a discriminação de algumas SPA segundo seus efeitos em quadros agudos, características da abstinência e efeitos do uso prolongado.

Quadro 24: Substâncias psicoativas: efeitos agudos, características da abstinência e efeitos do uso prolongado

	Efeitos agudos	Características da abstinência	Efeitos do uso prolongado
Álcool	Odor excessivo de álcool, dificuldade para articular as palavras, comportamento desinibido, agitação, vômitos, insegurança ao caminhar.	Temores, espasmos, náuseas e vômitos, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, crises convulsivas, agitação, confusão, agitação, alucinações. **RISCO DE MORTE.**	Perda de volume cerebral, redução da capacidade cognitiva, deterioração do juízo, perda de equilíbrio, fibrose hepática, gastrite, anemia, maior risco de alguns tipos de câncer e outras morbidades.

---

[11] *Delirium tremens* é um tipo de delirium específico da abstinência de álcool ou de medicamentos depressores do Sistema Nervoso Central. Pode durar vários dias. É caracterizado por tremores, suores, agitação, ansiedade, pode haver alucinações, arritmia cardíaca, hipertermia e convulsões.

Benzodiazepínicos	Dificuldade para articular as palavras, comportamento desinibido, insegurança ao caminhar.	Ansiedade, insônia, temores, espasmos, náuseas e vômitos, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, crises convulsivas, agitação, confusão, alucinações. **RISCO DE MORTE.**	Prejuízo da memória, maior risco de quedas em idosos, risco de sobredose mortal de sedativos.
Opióides	Pupilas diminuídas, sonolência, rebaixamento da consciência, lentidão ao falar.	Pupilas dilatadas, ansiedade, náuseas e vômitos, diarreia, cólicas abdominais, moléstias e dores musculares, cefaleias, olhos lacrimejantes e secreção nasal, bocejos, piloereção ("pele de galinha"), aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial.	Constipação, risco de sobredose mortal de sedativos, hipogonadismo, adaptações nas respostas às recompensas, na aprendizagem, e ao estresse.
Tabaco	Excitação, aumento da atenção, concentração e memória, diminuição da ansiedade e do apetite, efeitos similares aos dos estimulantes.	Irritabilidade, hostilidade, ansiedade, disforia, estado de ânimo deprimido, frequência cardíaca elevada, aumento do apetite.	Doença pulmonar (nos fumantes de tabaco), doenaças cardiovasculares, aumento do risco de câncer e outros efeitos sobre a saúde.
Cocaína, metanfetamina e estimulantes tipo anfetamina	Pupilas dilatadas, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, excitação, euforia, hiperatividade, fala acelerada, pensamentos desenfreados e desordenados, paranoia, se mostra agressivo, errático e violento.	Fadiga, aumento do apetite, estado de ânimo deprimido, irritabilidade. **OBSERVE A PRESENÇA DE PENSAMENTOS SUICIDAS**.	Hipertensão, maior risco de acidente vascular cerebral (ACV), arritmias, cardiopatias, ansiedade, depressão.
Maconha	Pupilas normais, conjuntiva avermelhada, retardo na capacidade de resposta, euforia, relaxamento.	Humor deprimido ou lábil, ansiedade, irritabilidade, perturbação do sono (pode não haver nenhuma característica claramente observável).	Risco aumentado de sofrer de outros transtornos mentais, como ansiedade, paranoia e psicose, falta de motivação, dificuldade para concentrar-se; maior risco para infarto e AVC.

Tramadol	Efeitos opióides (sedação, euforia, etc.) seguidos de efeitos estimulantes (excitação e, em doses elevadas, crises convulsivas).	Efeitos da abstinência predominantemente de opióides, mas também sintomas de abstinência de alguns inibidores da recaptação de norepinefrina e serotonina (estado de ânimo deprimido, letargia).	Dependência de opióides, risco de crises convulsivas, alteracões do sono.
Solventes voláteis	Tonturas, desonrientação, euforia, alucinações, delírios, falta de coordenação, transtornos visuais, ansiólise (estado de tranquilidade induzido por medicamentos), sedação.	Maior sensibilidade a crises convulsivas.	Diminuição da função cognitiva e demência, neuropatia periférica, outras sequelas neurológicas, maior risco de arritmias que causam morte súbita.
Alucinógenos	Aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da temperatura corporal, redução do apetite, náuseas e vômitos, falta e coordenação motora, pupilas dilatadas, alucinações.	Não há dados	Episódios psicóticos agudos ou crônicos, cenas retrospectivas ou re-experimentação dos efeitos do medicamento muito tempo depois de ter terminado seu uso.
MDMA (ecstasy)	Aumento da confiança em si mesmo, empatia, compreensão, sensação de intimidade, comunicação, euforia, energia.	Náuseas, rigidez muscular, cefaleia, perda do apetite, visão borrada, sensação de boca seca, insônia, depressão, ansiedade, fadiga, dificuldade para concentrar-se.	Neurotóxico,provoca consequências comportamentais e fisiológicas, depressão.

Fonte: OPAS, 2017

7.4.3 PREVENÇÃO

Por prevenção ao uso de drogas entendemos um conjunto de ações que visa evitar e/ou diminuir os efeitos do uso de drogas. As práticas preventivas devem ser adaptadas ao momento em que visam atuar, considerando-se que o uso nocivo de drogas geralmente se desenvolve numa sequência temporal. A prevenção visa assim:

1) Impedir que o uso de drogas ocorra;

2) Reduzir o uso de drogas quando não pôde evitar sua ocorrência;

3) Retardar o início do uso de drogas;

4) Evitar a transição de um uso esporádico para um uso frequente ou abusivo.

Relatos recentes dão conta de que **experiências de prevenção focadas em métodos de transmissão de informações negativas sobre as drogas e na imposição de leis e regras, principalmente entre crianças e adolescentes, são ineficazes.** Muitas vezes as crianças e adolescentes convivem com adultos próximos ou com integrantes de seu grupo de amigos que fazem uso de drogas, até mesmo em sua presença. Nesses casos,

> se o adolescente se identifica com os pais ou grupo de amigos, a tentativa de impor conceitos em que as drogas são vistas como "grande mal" pode colocá-los contra seus pares e, assim, fragilizá-los; paradoxalmente, coloca-os em risco de uso. O "não uso" é uma conquista a ser realizada junto, e não imposta. Para isso, é preciso compreender que o fenômeno saúde/doença envolve influências diversas (BRASIL, 2017).

As ações de prevenção ao uso de drogas devem se voltar para a identificação e atuação junto aos fatores de risco, buscando minimizá-los, e fortalecer os fatores de proteção. Os fatores de risco e de proteção se localizam em nível individual, familiar e comunitário (Quadro 25) e é por isso que se recomenda o desenvolvimento de ações voltadas e inseridas nas comunidades.

Quadro 25: Fatores de risco e de proteção

	FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
INDIVIDUAIS	Baixa auto estima; falta de auto controle e assertividade; anti-social precoce, doenças pré-existentes (ex.: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), e vulnerabilidade psicossocial.	Apresentação de habilidades sociais; flexibilidade; habilidade em resolver problemas; facilidade de cooperar; autonomia, responsabilidade e comunicabilidade; vinculação familiar-afetiva ou institucional.
FAMILIARES	Uso de álcool e outras drogas pelos pais; isolamento social entre os membros da família; conflitos familiares.	Existência de vinculação familiar, com o desenvolvimento de valores e o compartilhamento de tarefas no lar, bem como a troca de informações entre os membros da família sobre as suas rotinas e práticas diárias; o cultivo de valores familiares, regras e rotinas domésticas.
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	Pares que usam drogas, ou ainda que aprovam e/ou valorizam o seu uso; rejeição sistemática de regras, práticas ou atividades organizadas.	Pares que não usam álcool/drogas, e não aprovam ou valorizam o seu uso; envolvidmento com atividades de qualquer ordem (recreativa, escolar, profissional, religiosa ou outras), que não envolvam o uso indevido de álcool e outras drogas.
AMBIENTES DE FORMAÇÃO E	Falta de habilidade de convivência com grupos e a disponibilidade de álcool e	Ambiente que evidencia regras claras e consistentes sobre a conduta

APRENDIZAGEM	drogas na escola e nas redondezas; escola que apresenta regras e papéis inconsistentes ou ambíguos com relação ao uso de drogas ou à conduta dos estudantes.	considerada adequada – desde que isto faça parte de um processo educativo e evolutivo docente-assistencial que considere cada vez mais a participação dos estudantes em decisões sobre questões escolares, com a inerente e progressiva aquisição de responsabilidades.

Fonte: BRASIL, 2017.

A prevenção deve atuar no sentido de fortalecer a capacidade de tomada de decisão, criar relações de confiança que facilitem com que se peça ajuda, compreender os sentidos do uso de drogas nas diferentes famílias e sociedades e avaliar criticamente as mensagens veiculadas nas diferentes mídias. (BRASIL, 2017)

Como já mencionado, deve-se evitar práticas de imposição de regras e focadas na abordagem das drogas como se essas substâncias fossem o "grande mal" a ser combatido. O Ministério da Saúde, em sua Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) sinaliza que

> repassar informações sobre os efeitos e consequências do uso de álcool e drogas é útil, porém de validade questionável, quando feito de forma isolada e desconectada de um programa de prevenção desenhado de forma a respeitar as características de sua população-alvo. Vemos ainda que a percepção distorcida da realidade do uso de substâncias psicoativas promove a disseminação de uma cultura de combate às drogas, substâncias inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso indevido e dependência. (BRASIL, 2003)

Assim, as ações de prevenção devem considerar os fatores de risco e proteção elencados e as singularidades dos sujeitos, assim como devem ser realizadas no âmbito comunitário e contar com a participação dos envolvidos desde seu planejamento. A abordagem de redução de danos é considerada estratégica nesse campo, "uma vez que possibilita um planejamento mais flexível e abrangente de atividades preventivas, dentro de um contexto de saúde publica" (BRASIL, 2003).

7.4.4 AVALIAÇÃO E MANEJO

O ideal é que se avalie o uso de SPA – especialmente álcool e tabaco – em todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, evitando prender-se a estereótipos. Os itens a seguir podem auxiliar a avaliação (OPAS, 2017).

QUESTÃO 1: A pessoas consome substâncias psicoativas?

Pergunte acerca do consumo de tabaco, álcool e medicamentos psicoativos de prescrição. Considere a possibilidade de perguntar acerca do uso de maconha e outras substâncias.

Se a resposta for não: destaque os benefícios para a saúde de não consumir substâncias psicoativas.

Se sim, investigue: Como e quando começou a consumir a(s) substância(s)? O que acontecia em sua vida naquele momento? Alguém na família ou círculo social consome substâncias psicoativas? Já tentou parar ou reduzir o uso? Por que? Como foi?

QUESTÃO 2: O consumo da substância é prejudicial?

Para cada substância consumida, avaliar: a) Frequência e quantidade de uso (pergunte quantos dias por semana consome; qual quantidade consome em um dia); b) Comportamentos prejudiciais (pergunte se o consumo causa algum prejuízo). Investigue: traumatismos e acidentes; conduzir intoxicado; injeção de drogas, compartilhamento ou reutilização de agulhas; problemas nas relações; atividade sexual quando intoxicado; problemas legais ou econômicos; incapacidade para cuidar dos filhos de forma responsável; violência; desempenho deficiente na escola ou no emprego; desempenho deficiente nas funções sociais esperadas (por exemplo, criação dos filhos).

Se não, oriente sobre os riscos do consumo da substância. Acompanhe o caso.

Se sim, **avalie se há risco de suicídio** e insira o sujeito no acompanhamento psicossocial, considerando solicitar apoio matricial. Mantenha postura acolhedora e busque estabelecer vínculo. Não faça julgamentos de valor. Oriente sobre os prejuízos do uso nocivo de substâncias psicoativas e destaque que seu padrão de uso vem lhe causando danos à saúde. Busque compreender o que motiva o sujeito a consumir SPA. Explore possibilidades de reduzir ou interromper o uso (lembre-se que a decisão é do sujeito). Aborde outras necessidades do sujeito: alimentação, habitação, trabalho, renda, educação, etc. (OPAS, 2017)

Se sim ou não, siga para a questão 3.

QUESTÃO 3: É provável a dependência?

Para cada substância psicoativa consumida, pergunte acerca das seguintes características da dependência: níveis altos de consumo frequente; ânsia intensa ou compulsão de consumir a substância; dificuldade para autorregular o consumo da substância apesar dos riscos e consequências prejudiciais; aumento dos níveis de tolerância ao consumo e sintomas de abstinência ao interromper o consumo.

Se não, siga a orientação da questão 2.

Se sim, **avalie se há risco de suicídio** e insira o sujeito no acompanhamento psicossocial, em conjunto com ERSM, CAPS ou NASF. O tratamento no território, em geral, é mais eficaz do que o hospitalar. Busque sempre adotar medidas com o consentimento do sujeito. Se a gravidade da dependência e/ou a falta de suporte familiar e social assim o indicar, considere a possibilidade de acolhimento em CAPS AD III ou internação. A internação involuntária é contraindicada em casos de uso de substância psicoativa, e; caso se realize, deve durar apenas o tempo necessário à desintoxicação, após, decidir junto com o paciente os passos seguintes. Lembre-se que a interrupção súbita do uso abusivo de substância psicoativa pode causar efeitos (ver características da abstinência,Quadro 24). Em caso de dependência de benzodiazepínicos, deve-se considerar a redução gradual da dose, com dispensa supervisionada. Investigue a necessidade de tratar comorbidades.

Tal como na questão anterior, sempre mantenha postura acolhedora e busque estabelecer vínculo. Não faça julgamentos de valor. Oriente sobre os prejuízos do uso nocivo de substâncias psicoativas e destaque que seu padrão de uso vem lhe causando danos à saúde. Busque compreender o que motiva o sujeito a consumir substâncias psicoativas. Explore possibilidades de reduzir ou interromper o uso (lembre-se que a decisão é do sujeito). Aborde outras necessidades do sujeito: alimentação, habitação, trabalho, renda, educação, etc. (OPAS, 2017)

Se o sujeito manifestar o desejo de reduzir ou interromper o uso, lembre-se de abordar as causas da dependência psicológica. Busque identificar os fatores desencadeantes do uso e as formas para evitá-lo. Busque identificar, de acordo com o contexto em que o sujeito está inserido – estratégias de enfrentamento para seus problemas cotidianos.

Caso a opção, no momento, não seja a de interromper o uso, lembre-se de orientar o sujeito sobre os riscos de conduzir intoxicado, necessidade de manter relações sexuais de forma segura, evitar o compartilhamento e a reutilização de seringas, etc.

É de extrema importância acompanhar as famílias das pessoas que fazem uso nocivo ou são dependentes de substâncias psicoativas. Deve-se buscar avaliar as repercussões na vida familiar, especialmente se há crianças no domicílio. Busque trabalhar as demais necessidades da família, não fique focado apenas no sujeito que faz uso de drogas.

A atuação com usuários de SPA não se restringe ao relato sobre a substância de maior consumo e seus efeitos, mas nos convoca a um exercício de disponibilidade, na compreensão do sofrimento e a forma como este se apresenta, visando a construção de uma rede de suporte e amparo para um projeto de cuidado, considerando as fragilidades e as potencialidades de cada momento desta clínica, que não se constrói de forma linear e uniforme, mas é dinâmica, opera por fragmentações, suporta acordos parciais, que precisam ser revistos a todo tempo, porta muitas necessidades e demandas e seus fluxos são muitas vezes atordoantes. A coprodução do cuidado é o contorno da clínica com usuários de substâncias psicoativas, estabelecer acordos, modos de operar que possam ser saudáveis, mesmo que, momentaneamente.

7.4.5 ACOLHIMENTO E AÇÕES DE CUIDADO

Geralmente, na história de vida dos usuários de álcool e outras drogas o uso da droga não é o fator preponderante que desencadeia o sofrimento vivido. É comum que as experiências vividas com situações conflitantes, nos tensionamentos das relações afetivas e familiares, desencadeem fragilidades a partir da exposição dos sujeitos às situações vulneráveis e violentas.

Desta forma, o uso da SPA em alguns casos assume um papel de gerar prazer e até mesmo de refúgio para as violências sofridas nas experiências vividas. Neste caso, o sofrimento, exposto naquele momento de forma abrupta – ou, no senso comum, a “crise” -, não deve ser percebido como sinônimo de doença ou fracasso, mas como um sinal de alerta, um pedido de ajuda daquele que trouxe no enredo de sua história o uso da droga. Seu sofrimento, suas queixas, suas reivindicações e atitudes intempestivas não devem ser atribuídos única e exclusivamente ao uso da substância.

É comum que de imediato visualizemos os efeitos droga, o estado de alteração de comportamento do usuário e o tumulto gerado, o que parece nos impulsionar com toda força ao encontro do culpado: o uso da SPA, podendo estar também associada a algum transtorno psiquiátrico.

A alteração do comportamento não deve ser o único foco da abordagem. Ao contrário, deve-se ter em mente que o sujeito diante de nós possui de uma história de vida, com aspetos comuns a todas as histórias, infância, conflitos familiares, perdas e memórias afetivas, devemos deixar de reproduzir formas de pensar e agir de senso comum, abrindo e possibilidades para construção de vínculo, relação de cuidado e confiança entre profissional e usuário.

A entrada da equipe de saúde em cena, com postura acolhedora e atitudes claras, preservando o lugar de fala do usuário, garantindo a legitimidade de seu discurso neste momento de negociação de direitos, dá início ao processo de ingresso no serviço de saúde, os primeiros momentos da relação ou contato entre serviço/equipe de saúde e usuário.

Nos primeiros instantes ou primeiras vezes que o usuário de substância psicoativas vai ao serviço de saúde, é comum a expressão de pensamentos ambivalentes com relação ao querer estar ali, ao querer inserir-se no tratamento, querer estar no acolhimento. Muitas vezes leva tempo até que o usuário realmente adentre ao serviço e assuma uma postura mais acessível e confiante ao manejo da equipe de cuidado.

É importante ressaltar que a demora e certa resistência do usuário em acessar e aceitar o serviço de saúde estão diretamente relacionadas ao grau de sofrimento e vulnerabilidades presentes em seu modo de vida atual e passado. Nesta etapa inicial do usuário no serviço de saúde, é importante identificar as prioridades entre as inúmeras demandas apresentadas, para que a equipe possa agir de forma a potencializar o cuidado e facilitar a relação do usuário com serviço. Nesse momento de acolhimento do usuário devem-se evitar alguns comportamentos e exigências (Quadro 26).

Quadro 26: O que evitar e o que oportunizar

EVITAR	OPORTUNIZAR
Juízo de valor, estigmas e preconceitos	Singularidade com a valorização da história da pessoa
Barreiras de acesso (agendamentos demorados, exigência de documentação para cadastro, estar abstinente para ingressar no serviço, apresentar	Legitimar a demanda do usuário e ofertar atendimento

cartão do SUS e comprovante de residência, frequência diária...)	
Institucionalizar o processo de cuidado	Busca ativa, ações no território e interlocuções com parceiros intersetoriais
Dar conselhos	Construir possibilidades com o usuário
Relação assistencialista	Promoção de autonomia e protagonismo
Único direcionamento de ações	Pacote de ofertas de ações pactuadas com o usuário
Baixa oferta de ações, falta de conhecimento, da Rede existente e alta cobrança do usuário	Respeitar o direito do usuário com baixa exigência e alta qualidade de oferta de serviços

FONTE: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas apud BRASIL, 2015 (adaptado).

Após o exercício de elencar as demandas prioritárias, uma pactuação entre profissional e o usuário, pode-se recorrer a recursos internos (existentes no próprio serviço) e aos recursos externos (existentes nas redes de políticas intersetoriais, tais como: assistência social; habitação, trabalho e renda, educação, movimentos sociais) a fim de iniciar a construção do PTS (ver item 4.9), um dispositivo capaz de formular ações ou projetos capazes de reduzir os riscos e vulnerabilidades identificadas com usuário.

O PTS é o dispositivo existente nos serviços de saúde capaz de exercer contratualidade, ou seja, disponibilidade para pactuações dentro do tratamento, entre usuários e equipes e representa para o usuário o reconhecimento e a legitimidade de sua história de vida, de seus valores, crenças e significados que fundamentam seu jeito de ser/pensar e agir. Para tanto, entender as referências trazidas pelo usuário, seus marcos em sua história de vida, sua relação com outras pessoas, suas referências afetivas, seu contexto sócio-comunitário, suas limitações, sua condição clínica[12], potencialidades, relação com a SPA, intensidade e padrão de uso, são aspectos fundamentais na construção do PTS. O PTS, nesse sentido, não deve ser um instrumento estanque, uma receita a se seguir, mas um dispositivo que orienta o cuidado e, por isso, pode ser revisitado e alterado a qualquer momento, de acordo com as percepções e demandas do usuário, da família e da equipe que o acompanha e de acordo com os serviços disponíveis no território.

Recomenda-se a abordagem de acordo com a estratégia da Redução de Danos (ver item 4.8), buscando construir, com cada usuário, o que prioridade e o que é possívelpactuar. A abstinência nem sempre será a meta de resultado a ser alcançado na definição do PTS e isso, de maneira alguma deve significar para a equipe e o serviço de saúde, que o usuário se recusa a aderir à proposta terapêutica. Devemos nos lembrar sempre de que é a proposta terapêutica que deve se adequar à realidade, ao desejo e às possibilidades de cada usuário, e não o contrário.

---

[12] Destacamos aqui, a importância da realização da avaliação clínica, seja por meio da consulta de enfermagem ou clínica médica, considerando as comorbidades associadas ao uso de substâncias psicoativas, como forma de identificar necessidades prioritárias no inicio do processo de cuidado.

Kinoshita (1996, p. 57) defende que

> dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.

Assim, uma estratégia para o acompanhamento de pessoas que fazem uso nocivo ou apresentam dependência de substâncias psicoativas é buscar explorar outras alternativas de expressão do desejo e outros canais de expressão para o sofrimento subjacente a esse uso. Não existe receita pronta, pois uma alternativa bem sucedida num caso, nem sempre será interessante em outros casos. O profissional deve, antes de tudo, estar aberto ao diálogo e ao contato com cada usuário, na busca da construção coletiva de alternativas.

7.4.6 PRINCIPAIS COMORBIDADES ASSOCIADAS AO USO DE SPA

No cotidiano de cuidado a pacientes que fazem uso intenso ou abusivo de SPAs, é importante estabelecer uma rotina de procedimentos, atenta aos sinais clínicos e sintomas que estes pacientes apresentam, característicos do uso das SPA. A consulta e/ou atendimento das equipes de enfermagem, compostas de auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro, são imprescindíveis aos casos que frequentam os serviços de saúde mental, seja na modalidade ambulatorial, na atenção diária (CAPS I, CAPS II, CAPS ad, CAPSi) ou em casos para acolhimento 24h, em se tratando de um CAPS AD III.

A realização dos procedimentos da equipe de enfermagemno cuidado dos usuários de SPA tem apontado para uma melhoria nas condições de manejo clínico desses pacientes, permitindo que a equipe atue nos casos que apresentam as seguintes condições associadas à intensificação do uso de álcool e outras drogas: paciente que fez uso intenso no período da noite ou nos dias anteriores, podendo apresentar sinais e sintomas característicos de noites sem dormir, falta de alimentação adequada, exposição às condições vulneráveis nas ruas ou em locais de uso.

É pertinente ainda a verificação dos sinais vitais no início das atividades, mesmo com pacientes que apresentam situação de uso controlado ou reduzido de SPA, visto que podem apresentar um desequilíbrio no quadro clínico devido à possibilidade de doenças crônicas preexistentes como diabetes e hipertensão, seja por um episódio de recaída ou mesmo por abandono da medicação regular prescrita. Nessas situações, o manejo do caso poderá ser realizado pela equipe de saúde mental em articulação com rede de atenção básica e a rede urgência e emergência.

7.4.6.1 Comorbidades associadas ao uso intenso e/ou abusivo de álcool

Os casos de pacientes alcoolistas são considerados os que apresentam maior agravamento nas condições de adoecimento. Estes usuários requerem a maior atenção das equipes de saúde mental nos cuidados clínicos diários. Como principais comorbidades associadas ao uso de álcool estão: comprometimentos hepáticos, renais, cardíacos, distúrbios do sistema digestivo, neurológico, esquelético e de pele (tegumento).

É importante estar atento aos sinais de desidratação que interferem diretamente no sistema metabólico, afetando todos os sistemas do corpo. Os pacientes alcoolistas também podem apresentar edemas, dificuldades absortivas e de eliminação, dificuldades metabólicas, dentre outros agravos como; cirroses, pancreatite e câncer. Os quadros clínicos e seus agravos trazem aos pacientes alcoolistas dificuldades de deambulação, diminuição da potencialidade dos membros inferiores, apresentando risco de queda da própria altura ou de queda de leitos, fatores importantes de observar inclusive durante as internações hospitalares.

Podemos ainda observar o comprometimento do sistema músculo-esquelético, a constante queixa de dor crônica, possivelmente relacionada à desmielinização dos neurônios. O pensamento lentificado também é um importante dado para as equipes de saúde mental, pois o paciente requer um maior tempo para compreensão das intervenções e manejos pertinentes ao seu cuidado, apresentam esquecimento dos acordos feitos relativos ao PTS, assim, exigem um tempo maior para perceber a dinâmica de cuidado e as ações adotadas.

7.4.6.2 Comorbidades associadas ao uso de SPAs inalatórias

No caso de pacientes que relatam o maior uso de SPA inalatórias, estes apresentam comorbidades que atingem o sistema respiratório, tegumentar (pele) e sistema neurológico. A constante exposição das mucosas oral e nasal aos agentes químicos pode propiciar uma sensibilização, acarretando o aumento de secreções, dificuldades respiratórias, sangramentos, tosse e outras doenças respiratórias, tais como asma, bronquite, pneumonia e tuberculose.

Na pele, observamos que a desidratação causa rachaduras, podendo se estender a toda superfície corporal, propiciando a entrada de agentes nocivos e causadores de manchas e infecções, esse quadro pode estar agravado quando associado a condições precárias de autocuidado e higiene corporal.

7.4.6.3 Comorbidades associadas ao uso de crack

Em se tratando do uso do crack, uma substância que necessita de ser aquecida para o uso, a manipulação do calor pode apresentar sinais de danos nos dedos das mãos, unhas e na região próxima a boca, causando queimaduras que são portas de entrada para agentes nocivos.

Tanto na fase de abstinência quanto na fase de intoxicação aguda, não é incomum os usuários apresentarem quadros de delírios paranoides persecutórios.

Independente da SPA utilizada é necessário abordar ainda no cotidiano dos serviços os comportamentos relacionados a pratica sexual insegura, que podem apresentar riscos de contaminação com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A sífilis é principal IST observada pelas equipes de saúde mental no cotidiano do CAPS AD, assim como, o aumento do numero de pacientes infectados. Esse dado tem apontado para as equipes de CAPS AD um importante sinalizador da necessidade de criar protolocos de manejo com essa população de risco, a utilização dos testes rápidos, como de gravidez, por exemplo, para atuação no controle e prevenção das ISTs e da gravidez de risco em usuárias de SPAs. A atuação com as equipes de Atenção Básica e Consultório na Rua tem sido uma estratégia para garantia da efetividade do tratamento da sífilis e da realização dos exames de pré-natal em gestantes usuárias de SPAs.

Dessa forma, é de suma importância que as equipes se apropriem de instrumentos técnico-científicos para diagnóstico e manejo desses quadros clínicos, cada vez mais presentes na saúde mental, principalmente, no cuidado com pacientes usuários de álcool e outras drogas.

7.4.7 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) traz algumas orientações para o uso de medicamentos no tratamento dos quadros relacionados ao uso de SPA (Quadro 27).

Quadro 27: Principais classes de medicamentos, efeitos colateriais e precauções

Classe/ Indicação	Medicamento	Efeitos colaterais	Contraindicações/precauções
BENZODIAZEPÍNICOS **(para tratar a abstinência de álcool, intoxicação com estimulantes e psicoses)**	Diazepam	Sedação e depressão respiratória, podendo gerar risco de morte. O uso prolongado pode causar dependência.	**NÃO** usar em pessoas sedadas. Cuidado com a combinação com outros sedativos. Os pacientes não devem conduzir. A duração do efeito pode ser prolongada em pessoas com hepatopatia grave. Controle a dosagem dispensada para reduzir ao mínimo o risco de desvio (por ex., vender o medicamento a outra pessoa).
ANTAGONISTAS OPIOIDES **(Sobredosagem/over dose de opiáceos)**	Naloxona	Pode causar mal estar ou sintomas de abstinência	
VITAMINAS **(Para prevenir ou tratar a Encefalopatia de Wernicke)**	Tiamina (vitamina B1)		

AGONISTAS OPIÓIDES **(Para tratar a dependência e a abstinência de opióides)**	Metadona	Sedação, confusão, náuseas, vômitos, constipação, possíveis mudanças hormonais, diminuição da libido, alterações eletocardiográficas, como intervalo QT prolongado ou bradicardia, hipotensão, depressão respiratória.	Usar com cuidado em pacientes com enfermidade cardíaca ou respiratória
	Buprenorfina	Sedação, tontura, ataxia, náuseas, vômitos, constipação, depressão respiratória	Usar com precaução em pessoas com insuficiência cardíaca congestiva, enfermidades respiratórias ou hepatopatia. Potencial de abuso. A suspensão abrupta pode causar sintomas de abstinência.
	Sulfato de morfina	Sedação e depressão respiratória que podem pôr a vida em perigo. O uso prolongado pode causar dependência.	**NÃO** usar em pessoas sedadas. Cuidado com a combinação com outros sedativos. A pessoa não deve conduzir. Controle a dosagem dispensada para reduzir ao mínimo o risco de desvio (por ex., vender o medicamento a outra pessoa). Administre opióides de ação mais prolongada, como Metadona ou Buprenorfina, uma vez ao dia nos pacientes em tratamento ambulatorial, quando possível.
AGONISTAS ALFA-ADRENÉRGICOS **(Para tratar a abstinência de opióides)**	Clonidina	Sedação, tontura, desvanecimento, cefaleia, náuseas e vômitos, sensação de secura na boca, disfunção sexual, depressão, agitação, pressão arterial baixa, taquicardia, bradicardia sinusal e bloqueio auriculoventricular	Usar com precaução em pessoas com enfermidades cardíacas, cerebrovasculares e hepáticas. Usar doses inferiores em pacientes com enfermidades renais. Potencial de abuso. Observar atentamente os sinais vitais. **NÃO** suspender o tratamento bruscamente, pois a abstinência pode causar um rebote de hipertensão. **EVITAR** o uso em mulheres gestantes ou que estão amamentando
	Lofexidina	Sedação, tontura, pressão arterial baixa, alterações eletrocardiográficas como o intervalo QT prolongado e bradicardia sinusal	Usar com precaução em pessoas com enfermidades cardíacas, cerebrovasculares e renais. Evite usar em pacientes com síndrome de QT prolongado ou desordem metabólica, ou quando estiver tomando outros medicamentos que prolongam o intervalo QT. Observe atentamente os sinais vitais. **NÃO** suspender o tratamento bruscamente, pois a abstinência pode causar um rebote de hipertensão.

MEDICAMENTOS PARA PREVENIR A RECAÍDA DO CONSUMO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL **(Para suprimir o desejo irreprimível de beber)**	Acamprosato	Diarreia, flatulência, náuseas y vômitos, dor abdominal, depressão, ansiedade, risco de suicídio, prurido. Ocasionalmente pode surgir um exantema maculopapular e, raramente reações y, rara vez, reações cutâneas bolhosas	Em pessoas com enfermidades renais moderadas, receite uma dose inferior. **CONTRAINDICADO** na enfermidade renal e hepatopatia graves.
	Naltrexona	Sedação, tontura, náuseas e vômitos, dor abdominal, insônia, ansiedade, diminuição da energia, dor articular e muscular. Monitore a função hepática devido ao risco de toxicidade hepática.	**Risco de sobredosagem mortal** nos pacientes que fizerem uso de opióides mais de 24 horas depois de sua última dose de naltrexona, devido a perda rápida do efeito antagonista. **NÃO** usar em pacientes com insuficiência hepática ou hepatite aguda.
	Disulfiram	Sonolência, tonturas, cefaleia, sufocação, sudorese, sensação de secura na boca, náuseas e vômitos, tremor, dor corporial desagradável, disfunção sexual. Raramente, podem aparecer reações psicóticas, dermatite alérgica, neurite periférica ou dano das células hepáticas. As reações graves podem causar confusão, colapso cardiovascular e morte.	Os antidepressivos tricíclicos, os inibidores da monoamino-oxidase, os antipsicóticos, os vasodilatadores e os antagonistas adrenérgicos alfa ou beta tornam mais grave a reação entre o disulfiram e o álcool. A sensibilização ao álcool continua de 6 a 14 dias depois de tomar disulfiram, mesmo que em quantidades pequenas. **NÃO** usar com o álcool, já que as reações podem por em risco a vida ou ser mortais. **NÃO** usar em gestantes ou mulheres amamentando. **CONTRAINDICADO** para pessoas com hipertensão, enfermidades cardíacas, hepáticas ou renais, com antecedentes de acidentes cerebrovasculares, psicose ou impulsividade, ou em risco de suicídio.

Fonte: OPAS, 2017

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

______. Ministério da Saúde. **Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas:** Guia AD. Brasília: 2015.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa #tamojunto: prevenção na escola:** guia do professor. Brasília, DF: 2017.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 69-82, 1993.

OPAS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – Oficina Regional para las Américas. **Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustâncias em El nível de atención de salud no especializada**. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPAS, 2017.

SILVEIRA, D. X.; DOERING-SILVEIRA, E. B. **Padrões de uso de drogas**. Eixo Políticas e Fundamentos. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Aberta – Portal de formação à distância: sujeitos, contextos e drogas. Página eletrônica. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/modulos/capa/padroes-de-uso-de-drogas-1>. Acesso em 11 Out. 2018.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

7.5 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Os Transtornos de Personalidade caracterizam-se por padrões persistentes de vivência íntima e comportamento que se desviam acentuadamente das expectativas culturais do indivíduo, sendo generalizado, inflexível e estável ao longo do tempo, percebido na adolescência ou no início da fase adulta, promovendo sofrimento subjetivo ou prejuízo funcional significativo (FORLENZA; MIGUEL, 2012; DSM-V, 2014).

São transtornos relacionados ao desenvolvimento, principalmente no que tange pelo menos duas das seguintes áreas: funcionamento interpessoal, cognição, afetividade e controle de impulsos. Dessa forma, são grande fonte de dificuldades de adaptação, abrangendo ampla faixa de situações pessoais e sociais.

Apesar dos traços poderem ainda ser observados na infância, o diagnóstico só é recomendado após os 20 anos de idade, quando ocorre a cristalização definitiva da personalidade e consequente a diminuição da plasticidade e as possibilidades de ajustamento (DSM-V, 2014).

Possuem prevalência em torno de 15 % da população, sendo frequentemente um desafio à relação profissional-paciente, demandando mais atenção dos serviços de Saúde e considerados como “difíceis” (FORLENZA, MIGUEL, 2012; BIENENFELD, 2007).

A pessoa com Transtorno de Personalidade mantém intacta a capacidade de perceber o que é real e como as coisas são. A pessoa compartilha suas percepções e sensações da mesma forma que os demais, o que muitas vezes dificulta a busca por um tratamento, justificadas pelo “jeito de ser”. Esse grupo de transtornos já foi chamado de psicopatia, degeneração moral e até “loucura sem delírio” (MARANHÃO, 2018).

Temos como um dos conceitos de personalidade, a forma única como cada um responde e interage com o meio, sendo dividida para fins de entendimento por uma associação do temperamento (influências genéticas) e caráter (influências ambientais). Sendo assim, pesquisas sugerem fatores tais quais mudanças nos genes e cromossomos, influência ambiental nociva e a violência doméstica na primeira infância como associados ao surgimento do padrão comportamental patológico ao longo da vida (BOTEGA, 2012; BIENENFELD, 2007).

De todo modo, devem ser diferenciados das características que surgem em resposta a estressores situacionais ou consequência de outro transtorno mental, condição médica ou efeitos fisiológicos do uso de uma substância. O diagnóstico deve ser realizado por equipe multidisciplinar após uma série de procedimentos e avaliações clínicas, devendo-se ter cautela para evitar rótulos desnecessários e indevidos. (FORLENZA; MIGUEL, 2012; DSM-V, 2014)

O tratamento principal para os Transtornos de Personalidade é a abordagem psicossocial por equipe multidisciplinar visando melhora do quadro através de acompanhamento psicológico, ajudando no reconhecimento dos padrões, possibilitando mudanças e adaptações necessárias para redução do sofrimento e melhora do funcionamento interpessoal. A avaliação social e familiar também se mostra de importante valor, ao permitir a redução dos estressores, construção de rede de suporte com a possibilidade de retornos às funções sociais desempenhadas. Terapia Ocupacional pode ser indicada em muitos casos visando a organização psíquica e comportamental necessária para execução de tarefas.

O uso de medicamentos está indicado em casos específicos quando o sofrimento intenso e os distúrbios interpessoais geram dano e coloca o paciente em situação de risco, variando a necessidade de acordo com cada perfil individualizado e os sintomas que causam a descompensação do quadro. Antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores do humor estão entre as classes utilizadas no tratamento psiquiátrico dos Transtornos de Personalidade, principalmente na presença de comorbidades como depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, esquizofrenia e abuso de substâncias (FORLENZA; MIGUEL, 2012; DSM-V, 2014; BIENENFELD, 2007).

Os critérios diagnósticos mais utilizados na atualidade, tanto para a pesquisa quanto para o manejo clínico, são aquelas propostos pelo DSM –V e CID 10, ambos trabalhando com uma estrutura categorial. O DSM-V divide os transtornos de personalidade em três grupos.

O grupo A reúne os Transtornos de Personalidade Paranóide, Esquizóide e Esquizotípico, sendo classificados como indivíduos com pouco apreço pelo contato social e em geral portadores de crenças idiossincráticas sobre fenômenos naturais ou sociais. No grupo B, estão incluídos os Transtornos de Personalidade antissocial, borderline, nascisista e histriônico sendo habitualmente impulsivos, emocionalmente instáveis e de comportamento errático. Já o grupo C, inclui os Transtornos de Personalidade de esquiva, dependente e obsessivo-compulsivo, tendo ansiedade acentuada, estilo de enfrentamento esquivante e necessidade de controle do ambiente e das relações interpessoais (DSM-V, 2014).

A seguir, é apresentada uma breve descrição das categorias diagnósticas dos Transtornos de Personalidade e seus critérios com base no DSM-V.

AGRUPAMENTO A

Paranóide

Tem como padrão a desconfiança e a hostilidade, interpretando frequentemente ações neutras ou amistosas como ameaçadoras. São rancorosos e possuem suspeitas infundadas sobre serem explorados, maltratados, enganados e traídos, inclusive pelos parceiros e amigos.

Esquizóide

São indivíduos com baixa expressão afetiva, afastados do meio social pela falta de desejo em ter relações, apresentando-se com frequência indiferentes e isolados, ligados a poucas ou a nenhuma atividade prazerosa.

Esquizotípico

Apresentam distorções cognitivas e condutas excêntricas, relatam experiências perceptivas incomuns e crenças não delirantes apesar do pensamento mágico e discurso bizarro. Também possuem menor expressão afetiva e desconfiança que facilita a restrição no circulo social, sendo muitas vezes considerados estranhos e extravagantes.

AGRUPAMENTO B

Antissocial

Padrão de violação de normas e conduta irresponsável com marcada insensibilidade afetiva, mostrando-se indiferentes e incapazes de experimentar remorso ou culpa, tendendo a recursos como manipulação para obter vantagem e domínio sobre terceiros além de acentuada impulsividade, irritabilidade e agressividade dificultando a manutenção dos relacionamentos. Transtornos de conduta na infância e uso de substâncias associados ao quadro são comuns.

Borderline

São indivíduos que possuem instabilidade afetiva pervasiva, com déficits de auto-imagem acarretando em sensações crônicas de vazio interno aliadas a distúrbios nos relacionamentos interpessoais tendendo a alternância entre idealização e desvalorização e intensa impulsividade, podendo ocorrer comportamento de risco, explosões de raiva, auto-mutilação e tentativas de suicídio, sendo responsáveis por até um quinto das internações psiquiátricas, segundo pesquisas. (FORLENZA, MIGUEL, 2012; DSM-V, 2014)

Narcisista

Detém sensação degrandiosidade, com constante necessidade de admiração, acreditando ser "especial e único", gostam de liderar e exibir e são sensíveis as críticas. Demonstram falta de empatia e geralmente são exploradores de relacionamentos para benefícios próprios.

Histriônica

Teatrais por natureza, tendem a dramaticidade com expressão afetiva intensa gerando necessidade de atenção constantes. Ligados a aparência, possuem atitude sedutora e manipuladora sendo com frequência superficiais e sugestionáveis, interpretando os relacionamentos como mais íntimos que realmente são.

AGRUPAMENTO C

Esquiva

Apresentam timidez excessiva e sentimentos de inadequação e inferioridade. O contato é temido, mas desejado, evitando por medo de serem rejeitados ou criticados. São reservados, inibidos e reticentes.

Dependente

Indivíduos que possuem necessidade de serem cuidados, faltando auto-confiança para gerir questões até mesmo simples, recorrendo ao outro para tomar decisões e assumir responsabilidades. Sentem se incompetentes e tem medo de serem abandonados, podendo se submeter e apegar com facilidade, buscando novo relacionamento assim que um é rompido.

Obssessivo-Compulsivo

Preocupados com regras, normas, organização e controle, são perfeccionistas e rígidos nas relações, por vezes relutando em participar de trabalhos em equipe a não ser que as coisas funcionem a seu modo. Apesar de serem devotados ao trabalho, sua inflexibilidade interfere na conclusão de tarefas e possuem fontes de lazer restritas.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** – DSM V, 5 ed., Porto Alegre: Artmed, 2014.

BIENENFELD, D. Cognitive Therapy of Patients wuth Personality Disorders. **Psychiatric Annals**, 37(2), pp. 133-139, 2007.

BOTEGA, N. J (Org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 3 ed., Porto Alegre: Artmed, 2012.

FORLENZA, O. V., MIGUEL, E. C. (Orgs.). **Compêndio de Clínica Psiquiátrica**. 1 ed., Barueri, SP: Manole, 2012.

MARANHÃO, L. **Saúde Mental** - Reflexões e Caminhos para viver melhor. 1 ed, 2018.

7.6 CUIDADO A PESSOAS EM RISCO DE SUICÍDIO

O suicídio é um assunto atual e de extrema relevância, para o qual a sociedade deve estar atenta. É importante que os equipamentos de saúde desenvolvam ações de prevenção ao suicídio, através da promoção à saúde e da qualidade de vida das pessoas, incluindo o adequado acolhimento ao comportamento suicida, o atendimento à crise suicida, bem como à posvenção. Globalmente, o aumento nas taxas de suicídio vem causando preocupação em vários estudiosos do campo da saúde. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP),

> A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio, e a cada três segundos uma pessoa atenta contra a própria vida. As taxas de suicídio vêm aumentando globalmente. Estima-se que até 2020 poderá ocorrer um incremento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio em todo o mundo, sendo que o número de vidas perdidas desta forma, a cada ano, ultrapassa o número de mortes decorrentes de homicídio e guerra combinados. Além disso, cada suicídio tem um sério impacto na vida de pelo menos outras seis pessoas (ABP, 2014).

A ABP (2014) define suicídio como

> um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. Uma pequena proporção do comportamento suicida chega ao nosso conhecimento.

Já o comportamento suicida é um conceito mais amplo que abarca pensamentos de morte, ideações e desejos suicidas, planejamento, tentativas e ato consumado (CASSORLA, 2004; MELEIRO e BAHLS, 2004; WERLANG e BOTEGA, 2004; BRASIL, 2006; SILVA, 2009a; SILVA, 2009b; BOTEGA, 2015; MULLER et al., 2017). Meleiro e Bahls (2004) sugerem avaliar a intencionalidade do ato e o grau de letalidade no emprego do método, sendo complementado por Botega (2015) para que também sejam avaliados a impulsividade e o acesso aos meios, e por Cassorla (2014) sobre as condições prévias de saúde. Esses aspectos acabam por compor itens da avaliação primordial em relação ao comportamento suicida em sua complexidade, para que possa ser identificado e trabalhado em equipe multidisciplinar de forma contínua e integrada (SILVA, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) “os suicídios resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais, e ambientais”. A OMS traz ainda que

> Uma melhor detecção na comunidade, o encaminhamento para especialistas e a gestão do comportamento suicida são passos importantes na prevenção do suicídio. O desafio chave de tal prevenção consiste em identificar as pessoas que estão em risco e que a ele são vulneráveis; entender as circunstâncias que influenciam o seu comportamento auto-destrutivo; e estruturar intervenções eficazes (OMS, 2006).

Entre os fatores de risco para o comportamento suicida podemos identificar: situação socioeconômica; baixo grau de escolaridade; desemprego; estresse social; conflitos familiares; sistemas de apoio frágeis; traumas (perdas, abusos separações); doenças como depressão, transtornos da personalidade, esquizofrenia e abuso de álcool e outras drogas; baixa autoestima ou desesperança; questões de orientação sexual[13]; exposição a situações de violência; pouco discernimento, falta de controle da impulsividade, e comportamentos autodestrutivos; baixa tolerância à frustração; doença física e dor crônica; perda de pessoas queridas por via do suicídio; acesso a meios para conseguir fazer-se mal; situações destrutivas e violentas, tais como guerra ou desastres catastróficos (OMS, 2006). Contudo, é preciso considerar que os principais fatores de risco para o suicídio são história de tentativa de suicídio e transtorno mental (BRASIL, 2006), motivo pelo qual reitera-se a importância dos cuidados em relação à saúde mental. Quanto ao gênero, observa-se que as tentativas são maiores em mulheres, mas os óbitos são maiores entre os homens (ABP, 2014).

Já os fatores de proteção são aqueles que reduzem, abrandam ou eliminam as exposições aos fatores de risco, seja reduzindo a vulnerabilidade ou aumentando a resistência das pessoas ao risco. A OMS (2006) aponta os seguintes fatores de proteção, que reduzem o risco de suicídio: suporte familiar, de amigos e de outros relacionamentos significativos; crenças religiosas, culturais e étnicas; envolvimento na comunidade; uma vida social satisfatória; integração social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer; acesso a serviços e cuidados de saúde mental, capacidade de adaptação positiva, boa resiliência, acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

O conhecimento dos fatores de risco e de proteção pode orientar a prevenção e a intervenção precoce. É importante estar atento aos sinais de alerta como: falta de interesse em seu próprio bem-estar, redução da produtividade no trabalho ou do empenho escolar, alterações no sono e na alimentação, interesse exagerado a respeito do sentimento de outros, melhoria do humor após um período de depressão, promiscuidade exagerada, desânimo em seguir com as atividades de rotina, frases como: "Queria fechar os olhos e dormir para sempre", "Queria deitar e não levantar nunca mais", ou como descrito no Manual de Prevenção de Suicídio para profissionais das equipes de saúde mental: "Eu preferia estar morto"; "Eu não posso fazer nada"; "Eu não aguento mais"; "Eu sou um perdedor e um peso pros outros"; "Os outros vão ser mais felizes sem mim" (BRASIL, 2006, p. 53).

É possível prevenir o suicídio desde que os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio. Além disso, os profissionais precisam estar atentos para que crenças e valores arraigados em nossa cultura e em si mesmos não atrapalhem o acolhimento e aproximação das pessoas que apresentam risco de suicídio.

A prevenção não se limita à área da saúde. É preciso compreender e intervir no contexto socioeconômico, cultural e territorial, de forma que o investimento em ações intersetoriais são fundamentais. Deve-se considerar o contexto de vida da pessoa e o ambiente em que ela está inserida, considerando a pessoa em sua complexidade e integralidade.

---

[13] É importante esclarecer que a orientação sexual em si não consiste num fator de risco para o suicídio. Trata-se antes de identificar como a orientação sexual de cada sujeito é acolhida em seu meio familiar, comunitário e social. O que leva ao aumento do risco para o suicídio são fatores como não aceitação, preconceito, intolerância e situações de violência devido a orientação sexual.

Tampouco a prevenção se dá somente junto às pessoas que apresentam risco de suicídio, mas também junto aos familiares das pessoas que cometeram suicídio (ver “Posvenção” a seguir) e por meio de ações desenvolvidas nas comunidades. É importante divulgar para as comunidades quais são os sinais de alerta e desconstruir mitos acerca do suicídio, fortalecendo uma postura acolhedora no meio social. É fundamental também observar o comportamento suicida em algumas populações consideradas de risco, como indígenas, jovens, estudantes, população carcerária, bem como profissionais de segurança pública. Esta última categoria, apresenta maior propensão ao desenvolvimento de transtornos mentais, em especial Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), depressão, alcoolismo e dependência química, em função de sua própria rotina de trabalho (MIRANDA, 2016).

Além da Atenção Primária à Saúde (APS), outros órgãos da rede intersetorial possuem grande capilaridade nas comunidades, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), escolas, igrejas, lideranças comunitárias, entre outros. Eles podem ser importantes parceiros no trabalho de prevenção.

Outro ponto a ser trabalhado diz respeito à comunicação social diante de casos de suicídio. É preciso sensibilizar os meios de comunicação para que transmitam informações sobre suicídio de forma adequada. Ao contrário do que se pensa, **não é a divulgação do suicídio em si que aumenta o comportamento suicida nas populações, mas o tipo de cobertura que é feito. Relatar de forma responsável, apropriada e cuidadosa, com informações sobre a rede de cuidados disponível, pode ajudar a prevenir o suicídio.** Deve-se evitar ao máximo fotografias do falecido, da cena do óbito e do meio utilizado, bem como descrições muito detalhadas. Os mesmos princípios de responsabilidade devem ser aplicados aos profissionais de saúde e de segurança pública, bem como à população em geral, atualmente também responsáveis pela propagação de notícias e imagens por meio das redes sociais.

SAIBA MAIS

A OMS publicou um documento denominado “Prevenindo o Suicídio: um recurso para profissionais da comunicação social”, disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf

Não é raro que o desejo de viver e de morrer se confundam no sujeito. Essa ambivalência é caracterizada pela urgência em sair da dor e do sofrimento com a morte, e ao mesmo tempo o desejo de sobreviver a esta tormenta. **Muitas pessoas que tentam o suicídio não desejam realmente morrer, mas buscam medidas radicais para acabar com a dor, fugir dos problemas, encontrar descanso ou final mais rápido para seus sofrimentos.** (WERLANG; BOTEGA, 2004; BRASIL, 2006; SILVA, 2009; ABP, 2014; BOTEGA, 2015).

Falar sobre o suicídio ou perguntar a uma pessoa sobre ideias e planos de autolesão ou suicídio não incentivam a pessoa a tentar suicidar-se, pelo contrário, conversar reduz a ansiedade da pessoa em torno de seus pensamentos suicidas, ajuda a sentir-se compreendida e acolhida e lhe dá a oportunidade de conhecer os problemas que a afligem

mais a fundo, buscando identificar estratégias de enfrentamento para esses problemas. (BRASIL, 2006; BOTEGA, 2015).

É importante saber ouvir, mostrar-se interessado, realizar escuta qualificada, e entender as motivações subjacentes. A abordagem verbal é de suma importância, pois a pessoa se sente acolhida, valorizada, importante, fortalece o vínculo na relação, e assim fica mais fácil abordar a suicidalidade[14]. É preciso que se trate o transtorno mental já existente, quando houver. O profissional não deve ter receio de abordar o tema, deve abordar com cuidado, e à medida que o vínculo for aumentando, a confiança também aumentará.

As equipes de saúde devem acolher e identificar os indivíduos de risco, lembrando que o grau de risco é estimado e mutável no tempo. A equipe realiza uma entrevista clínica e anamnese com a pessoa em sofrimento psíquico, familiares e amigos, abordando aspectos socioeconômicos, culturais, histórico familiar, doença mental, história pessoal e familiar de comportamento suicida, suicidalidade, características e personalidade, fatores etressores crônicos e recentes, fatores psicossociais, presença de outras doenças, dentre outros.

Também é comum que o suicídio, ainda que planejado, seja caracterizado pela impulsividade, que pode ser transitória e durar mesmo alguns minutos ou horas, partindo de eventos psicossociais negativos do dia a dia e por situações como: rejeição, recriminação, fracasso, falência, morte de ente querido, entre outros. **Acolher a pessoa durante a crise com ajuda empática adequada pode interromper o impulso suicida do paciente** (ABP, 2014).

Para abordar o assunto do suicídio, a OPAS (2017) traz algumas recomendações para os profissionais, em quaisquer pontos de atenção:

a) Escolha um ambiente seguro e com privacidade onde a pessoa se sinta confortável. Não faça julgamentos. Ofereça a opção de conversar a sós ou na presença de outra(s) pessoa(s) escolhidas pelo(a) paciente.

b) Organize as perguntas de maneira que uma resposta leve de maneira natural a outras pergunta:

  - Comece com o momento presente: Como se sente?
  - Faça alusão aos sentimentos da pessoa: Se o percebe triste, por exemplo.
  - Pergunte que expectativas tem para o futuro. Como se vê no futuro.
  - Pode-se fazer perguntas como: Quando se deita para dormir, deseja não acordar mais? Pensa em provocar-se algum tipo de dano/machucar-se? Já fez algum plano para tirar a própria vida?
  - Caso responda afirmativamente: Como pensou/pensa em fazê-lo? Você tem como colocar esse plano em prática (acesso a meios)? Pensou em quando fazê-lo? Investigar se alguma preparação foi feita (carta, testamento ou acúmulo de comprimidos, por exemplo). Já tentou suicidar-se alguma vez?

c) Se a pessoa expressar ideias suicidas: mantenha uma postura tranquila e solidária e não faça promessas falsas.

---

[14] O termo suicidalidade refere-se a pensar ou estar preocupado com pensamentos de suicídio. Também inclui a simulação (praticar ou ensaiar os movimentos de um ato suicida) e as tentativas incompletas.

Nem sempre uma pessoa em risco de suicídio vai manifestar expressamente vontade de acabar com a própria vida e algumas pessoas escondem deliberadamente essa intenção para que seja rapidamente liberada do atendimento. Considerando que uma condição dramática de vida ou o estado mental do indivíduo podem sugerir o contrário do que ele afirma, além das perguntas acima, a avaliação sobre o risco de suicídio deve englobar os seguintes tópicos:

- **Contexto**: conhecer o que está acontecendo na vida daquela pessoa em particular, se passou por mudanças importantes ou situações de estresse ou pressão recentemente, brigas, conflitos perdas (reais, imaginadas ou temidas). Conhecer também a rede de apoio familiar e social, buscando compreender se a pessoa se sente amparada e incluída socialmente ou se a rede é frágil ou inexistente (STEFANELLO; CAMPOS, 2014).
- **História:** investigar história de tentativa de suicídio prévia e de transtorno mental, inclusive decorrentes do uso de substância psicoativa; se a pessoa passou por perda de figuras parentais na infância, situações de violência, abuso sexual; como é a dinâmica familiar, conhecer reações de aniversário (data importante da perda de ente querido); traços de personalidade como impulsividade, agressividade e humor lábil, bem como a presença de doenças crônicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes, entre outros; investigar o acesso a meios para se matar e ficar atento à exposição ao suicídio (imprensa). Ao mesmo tempo, investigar os fatores de proteção como religiosidade, proximidade com a família, percepção otimista da vida, gravidez e maternidade, ter uma ocupação ou emprego, presença de rede social (interdependência), capacidade de enfrentamento de situações adversas (STEFANELLO; CAMPOS, 2014).
- **Avaliação física:** o exame físico de alguém com comportamento suicida é importante pois existem problemas orgânicos que causam depressão e podem estar associados ao suicídio (STEFANELLO; CAMPOS, 2014).
- **Exame do estado mental:** explorar com mais detalhes a ideação suicida e/ou tentativa de suicídio e definir se existem sinais e sintomas sugestivos de um transtorno mental (STEFANELLO; CAMPOS, 2014).

É importante investigar também a presença de indícios de maus tratos, violência (inclusive a violência sexual) ou negligência, especialmente entre crianças, adolescentes, mulheres, pessoas com deficiência e idosos. Caso estejam presentes indícios dessas violações, é comumente necessário o acionamento do sistema de garantia de direitos (delegacias especializadas, conselho tutelar, defensoria pública, ministério público, etc.). Esse acionamento deve ser feito, sempre que possível, com o consentimento da pessoa atendida. Essas situações geralmente requerem medidas ágeis, mas ao mesmo tempo, a pressa pode induzir a adoção de medidas atropeladas, nem sempre adequadas à condução do caso. O ideal é que o profissional de saúde que identificou a situação possa compartilhar sua avaliação com outro membro da equipe para decisão conjunta.

Após avaliação do sujeito atendido deve-se estabelecer o nível de risco de suicídio a fim de se definir a abordagem terapêutica indicada. A ABP (2014) sugere a seguinte classificação:

Quadro 28: Avaliação de risco para o comportamento suicida

Risco	Característica	Manejo
Risco baixo	A pessoa teve pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano.	Escuta acolhedora para compreensão e amenização do sofrimento; facilitar a vinculação do sujeito ao acompanhamento psicossocial; identificação e acionamento dos fatores de proteção; identificação e abordagem aos fatores de risco; tratar possível transtorno mental. Avaliar novamente o risco e, caso não haja melhora, solicitar apoio matricial de Equipe de Referência em Saúde Mental, Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou Centro de Atenção Psicossocial. Considerar a necessidade de acompanhamento sistemático desses serviços.
Risco médio	A pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente.	Deve-se eliminar o acesso a todos os meios possíveis de autolesão; oferecer escuta terapêutica; realizar contrato terapêutico de não suicídio (a pessoa precisa ter um serviço de referência para buscar caso o risco se acentue); identificar e investir nos fatores de proteção; identificar pessoas de referência e apoio na família e na comunidade; pedir autorização para entrar em contato com algum familiar (ou amigo) e explicar a situação sem alarmar, mas sem colocar "panos quentes", informando o necessário e preservando o sigilo de outras informações sobre particularidades do sujeito; solicitar apoio matricial e acompanhamento de Equipe de Referência em Saúde Mental, Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou Centro de Atenção Psicossocial.
Risco alto	A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente; tentou suicídio recentemente e apresenta rigidez[15] quanto a uma nova tentativa; tentou várias vezes em um curto espaço de tempo.	Nunca deixar a pessoa sozinha; impedir o acesso a quaisquer meios para cometer o suicídio; realizar contrato terapêutico de não suicídio; pedir autorização para entrar em contato com algum familiar (ou amigo) e explicar a situação sem alarmar, mas sem colocar "panos quentes", informando o necessário e preservando o sigilo de outras informações sobre particularidades do sujeito; solicitar apoio matricial e acompanhamento de Equipe de Referência em Saúde Mental, Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou Centro de Atenção Psicossocial; considerar a indicação de acolhimento em serviço 24hs, como CAPS III, ou

---

[15] A rigidez pode ser caracterizada quando uma pessoa decide terminar com a sua vida e os seus pensamentos, sentimentos e ações apresentam-se muito restritivos, ou seja, ela pensa constantemente sobre o suicídio e é incapaz de perceber outras maneiras de enfrentar ou de sair do problema. Todo o comportamento está inflexível quanto à sua decisão: as ações estão direcionadas ao suicídio e a única saída possível que se apresenta é a morte; por isso é tão difícil encontrar, sozinho, alguma alternativa. (ABP, 2014)

	internação hospitalar em serviço de referência em saúde mental.

Fonte: ABP, 2014.

Se a pessoa já fez algo contra si mesma, por exemplo, tomou vários comprimidos, é inadequado o encaminhamento inicial a um CAPS ou outro serviço especializado em saúde mental. Ela deve primeiro ser atendida em uma UPA ou Pronto Socorro de um Hospital Geral. Caso a tentativa de suicídio esteja em andamento equipes de Profissionais de Segurança Pública, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar, podem e devem ser acionadas. (MUNHOZ, 2018; MUNHOZ; TEIXEIRA, 2018)

Caso a pessoa avaliada esteja em risco iminente de suicídio ou de autolesão, é importante reforçar a vigilância e o apoio psicossocial. Deve-se estabelecer um ambiente onde a pessoa esteja segura e se sinta apoiada, eliminar todos os meios que podem ser utilizados para autolesão ou suicidar-se (objetos perfurocortantes e pontiagudos, armas, medicações, objetos para enforcamento como cintos e cordas, acesso a janelas em lugares altos, etc.). **Não se deve deixar a pessoa em risco iminente de suicídio ou de autolesão sozinha até que esse risco esteja controlado.** Caso a pessoa tenha se autoinfligido lesões que necessitem de atenção hospitalar, algum profissional de saúde deve supervisioná-la enquanto durar o tratamento. Essas medidas devem ser mantidas até que o risco iminente seja descartado. (OPAS, 2017)

Quanto ao acompanhamento psicossocial, **não se deve propor soluções imediatas e muitas vezes simplistas aos problemas da pessoa, mas deve-se ajudá-la a identificar motivos para seguir vivendo e explorar possíveis soluções para seus problemas.** Pode-se dizer-lhe que muitas pessoas que atravessaram situações semelhantes (que se sentiam desesperadas e desejavam morrer) mais tarde descobriram que havia esperanças e, com o tempo, seus sentimentos começaram a melhorar. (OPAS, 2017) Ao se elaborar o PTS, deve-se buscar identificar quais serviços e pessoas no território poderão contribuir para o cuidado e garantir o contato periódico com a pessoa (inclusive fazendo busca ativa, caso se ausente de algum atendimento agendado). Indica-se seguimento frequente no princípio (com frequência semanal nos primeiros meses, de preferência) e a frequência pode ir diminuindo gradativamente conforme a pessoa comece a apresentar sinais de melhora.

As equipes de saúde devem desconfiar de melhoras bruscas quando situações de crise permanecem. (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012, apud STEFANELLO; CAMPOS, 2014)

Sempre que possível, as medidas adotadas devem contar com o consentimento da pessoa atendida, preservando-se ao máximo o sigilo e a privacidade. Entretanto, diante do risco iminente de suicídio, o profissional de saúde atuará no sentido da preservação da vida, ainda que involuntariamente, seja intermediando o contato com pessoas de confiança que atuem como uma rede de suporte para a pessoa em risco, seja acionando outros profissionais e serviços de saúde. Nos casos em que for necessário acionar outras pessoas, deve-se certificar de que essas possuem disponibilidade e conseguem manter o equilíbrio emocional. (STEFANELLO; CAMPOS, 2014)

O Quadro 29 sintetiza alguns sinais que podem indicar risco de suicídio e aos quais os profissionais de saúde devem estar atentos.

Quadro 29: 13 sinais de risco para o comportamento suicida

1. Comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social, e/ou a presença de sentimentos de solidão, impotência, desesperança;
2. Presença de Transtorno Mental, diagnosticado ou não, em tratamento ou não;
3. Alcoolismo ou uso de outras substâncias psicoativas;
4. Crises de ansiedade ou pânico;
5. Mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia;
6. Mudança no hábito alimentar e de sono;
7. Odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha;
8. Perda recente importante: morte, divórscio, separação, perda de emprego, perda de status social ou financeiro;
9. Doença física crônica, limitante ou dolorosa, inclusive questões relacionadas ao envelhecimento;
10. História familiar de suicídio;
11. Tentativa de suicídio anterior;
12. Desejo súbito de concluir afazeres pessoais, organizar documentos, escrever testamento, despedir-se sutilmente de pessoas significativas ou escrever cartas/bilhetes de despedida;
13. Menção repetida de morte ou suicídio

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2006.

BRASIL (2006) apresenta como possíveis fontes de apoio alguns recursos da própria comunidade como família, companheiros/namorados/cônjuges, amigos e colegas, profissionais ligados à comunidades religiosas, profissionais de saúde com os quais a pessoas já possuam algum vínculo, grupos de apoio, incluindo o Centro de Valorização da Vida, iniciativa voluntária que acolhe pessoas em sofrimento presencialmente, pela internet www.cvv.org.br ou ainda por telefone com ligações gratuitas 188, durante todo o ano, 24h por dia.

Finalmente, é importante estar atento a alguns mitos que rondam o tema do suicídio, conforme se vê no quadro abaixo (Quadro 30):

Quadro 30: Mitos sobre o suicídio

1 - O suicídio é uma decisão individual, direito de escolha da pessoa.

FALSO: Os suicidas vivenciam uma doença mental que altera radicalmente, a sua percepção da realidade e interfere em seu poder de escolha e tomada de decisão. Desta forma, o tratamento eficaz da doença mental é fundamental para a prevenção do suicídio.

2 - A mídia não deve tratar do tema suicídio.

FALSO: A mídia deve sim falar deste assunto de suma importância na saúde pública. Deve-se falar sobre suicídio de forma adequada, pois ao contrário do que se pensa, falar do assunto significa embasar a população de informações pertinentes, como perceber sinais e sintomas, onde buscar ajuda, etc.

3 - As pessoas que ameaçam se matar não farão isso, querem apenas chamar a atenção.

FALSO: A maioria das pessoas com risco de suicídio sinaliza sobre suas ideias de autoextermínio certo tempo antes de realmente tentar efetivar o ato.

4 – Quando uma pessoa pensa em se suicidar terá risco de suicídio para o resto da vida.

FALSO: A doença mental pode ser tratada de forma eficaz, anulando o risco. Após o tratamento, a vontade de suicidar deixa de existir.

5 - Não devemos falar sobre suicídio, pois pode aumentar a chance de acontecer.

FALSO: Falar sobre suicídio não aumenta o risco. Muito pelo contrário, falar com alguém sobre o assunto pode aliviar a angústia e a tensão que esses pensamentos trazem.

6 – Quando a pessoa se sente melhor ou sobrevive à uma tentativa de suicídio é porque o problema passou.

FALSO: Se a pessoa tinha ideações suicidas e posteriormente parece estar bem, não significa que de fato ela está bem. Ela pode sentir-se melhor por ter decidido se matar. E quando está hospitalizada devido à tentativa ou logo após a alta, momento este de forte fragilidade, o risco é alto.

Fonte: ABP, 2014

7.6.1 POSVENÇÃO DO SUICÍDIO

> Se ela me convence que a vida não vale a pena, eu tenho que morrer junto com ela.
>
> (Fala do documentário “Elena”, de Petra Costa)

A fala acima está no documentário brasileiro “Elena” e foi proferida pela mãe da personagem que dá nome ao filme, ao falar sobre seu sentimento após o suicídio da filha. Como ela, familiares, amigos e outros que estão ao redor são afetados pela perda de alguém que se suicidou. Estas pessoas vivem o luto de formas diferentes e peculiares. **O tabu a respeito do suicídio afeta não só a pessoa que tentou ou cometeu o ato, mas também todos ao seu redor.** Sentimentos como tristeza, culpa, choque, embaraço, dúvida, raiva, desejo de isolamento social, busca pelo motivo do ocorrido, busca de respostas, fazem parte do processo de luto por suicídio. Em vários estudos, as pessoas que atravessam o processo de luto após a perda de um ente querido por suicídio, são designadas como “sobreviventes” (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016) e algumas estimativas dão conta de que existem entre 5 a 10 pessoas diretamente afetadas por um suicídio (WERLANG; BOTEGA, 2004; OMS, 2006). Alguns estudos recentes indicam 80 pessoas afetadas pelo suicídio (JORDAN; MCINTOSH, 2011).

Posvenção é o nome que se dá ao conjunto de ações e atividades que se desenvolvem para tentar atenuar o abalo da perda por suicídio e possibilita a prevenção do sofrimento das próximas gerações (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016). O suicídio é um evento impactante e os sobreviventes terão que lidar com essa perda buscando construir novos sentidos para continuar vivendo. O objetivo da posvenção, segundo Scavacini (2011) é trazer alívio em relação aos efeitos relacionados ao suicídio, prevenindo o surgimento de reações adversas e/ou complicações no luto, de forma a minimizar o risco de comportamento suicida nos sobreviventes, facilitando o enfrentamento e a resiliência.

O luto é um processo árduo e gradual e vivido sempre de maneira singular. O luto por suicídio é um fator de risco para luto complicado e o luto complicado é um fator de risco para o suicídio, indicando a complexidade deste fenômeno, pois pode ser comum a ocorrência de mais suicídios na mesma família. Estas ocorrências podem acontecer por repetição do padrão de resolução de problemas, pela não resolução do luto e/ou pela presença de transtornos mentais decorrentes de trauma e luto associados (SILVA, 2009; KÄES, 2000).

Um estudo realizado por Fukumitsu e Kovács (2016) observou que, a maioria dos sobreviventes considera que a vida não volta a ser como era antes do evento: “tudo parece rápido, abrupto, e o desconhecido leva a pessoa a não saber mais como viver ou [...] sobreviver”. Não existe uma única e certa maneira de lidar com o luto após o suicídio, mas os participantes desse estudam identificam algumas alternativas que, segundo eles, ajudaram a lidar com o ocorrido, tais como: ajudar os outros, afastar-se de julgamentos alheios, buscar apoio terapêutico, engajar-se em uma profissão, espiritualidade e, alguns ainda, relataram buscar conhecer a história de outros sobreviventes.

Os enlutados por suicídio sofrem maior estigma social e recebem menor apoio do que em outros tipos de perda, além de rotineiramente se envolverem em segredos envolvendo o suicídio, e nem sempre poderem participar dos rituais funerários (SILVA, 2015). É imprescindível avaliar também algum possível comportamento suicida nos sobreviventes enlutados (SILVA, 2009; SILVA, 2015, 2016; JORDAN e MCINTOSH, 2011).

Oferecer acolhimento e escuta às pessoas próximas a um sujeito que se suicidou é fundamental e a realização de grupos de apoio para os sobreviventes pode ser uma estratégia para o trabalho de posvenção nos serviços de atenção psicossocial. Os grupos de apoio podem ser abertos ou fechados, exclusivos para enlutados por suicídios ou mesclando enlutados por diferentes tipos de perda, sendo importante fator de promoção de saúde mental, de acordo com Davel e Silva (2014) e Silva (2016), e facilitam o processo de luto, fazendo com que os enlutados se sintam pertencendo à uma rede de apoio integral, conversando com quem entende sua dor. Além disso tornam-se ambientes seguros para compartilhar suas experiências de luto, reforçar aautoestima, superar o estigma e a vergonha, a chorar e expressar sentimentos que não podem ser ventilados em outros espaços, entendendo que não estão ficando loucas e aprendendo a lidar com o que poderia ter sido evitado. (SILVA, 2015)

7.6.2 LUTO

Parkes (1998, 2009) afirma que o luto é uma resposta natural ao rompimento de um vínculo significativo e pode ser definido como um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais em processo de ajustamento a um mundo alterado pela perda de alguém amado. Compreende-se luto como um processo de elaboração de perdas que é fundamental para a saúde física e mental de um indivíduo. (PARKES, 1998, 2009; SILVA, 2009)

Parkes (2011) afirma que a maior parte das pessoas irá se recuperar com ajuda mínima. Ideia reiterada por Franco (2016), em compilação de trabalho de diversos autores internacionais, a maior parte dos enlutados desenvolve um processo de luto normal e é capaz de retornar às suas atividades rotineiras nos mais diversos níveis. Para ela, apenas 10 a 20% dos enlutados demonstram dificuldades em lidar com sintomas debilitantes e de incapacidade funcional, compatível com o luto complicado, terminologia definida por Rando (1998), que será explorada a seguir.

Parkes (1998) ressalta os efeitos sobre a saúde física e mental dos enlutados, desde o prejuízo temporário do sistema imunológico, aumento de sintomas físicos, como taquicardia, insônia, alteração de apetite, apatia, bem como o aumento de consultas médicas, hospitalizações e cirurgias, o que pode aumentar a frequência dessa população em diversos segmentos de cuidados coma saúde.

Refletindo sobre as dimensões do cuidado em relação ao luto, lamentavelmente temos observado um fenômeno de medicalização deste fenômeno (PARKES, 2011) e cabe diferenciar as reações de luto esperadas, que incluem manifestações de pesar e tristeza por longo período. A patologização do luto está indicada por autores como Parkes (1998), Rando (1998), Worden (2013) em função de ter havido um grande empenho de estudiosos para categorizar o normal e o patológico do luto, baseado em modelos médicos, o que trouxe a expectativa de que ele também passasse pelo processo de cura.

É esperado que as pessoas consigam se reorganizar em torno de uma perda após dois ou três anos após a mesma. O uso de antidepressivos ou benzodiazepínicos pode interferir negativamente no processo de luto, e só devem ser prescritos após avaliação multidisciplinar que identifique seus benefícios relacionados a sintomas que interferem sobremaneira na vida diária do enlutado. A dificuldade é que o luto pode, de fato, desencadear transtornos psiquiátricos, como transtorno de ansiedade, transtornos depressivos e TEPT, reforçando a importância de avaliação adequada.

Luto é diferente de depressão, e como registra Silva (2009), o luto provoca um “tristezão”, pois o enlutado tem motivos para estar triste. Além disso, Botega (2018) reitera a importância de se vivenciar a tristeza que transforma a dor, não importando o motivo de seu desencadeamento, ao contrário da tristeza, que paralisa e que requer tratamento especializado.

Os transtornos depressivos e os transtornos de ansiedade já foram exaustivamente abordados no escopo dessas Diretrizes (ver 6.3 – p. 115) cabendo aqui mencionar, portanto, o TEPT que pode ser desencadeado por um evento traumático, vivenciado como morte ou ameaça à integridade física, tais como violência sexual, violência urbana, acidentes de diferentes naturezas, catástrofes, situações de guerra, procedimentos de saúde (como cirurgias), entre outros, que fazem com que a pessoa se sinta em risco. Os sintomas parecem estar associados ao reexperimentar do trauma, deixando a pessoa sempre alerta como se tudo estivesse acontecendo novamente ou na iminência de acontecer, com pensamentos recorrentes e intrusivos, *flaskbacks* e pesadelos; esquiva e isolamento social de lugares, pessoas ou objetos que possam ativar a lembrança difícil do trauma; sintomas psíquicos e físicos que incluem taquicardia, sudorese, dor de cabeça, transtornos de sono, dificuldade de concentração, irritabilidade e hipervigilância, podendo surgir delírios e alucinações (em menor frequência). Os sintomas devem estar presentes pelo período mínimo de um mês.

Até o primeiro mês, as reações acima descritas podem ser observadas como reações esperadas como consequências da situação crítica vivenciada, podendo caracterizar-se como Reação Aguda ao Estresse, pois foram despertados os mecanismos de defesa de luta ou fuga e o organismo demora algum tempo para voltar ao normal, não sendo um retorno imediato. No entanto, caso haja continuidade dos sintomas com prejuízo no funcionamento social, laboral, familiar deve se encaminhar a pessoa para avaliação e início imediato do tratamento. Caso não receba tratamento ou receba tratamento inadequado, há cronificação do TEPT, com mudanças comportamentais permanentes, dificultando ainda mais o diagnóstico diferencial em relação a outros transtornos psiquiátricos.

Há que se considerar também outros fatores de risco como fatores individuais e situacionais, incluindo histórico de outras situações críticas/traumas, duração e intensidade da exposição ao trauma, transtornos psiquiátricos preexistentes, processo de luto concomitante, entre outros. E é provável que o TEPT seja mais frequente do que se imagina, em especial pelo avanço dos meios de comunicação e redes sociais, podendo desencadear também quadros psíquicos semelhantes nos profissionais de saúde por vivenciar situações críticas em seu ambiente de trabalho.

Considera-se o conceito de luto complicado, tal como proposto por Rando (1998), relacionando-o com o tempo desde a perda e a existência de algum comprometimento, distorção ou fracasso de uma ou mais tarefas do processo de luto. Estes fatores estão relacionados à forma da morte, se ela foi inesperada, violenta e/ou traumática, se ocorreu após período prolongado de adoecimento, em relação ao grau de parentesco/vínculo com o morto, e em relação à percepção da morte como sendo evitável. Alguns outros elementos se somam ao que foi descrito, como a existência de uma relação conflituosa com quem morreu, a existência de perdas anteriores ainda não elaboradas/ou situações de estresse e problemas de saúde mental, e o apoio percebido como não adequado por parte do enlutado. Desta forma, é possível não patologizar o luto, em inúmeras classificações como vistas na evolução das teorias, abordagens e intervenções relacionadas ao luto (SILVA, 2009), para avalia-lo de acordo com os fatores do contexto da perda.

Parkes (2009) menciona critérios para diagnóstico de luto complicado, ao considerar a presença de pensamentos a respeito da pessoa amada, sintomas intrusivos e perturbadores relativos à ansiedade de separação, descrença prolongada (que inclui preocupação com pensamentos sobre quem morreu). Para esse autor, o processo intenso de luto pode apresentar características semelhantes às de alguns transtornos psiquiátricos, ressaltando a importância de distingui-los, e só pode ser considerado como complicado quando há prolongamento excessivo ou que cause danos às funções cotidianas da vida do indivíduo. O que torna importante distinguir as reações esperadas diante de uma perda para a identificação de pessoas com risco de desenvolvimento de luto complicado, tarefa desafiadora uma vez que há um limiar tênue entre as reações de luto normal e complicado. (PARKES, 1998; RANDO, 1998; MAZORRA, 2009; SILVA, 2009; WORDEN, 2013; FRANCO, 2014)

Há a possibilidade de transformação e crescimento no processo de luto (CALHOU e TEDESCHI, 2013), mas para que isso aconteça é preciso construir um sentido da perda e reconciliar-se com ela, em um processo também conhecido como construção de significados, importante preditor do luto complicado. (NEIMEYER, 1998; NADEAU, 1998; HOLLAND et al., 2006; MAZORRA, 2009)

Destaca-se a obra de Klass (1993) que constata a continuidade do vínculo com a pessoa que morreu, por meio da construção mental em relação ao relacionamento contínuo com ela, seja por meio de sonhos, sensação de presença, conversações, entre tantas outras manifestações, sendo observadas a incorporação de características ou virtudes por parte do enlutado.

Uma grande contribuição para a área do luto é apresentada por Stroebe e Schut (1999) no Modelo Dual do Processo de Luto, referente à oscilação que enlutados podem apresentar entre a orientação para a perda e a orientação para a restauração, em um processo normal de luto. A primeira está relacionada à busca pela pessoa perdida e a segunda à uma luta para encontrar uma nova orientação em um mundo que parece ter perdido o significado. Parkes (2009), menciona como indicativo de luto complicado, caso o equilíbrio entre essas duas áreas seja alterado de forma a pender mais para um lado ou outro.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de luto complicado são semelhantes aos fatores de risco para o comportamento suicida, descritos acima, mas os autores contemporâneos tem destacado a importância dos fatores de proteção para serem utilizados como parâmetros de cuidados, tais como crença religiosa/espiritualidade, apoio recebido e percebido, a decisão de se recuperar apesar da perda. Mazorra (2009) postula um agrupamento desses fatores que podem ser fatores de risco ou de proteção, de acordo com o que aconteceu, que podem indicar risco para o desenvolvimento de luto complicado, envolvendo características do enlutado, tais como personalidade; presença de transtorno psiquiátrico e abuso de substâncias psicoativas; a relação com quem morreu de acordo com o tipo e as características da relação preexistente; a continuidade do vínculo; a dinâmica familiar; as circunstâncias da morte; a rede de suporte; a presença de luto não reconhecido e luto não autorizado. Franco (2016) acrescenta a falta de suporte social, a sobrecarga do cuidador, a sobrecarga socioeconômica, questões pendentes em relação ao ente querido, luto antecipatório, contexto cultural e religioso, classificando todos eles em dois grandes grupos: os fatores interpressoais e interpessoais e os fatores relacionais, situacionais e o objeto da perda.

Não existe um tratamento mais indicado para os cuidados com o luto, bem como nem todos os enlutados precisarão de tratamento (SILVA, 2015). O profissional de saúde precisa ser culturalmente sensível para compreender o enlutado em seu contexto, avaliando de forma adequada o processo de luto em curso, de foram a possibilitar a definição de intervenções terapêuticas específicas. (SILVA, 2009; FRANCO e POLIDO, 2014)

É possível realizar um trabalho de aconselhamento de luto por meio da facilitação do processo de luto normal, ou não complicado, para aliviar o sofrimento ou ajudar os enlutados individualmente ou em família a se ajustar em um período adequado. (WORDEN, 2013)

Quadro 31: Posturas recomendadas ao lidar com uma pessoa enlutada

Reconhecer e validar o sofrimento
Não oferecer substituição de quem morreu
Evitar interferências religiosas
Evitar contar hitórias “semelhantes”, geralmente, trágicas
Não exigir reações “normais” e retorno imediato à rotina
Respeitar os movimentos individuais e os da própria família
Respeitar as diversas manifestações de apego (manter fotografias, visitas ao cemitério, conversar com o morto, entre outros)
Respeitar os “sinais de presença” que a família percebe em relação a quem morreu, independente da religião
Colocar-se realmente à disposição

Fonte: SILVA, 2016, p. 232

7.6.3 NOTIFICAÇÃO

A Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e dá outras providências. Nesta lista constam a tentativa de suicídio, óbito por suicídio ou lesão autoprovocada. **Os profissionais da saúde devem notificar à Vigilância em Saúde sempre que tiverem conhecimento de uma tentativa de suicídio.** Os casos de lesão autoprovocada devem ser notificados imediatamente e, em no máximo 24 horas a ficha deve estar na Vigilância Epidemiológica municipal, e a vítima deve ser acompanhada por serviço de saúde do território. Os casos de lesão autoprovocada por intoxicação exógena devem ser notificados em duas fichas: uma ficha de violência e outra de intoxicação.

A notificação da tentativa de suicídio tem como objetivo “desencadear o acompanhamento do caso, garantindo o acolhimento e a prestação de cuidados necessários, além da adoção de medidas terapêuticas adequadas”. (BRASIL, 2017) Além disso, a notificação das tentativas e dos óbitos por suicídio é de extrema relevância também para a alimentação dos sistemas de informação em saúde para produzir informações consistentes que subsidiam o planejamento de ações e as tomadas de decisão pelos gestores de saúde.

A ficha de notificação pode ser acessada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio do endereço eletrônico http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf.

REFERÊNCIAS

ABP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio**: informando para prevenir. Conselho Federal de Medicina (CFM). Brasília: 2014.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida:** avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

_____. **A tristeza transforma, a depressão paralisa:** um guia para pacientes e familiares. São Paulo: Benvirá, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental; Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria.**Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-9849> Acesso em 28 Out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio**: Saber, agir e prevenir. Boletim Epidemiológico. V. 48, n. 30. Brasília, DF: 2017.

CALHOU, L. G.; TEDESCHI, R. G. **Post traumatic growth in clinical practice**. New York: Routledge, 2013.

CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. S. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 21-33.

FRANCO, M. H. P. Lidando com lutos complicados. In: TAVARES, G. R.; Tavares, E. C. **E a vida continua...** Belo Horizonte: Edição do autor, 2016. p. 130-138.

FRANCO, M. H. P. F.; POLIDO, K. K. **Atendimento psicoterapêutico no luto.** São Paulo: Zagodoni, 2014.

FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 03-12, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100002>. Acesso em 13 Out. 2018.

HOLLAND, J. M.; CURRIER, J. M.; NEIMEYER, R. A. Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: the role ofsense-making and benefit-finding. **Omega: Journal on Death and Dying**, New York, v. 53, n. 3, p. 175-191, 2006.

JORDAN, J. R.; MCINTOSH, J. L. **Griefafter suicide:** understanding the consequeneces and caring for the survivors. New York: Routledge, 2011.

KLASS, D. **The spiritual lives of bereaved parents**. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999.

MAZORRA, L. **A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto**. 2009. 256 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Unidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

MELEIRO, A. M. A. S.; BAHLS, S. O comportamento suicida. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Org.). **Suicídio:** estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p.13-36.

MIRANDA, D. A. (Org.) **Por que os policiais se matam?** Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mórula Editora, 2016.

MULLER, S. de A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e posvenção do suicídio: estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revistas IMED**, v. 9, n. 2, 2017. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1686/1510>. Acesso em 12 Out. 2018.

MUNHOZ, D. M. **Abordagem técnica a tentativas de suicídio.** São Paulo: Editora AuthenticFire, 2018.

MUNHOZ, D. M.; TEIXEIRA, M. E. S. **Atendimento de tentativas de suicídio por policiais e bombeiros.** Curso pré-congresso do II Congresso Brasileiro de Prevenção de Suicídio da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção de Suicídio. Em 30 ago. 2018.

NADEAU, J. W. **Families making sense of death**. California: Sage Publications, 1998.

NEIMEYER, R. A. **Lessons of loss**: a guide to coping. Memphis: Primis Custom Publishing, 1998.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**: um manual para profissionais da mídia. Genebra: 2000.

_____. **Prevenção do Suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra: 2006.

OPAS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – Oficina Regional para las Américas. **Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustâncias em El nível de atención de salud no especializada**. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPAS, 2017.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

______ . **Amor e perda**: as raízes do luto se suas complicações. São Paulo: Summus, 2009.

______. Introduction: the historical landscape of loss: development of bereavement studies. In: NEIMEYER, R. A.; HARRIS, D. L.; WINOUKER, H. R. THORNTON, G. F. (Eds.) **Grief and bereavement in contemporary Society**: bridging research and practice. New York: Routledge, 2011. p. 1-5.

RANDO, T. A. **Treatment of complicated mourning**. Illinois: Research Press, 1998.

SCAVACINI, K. **Suicide Survivors Support Services and Postvention Activities:** The availability of services and an intervention plan in Brazil. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa em Saúde Pública, Departamento de Promoção de Saúde Mental e Suicídio, KarolinskaInstitutet, Estocolmo, 2011.

SILVA, D. R. E a vida continua... o processo de luto dos pais após a perda de um filho por suicídio. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). 239f. 2009a.

______ . A complexidade do suicídio. In: CAMPOS, I. (Org.). Vidas interrompidas. Vitória: DIO, 2009b. p. 134-145.

______ . Na trilha do silêncio: múltiplos desafios do luto por suicídio. In: CASELLATO, G. (Org.) O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus Editorial, 2015.

______ . Os amigos que eu gostaria de nunca ter conhecido – API/Vitória. In: TAVARES, G. R.; Tavares, E. C. E a vida continua... Belo Horizonte: Edição do autor, 2016. p. 224- 238.

STEFANELLO, S., CAMPOS, P. J. de., Cuidado/Manejo da pessoa em crise em situações específicas. In: ZEFERINO, M. T., RODRIGUES, J., ASSIS, J. T. **O cuidado às pessoas em situação de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial** / Maria Therezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 180p.

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process modelo of coping with breavement: rational end description. Death Studies, 23, 1999, p. 197-224.

WERLANG, B. S. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento e terapia do luto**. 4a. ed. São Paulo: Roca, 2013.

7.7 AGITAÇÃO PSICOMOTORA

A agitação psicomotora é a associação de um sentimento de tensão interna com atividade motora excessiva, podendo ser acompanhada também de desorganização psíquica e ausência de capacidade crítica do indivíduo (MANTOVANI, 2010). A agitação psicomotora pode ou não ser acompanhada por agressividade que, por sua vez, é um termo que se refere a um ato intencional direcionado a um objeto ou que cause dano físico ou mental em outra pessoa, podendo manifestar-se em forma de agressão verbal e/ou física (PINTO, 2014). Os profissionais de saúde podem se deparar com esse quadro de agitação psicomotora com ou sem agressividade em diversos serviços de saúde ou mesmo em ações realizadas no território, mesmo no âmbito domiciliar. Nos serviços de emergência, geralmente, os pacientes agitados são levados por terceiros, que presenciaram o episódio de agitação, ou ainda por policiais militares ou do corpo de bombeiros que foram acionados para controlar a situação fora do ambiente hospitalar (MANTOVANI, 2010).

É uma das apresentações possíveis das emergências psiquiátricas, mas é importante reconhecer a agitação psicomotora como uma síndrome inespecífica (e não como uma etiologia), presente em diversas condições clínicas (MANTOVANI, 2010). Além disso, comportamento agitado não é particularidade de nenhum transtorno mental específico e implica em uma ampla investigação do diagnóstico diferencial (MANTOVANI, 2010), ou seja, o fato de uma pessoa apresentar tal comportamento não significa necessariamente que ela possua um transtorno mental.

Por esse motivo, é de fundamental importância que os profissionais de saúde procedam a uma criteriosa avaliação (ver item 4.11) e façam o diagnóstico diferencial (ver item 4.7). Dentre as causas médicas gerais mais comumente associadas a estados agudos de agitação psicomotora podem ser citadas: intoxicação e/ou abstinência de substâncias psicoativas, hipoglicemia, hipóxia, traumatismo crânio-encefálico, sangramento, hiper e hipotermia, meningite, sepse, acidente vascular cerebral, hemorragia subaracnoide, estados pós-ictais ou *Status epilepticus*, tumores cerebrais, doenças tireoidianas e, mais raramente, hiperparatireoidismo, doença de Wilson e doença de Huntington (MANTOVANI, 2010).

Quadro 32: Dados clínicos que podem sugerir a presença de uma condição médica geral ou neurológica

Início súbito
Idade maior que 40 anos
Ausência de história psiquiátrica prévia
Alucinações visuais, olfativas e tácteis
Discurso desconexo
Desorientação têmporo-espacial,
História e/ou sinais físicos de trauma

Fonte: MANTOVANI, 2010.

7.7.1 APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A agitação psicomotora é caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada a estímulos, irritabilidade e atividade motora e/ou verbal elevada, inadequada e repetitiva (PINTO, 2014). É um comportamento que evolui desde a hostilidade até a violência propriamente dita, podendo se expressar por meio de agressividade (Quadro 33) (JACINTHO, STELLA, LAURITO, 2012). Pacientes agitados podem apresentar prejuízo do *insight* sobre a própria morbidade e do juízo crítico da realidade, não reconhecendo, portanto, a necessidade de ajuda externa (MANTOVANI, 2010).

Quadro 33: Preditores de comportamento violento

	HOSTIL	AGRESSIVO	VIOLENTO
POSTURA	Ausência de contato visual com o examinador, tom de voz elevado ou lacônico	Ameaças verbais, gritos, ofensas. Não se senta, intimidador	Afirma claramente a intenção de agredir ou acabou de agredir alguém
PSICOMOTRICIDADE	Inquieto, tamborila os dedos, aperta uma mão contra a outra, morde os lábios	Anda de um lado para o outro, esmurra a parede, gesticula de forma excessiva	Quebra objetos, corre, se debate, resiste às tentativas de contenção física
HUMOR	Irritação, falta de empatia	Raivoso, pouco colaborativo	Furioso, decidido a agir violentamente
RISCO	Alto	Muito alto	Iminente
CONDUTA	Abordagem amigável pode ser bem-sucedida. É preciso convencer o paciente a se deixar medicar	Iniciar o diálogo com cautela. Interromper a qualquer sinal de piora	Chances de sucesso com o diálogo são remotas. Iniciar contenção

Fonte: JACINTHO, STELLA, LAURITO, 2012

7.7.2 FATORES DE RISCO

Alguns fatores podem aumentar a chance de que um episódio de agitação psicomotora evolua para agressividade (Quadro 34), mas isso não significa que uma pessoa que possua uma ou algumas dessas características evoluirá necessariamente para um comportamento violento, apenas que o risco pode ser maior.

Quadro 34: Fatores de risco para o comportamento violento

Sexo masculino
Idade entre 15 e 24 anos
Rede de apoio social pouco estruturada
Baixa escolaridade
Comportamento violento prévio
Uso crônico de álcool e outras substâncias
Ausência de crítica
Quadros psicóticos prévios
Impulsividade
Automutilação
Baixa autoestima
Baixa tolerância às frustrações

Fonte: PINTO, 2014; JACINTHO, STELLA, LAURITO, 2012.

7.7.3 AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Diante de uma pessoa com agitação psicomotora com ou sem agressividade, é necessário avaliar o paciente (avaliação clínica e exame do estado mental), a história, e o contexto em que se encontra.

- **História**: investigar se essa situação já aconteceu antes, se a pessoa possui algum problema de saúde, se alguma situação pode ter desencadeado o comportamento, a existência de um padrão quanto a esse comportamento, o que costuma acalmar a pessoa. Essas informações podem ser colhidas junto a familiares ou serviços da Atenção Básica, que costumam ter uma boa noção da população que atendem. (STEFANELLO e CAMPOS, 2014)
- **Contexto**: compreender a situação de vida em que a pessoa se encontra no momento, se está passando por mudanças ou situações de estresse que podem ter precipitado a agitação. Recomenda-se evitar direcionar a entrevista ou repetir a mesma pergunta, bem como posturas julgadoras ou moralistas. (STEFANELLO e CAMPOS, 2014)
- **Avaliação clínica**: Aferir sinais vitais; é possível que o exame clínico completo só seja possível quando a pessoa estiver um pouco mais calma (ver item 4.11). Algumas alterações comumente presentes em episódios de agitação são: certo aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, sudorese, febre, dilatação pupilar, tremores, e o hálito - o que ajuda a pensar em sinais e sintomas de uma possível intoxicação por uso de substâncias psicoativas ou medicamentos. (STEFANELLO e CAMPOS, 2014)
- **Exame do estado mental:** observar aspectos como:

> o quanto a pessoa gesticula - se está inquieta, somente balança pernas ou tamborila dedos, se anda de um lado para outro quebra coisas, balança os braços e gesticula veementemente; se segura algum objeto que pode ser usado como arma; qual o tom de voz - se fala normalmente balbucia ou grita; qual o conteúdo daquilo que fala - se tem lógica ou não, parece coerente, considerando o contexto, ou não; qual a velocidade da fala, que ajuda a dar uma noção do fluxo dos pensamentos (se fala rápido mantendo-se compreensível ou se parece faltar ligação entre o que está falando, dando a impressão que os pensamentos estão mais rápidos do que sua capacidade de verbalizá-los; o quanto está atento e capaz de se concentrar) se fica distraído com qualquer coisa, mudando de um estímulo qualquer para outro ou é capaz de se ouvir e concentrar-se quando alguém tenta conversar. Uma avaliação mais completa pode ser feita quando a pessoa se acalmou o suficiente ao ponto de participar de uma entrevista. (STEFANELLO e CAMPOS, 2014, p. 54)

Quadro 35: Prioridades no atendimento ao paciente agitado

Observar o paciente e coletar informações dele próprio e de fontes colaterais (p. ex., profissionais da saúde e familiares) que permitam uma impressão diagnóstica inicial
Revisar os tratamentos utilizados previamente
Excluir a possibilidade de o comportamento ser devido a uma condição médica geral
Avaliar e tratar quadros que exijam intervenção imediata
Determinar se o paciente se encontra intoxicado ou em abstinência de uma substância psicoativa

Fonte: PINTO, 2014

7.7.4 MANEJO

Deve-se evitar o uso de medidas coercitivas, pois elas podem contribuir para o aumento da agitação, devendo ser adotadas apenas excepcionalmente. Segundo Richmond et al. (2012, apud STEFANELLO e CAMPOS, 2014), “intervenções não coercitivas realizadas com genuíno comprometimento têm mais sucesso do que se imaginaria inicialmente”.

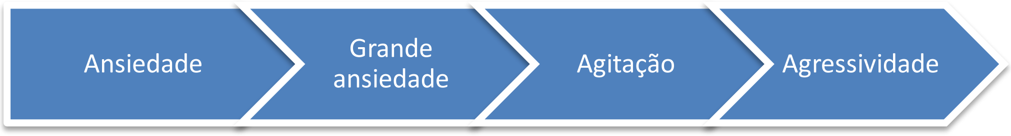
Quadro 36: Pprincipais objetivos do manjeo de pacientes com agitação psicomotora

Reduzir o sofrimento psicológico e físico do paciente
Reduzir o risco de dano a terceiros (incluindo a equipe de saúde) por meio da manutenção de um ambiente seguro
Ajudar o paciente a manejar suas emoções e seu comportamento, bem como a readquirir controle sobre seu comportamento
Evitar danos ao paciente (prescrição segura e monitoramento)

Fonte: PINTO, 2014.

As ações de cuidado para as situações de urgência e emergência, trabalhadas no item 5.5 (p. 87) podem auxiliar na condução dos quadros de agitação psicomotora com ou sem agressividade. A agitação psicomotora costuma apresentar-se num *continuum* e as intervenções adotadas devem buscar interromper essa evolução (Figura 4).

Figura 4: Evolução da agitação psicomotora



Fonte: STEFANELLO e CAMPOS, 2014.

Ao manejar situações de agitação psicomotora, o profissional não deve assumir uma postura autoritária nem buscar a submissão do paciente, devendo ao contrário, assumir postura colaborativa. É importante que o profissional fique atento a suas próprias reações e aos sentimentos que a situação desperta em si, não agindo na defensiva, não retaliando, rivalizando ou discutindo, principalmente se a pessoa agitada agir de forma provocativa, desafiadora, questionando a competência de quem quer ajudá-la (STEFANELLO e CAMPOS, 2014). Deve-se manter uma postura calma, interessada, utilizando-se de linguagem clara e não infantilizadora.

Importante priorizar que a abordagem se dê em um ambiente calmo e estável, sem muitos estímulos e com privacidade. É importante também retirar do local objetos pontiagudos, perfurocortantes ou que possam ser facilmente arremessados, entre outros materiais que possam ser prejudiciais a integridade física, tanto do paciente, quanto dos demais. Em alguns casos, na busca de se estabelecer um vínculo de confiança, é interessante que apenas um profissional se dirija diretamente ao paciente, mas outros profissionais deverão ficar por perto disponíveis para ser acionados, caso necessário. Além disso, o profissional deve posicionar-se próximo de uma saída, para conseguir escapar rapidamente em caso de violência (STEFANELLO e CAMPOS, 2014).

A presença de terceiros, inclusive familiares, deve ser avaliada de acordo com as características singulares de cada caso, dependendo se essa presença contribui para acalmar o paciente ou para agravar sua agitação.

Quadro 37: Intervenções ambientais

Implementar protocolos e rotinas para o manejo de pacientes agitados e/ou violentos
Disponibilizar equipe de segurança
Remover objetos que possam ser utilizados como armas

O paciente e a equipe devem estar em posição que permita a todos alcançar a porta, que deve estar aberta
Remover ao máximo os estímulos externos
Reduzir o tempo de espera para consulta

Fonte: PINTO, 2014.

Stefanello e Campos (2014) em material produzido para o curso de Crise e Urgência em Saúde Mental, ofertado pelo Ministério da Saúde, traçam as orientações para os profissionais lidarem com pessoas em agitação psicomotora. Os autores definem a importância de que o profissional se identifique de forma clara e educada, dizendo o nome e função e explicando que sua presença no local visa antes de tudo garantir que ninguém se machuque. Perguntar o nome da pessoa agitada e como ela prefere ser chamada. Deve-se utilizar frases curtas, de fácil entendimento – linguagem simples – dando tempo para que a pessoa compreenda e processe a informação. É fundamental ouvir o que a pessoa tem a dizer e responder-lhe propondo-lhe o que gostaria que fizesse: sentar-se, acalmar-se, falar mais baixo, aceitar uma medicação, por exemplo. É possível que seja necessário repetir a mensagem algumas vezes antes que ela seja processada. A partir da resposta da pessoa, é importante também ouvir atentamente, e reconsiderar, propor alternativas ao que está sendo proposto, dando opções para que a pessoa possa escolher e concordando quando possível. É possível, por exemplo, que a pessoa aceite sentar-se e conversar, mas não aceite a medicação proposta.

A intervenção deve seguir com as pactuações possíveis sem perder de vista os limites colocados e que não poderão ser negociados (por envolverem a segurança e integridade dos envolvidos – paciente e demais). Quando possível, alguns desejos da pessoa agitada podem ser atendidos e auxiliam no manejo da situação (conversar com alguém da família para intermediar um conflito, por exemplo). Outros podem ser difíceis ou inviáveis de atender; nesses casos, o profissional nunca deve enganar ou prometer algo que não será realizado.

Pode-se repetir com as próprias palavras o que entendeu sobre o que a pessoa disse, validando seu entendimento sobre a situação. Isso não significa que o profissional concorda com tudo o que foi dito, mas que entendeu a mensagem e a partir daí torna-se mais fácil estabelecer uma comunicação. Mesmo discordando do que a pessoa diz, ou considerando o conteúdo delirante, é útil exercitar a alteridade e colocar-se no lugar do outro, buscando compreender seu relato e experiência vivida como real e verdadeira e, ao menos naquele momento, fonte de intensa angústia e/ou ansiedade.

Quadro 38: Intervenções comportamentais

Evitar movimentos bruscos
Olhar diretamente para o paciente
Manter alguma distância física

Evitar fazer anotações
Apresentar-se e apresentar outros membros da equipe
Falar pausadamente, mas firme
Perguntas claras e diretas
Flexibilidade na condução da entrevista, mas sem barganhas
Colocar limites de maneira objetiva, mas acolhedora
Não fazer ameaças ou humilhações
Não confrontar, não provocar
Estimular o paciente a expressar seus sentimentos em palavras
Assegurar ao paciente que pretende ajudá-lo a controlar seus impulsos
Treinamento constante e reciclagem dos membros da equipe que presta cuidados

Fonte: MANTOVANI, 2010; PINTO, 2014.

A medicação nos casos de agitação psicomotora não visa necessariamente a sedação, mas tranquilizar o paciente. A solicitação da medicação pode vir do próprio paciente ou ser sugerida por profissional e aceita pelo paciente. Sempre que possível, o paciente deve participar da escolha da medicação e da via de administração, podendo relatar, por exemplo, algo que já funcionou em uma situação anterior. Caso esse acordo não seja possível, recomenda-se que se deixe claro ao paciente sobre a avaliação da necessidade de medicação e o que será feito.

Quadro 39: Princípios da intervenção farmacológica

Tranquilizar o paciente (não necessariamente sedação)
Identificar a(s) causa(s) provável(eis) da agitação
Medicar de acordo com a(s) causa(s) provável(eis) da agitação
Sempre que possível, o paciente deve participar da escolha do medicamento e da forma de administração
Se o paciente estiver cooperativo, preferir a via oral de administração; se a via parenteral for necessária, preferir a administração intramuscular

Fonte: WILSON, 2012.

Quadro 40: Classes de medicamentos utilizados na agitação psicomotora

CLASSE	ANTIPSICÓTICOSDE PRIMEIRA GERAÇÃO	ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GERAÇÃO *	BENZODIAZEPÍNICOS
EXEMPLOS	Haloperidol	Risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona	Clonazepam, diazepam, lorazepam*
MECANISMO DE ACÃO	Antagonistas do receptor de dopamina (D2)	Antagonistas do receptor de dopamina (D2) e do receptor de serotonina (5-HT2A)	Agonistas do receptor GABA
INDICAÇÕES	Intoxicação alcoólica, sintomas psicóticos de transtornos mentais	Sintomas psicóticos de transtornos mentais	Síndrome de abstinência alcoólica, intoxicação por estimulantes e agitação de etiologia indeterminada, na ausência de sintomas psicóticos
VANTAGENS	Segurança, eficácia, disponibilidade, pouca interação medicamentosa	Eficácia, menor risco de sintomas extrapiramidais ("Parkinsonismo")	Eficácia, possibilidade de associação com antipsicóticos
REAÇÕES ADVERSAS MAIS COMUNS/ DESVANTAGENS	Sintomas extrapiramidais ("Parkinsonismo")	Indisponibilidade na assistência farmacêutica básica	Sedação, *indisponibilidade na assistência farmacêutica básica
REAÇÕES ADVERSAS INCOMUNS QUE EXIGEM CUIDADO	Prolongamento do intervalo QTc (principalmente na via endovenosa – evitar e, no caso de utilização, monitorizar com ECG); síndrome neuroléptica maligna	Síndrome neuroléptica maligna	Depressão respiratória e hipotensão arterial (via parenteral)

Fonte: WILSON, 2012.

Quadro 41: Medicamentos de Via Oral disponíveis na assistência farmacêutica básica e utilizados no manejo da agitação psicomotora

MEDICAMENTO	DOSE INICIAL (mg)	PICO PLASMÁTICO (min)	PODE REPETIR EM (min)	DOSE MÁXIMA EM 24 HS (mg)
Haloperidol comprimidos de 1 e 5 mg e sol. Oral 2mg/mL	5	60-240	15	20
Clonazepam sol. Oral 2,5 mg/mL	0,5	30-60	30	16

Diazepam comprimidos de 5 e 10 mg	5	30-90	120	120

Fonte: WILSON, 2012; ESPÍRITO SANTO, 2018; CORDIOLI, 2011

Quadro 42: Medicamentos de Via Intramuscular disponíveis na assistência farmacêutica básica e utilizados no manejo da agitação psicomotora

MEDICAMENTO	DOSE INICIAL (mg)	PICO PLASMÁTICO (min)	PODE REPETIR EM (min)	DOSE MÁXIMA EM 24 HS (mg)
Haloperidol solução injetável 5 mg/Ml	5	30	15	20
Prometazina** solução injetável 25 mg/mL	25	15-20	60	150
Diazepam sol. Injetável 5mg/mL	Recomendação de aplicação apenas via endovenosa com monitorização de parâmetros cardiorespiratórios pelo risco depressão respiratória e hipotensão	Indefinido (absorção é errática pela via intramuscular)	---	Não estabelecida(absorção é errática pela via intramuscular)

**A combinação do haloperidol com a prometazina se mostrou segura e efetiva; os pacientes alcançaram tranquilização e sedação em menor tempo com essa associação do que com o uso do haloperidol apenas; além disso, os que receberam a associação tiveram menos sintomas extrapiramidaisdo que aqueles que receberam ohaloperidol sozinho (8).

Fonte: WILSON, 2012; ESPÍRITO SANTO, 2018; CORDIOLI, 2011

7.7.4.1 POPULAÇÕES ESPECIAIS

De acordo com Mantovani (2010), Pinto (2014) e Wilson (2012), algumas ressalvas devem ser consideradas no manejo medicamentoso de gestantes, crianças e idosos, conforme descrito abaixo.

Gestantes

O antipsicótico de escolha é o haloperidol, tanto por via oral quanto por via intramuscular, em dosagens iniciais menores que as habituais, devendo-se evitar o uso de benzodiazepínicos.

Crianças

- Primeira opção: Haloperidol 0,025 a 0,075 mg/kg/dose via oral (1 gota = 0,1 mg).
- Segunda opção: Haloperidol 0,025 a 0,075 mg/kg/dose via intramuscular.
- Evitar benzodiazepínicos, pois podem causar agitação paradoxal.

Idosos

- Primeira opção: Haloperidol solução oral 2 mg/mL – 10 a 20 gotas via oral.
- Segunda opção: Haloperidol solução injetável 5 mg/ml – ½ ampola intramuscular.
- Evitar o uso de benzodiazepínicos e de prometazina, pelo risco de sedação excessiva.

Reavaliar o paciente a cada 30 minutos e, em caso de necessidade de medicação adicional, repetir a droga utilizada inicialmente, na mesma dosagem, respeitando o tempo de ação necessário para cada medicamento.

7.7.5 CONTENÇÃO FÍSICA

Se todos os recursos narrados até aqui como o manejo verbal – comportamental e ambiental – e intervenção farmacológica não forem suficientes e a agitação continuar, como último recurso utiliza-se a contenção.

A contenção física do paciente envolve técnica usada para, de forma adequada, segurar, conduzir, e restringir os movimentos físicos do paciente, devido ao grau de risco que representa para si e para os demais que convivem com ele, em consequência das alterações psíquicas e comportamentais que representa (COFEN, 2012). Caracteriza-se pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo.

Já a contenção mecânica se caracteriza pelo uso de faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos, que fixam o paciente ao leito. **Esse deve ser o último recurso terapêutico a ser usado, quando os outros forem ineficazes ou não for possível de ser aplicado** (MANTOVANI, 2010). O uso dessa técnica deve ser bem restrito aos quadros psicopatológicos que coloquem em risco de vida o paciente, as pessoas que estão convivendo com ele ou ambos (STUART e LARAIA, 2001).

A Resolução nº 1952/2010 do CFM – que trata das diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil – sinaliza que a indicação e a prescrição de contenção física ao paciente psiquiátrico competem ao médico.

Os quadros que justificam a contenção física são aqueles em que há agressão física exteriorizada.

Quando utilizar a técnica terapêutica da contenção física

- Quando houver presença de comportamento agressivo que coloque o paciente em risco e/ou coloque em risco a vida de terceiros;

- Quando houver risco de vida nos quadros de *delirium* com hiperatividade, *delirium tremens,* estado de furor;
- Quando houver impulso e ideação suicida com histórico de repetição de tentativas de suicídio em curto período de tempo;
- Quando houver quadro de delírios e alucinações com agitação psicomotora; ataque de pânico em que há risco eminente de autoagressão;

Profissionais e posicionamento da equipe

Para contenção física, são necessários cinco profissionais, correspondendo à distribuição deles em relação às partes do corpo a serem contidas. A técnica deve ser aplicada antes que o indivíduo tome a iniciativa de concretizar a agressão. Deve-se avaliar a situação do local, histórico do sujeito, riscos inerentes, local adequado para o posicionamento, a abordagem do indivíduo com a imposição de limites, a avaliação do quadro psicopatológico, a tomada de decisão e a comunicação da equipe para realizar a contenção física.

Passos para contenção física

Posicionar-se de frente para o indivíduo; olhar para o indivíduo e observar a sua comunicação não verbal; os braços devem estar ao longo do corpo e as mãos abertas; controlar a comunicação não verbal; manter uma distância segura do indivíduo, que não seja suficiente para o mesmo sair do semicírculo; a distância a ser medida é calculada pelo tamanho do braço do indivíduo, calculando-se em média cerca de um braço e meio para mantermos a distância dele; faz-se o posicionamento lateralizado, as pernas precisam estar abertas para dar estabilidade ao corpo, e uma das mãos deve ser colocada com força no hemitórax do indivíduo, impedindo-o de se aproximar; deve-se evitar a todo custo derrubar o indivíduo ao chão devido aos riscos de fratura dos ossos e por configurar um ato de agressão.

Avaliação situacional

Deve-se rapidamente realizar a avaliação do indivíduo, como orientação, crítica, memória, atenção e concentração, presença de quadros alucinatórios e delirantes, comunicação não verbal que é expressa, agressividade verbal, testagem e manipulação, complicações clínicas orgânicas, dificuldades do local e da abordagem.

Se esgotadas as tentativas de abordar o indivíduo sem conseguir acalmá-lo, aplicar a contenção física. Comunicar aos demais da equipe para que segurem o indivíduo; o indivíduo não deve perceber a informação dada para ser contido. Previamente, deve-se combinar um código entre a equipe para o que será dito.

Onde segurar e como segurar

Quando o líder ordenar a contenção, os profissionais obedecerão, de acordo com seu posicionamento, a área corporal a ser segurada: primeiramente segurar os membros superiores, um de cada lado; depois segurar os membros inferiores, um de cada lado.

Quem estiver no centro irá posicionar-se atrás do indivíduo e segurar a cabeça e o tórax. Os demais profissionais devem assumir a contenção dos outros membros do indivíduo, de acordo com a proximidade deles; o tórax e a cabeça serão segurados por aquele profissional que sobrou. Ao mesmo tempo, serão imobilizadas as articulações dos membros superiores, com ambas as mãos segurando o punho; colocar a articulação do cotovelo do indivíduo debaixo de sua axila; trazer o braço contido levemente para trás; para a contenção dos membros inferiores, os profissionais ficam agachados, lateralizados ao membro inferior escolhido, debaixo e a frente dos profissionais que estão contendo os membros superiores, facilitando a *posteriori* o levantamento dos membros inferiores e do indivíduo;a seguir com um dos membros superiores,abraça-se o joelho, com a palma da mão segurando a região patelar; com o outro membro superior estendido por completo deve-se segurar o tornozelo; o profissional que restou posicionar-se-á atrás do indivíduo segurando os membros superiores do mesmo, e conterá o tórax e a cabeça. Na contenção do tórax, passará um dos membros superiores por baixo da axila do indivíduo, de modo a fixá-lo ao longo da extensão do tórax, aproveitando que os membros superiores estão contidos, estendidos e levemente puxados para trás. O posicionamento de quem vai ficar atrás será a de fazer contato com a maior área possível do corpo do indivíduo;todas as áreas das costas e glúteos do mesmo devem ser escoradas pela área correspondente do tórax, abdome e pelve do profissional.

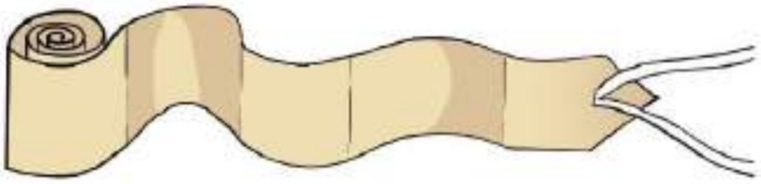
Como transportar para o leito

O indivíduo será fixado ao leito e quem está posicionado nos membros inferiores vai segurar com as duas mãos os tornozelos do indivíduo; outro segura a cabeça do paciente com mão, prendendo-a contra o tórax do profissional; após receber a cabeça e o tórax do indivíduo em seu tórax, faz-se a fixação dos mesmos.

7.7.6 CONTENÇÃO MECÂNICA (como segurar o indivíduo no leito)

Deve-se utilizar material próprio para a realização da contenção mecânica, podendo ser faixas de couro ou de tecido: quatro faixas – uma para cada membro, de aproximadamente 12 metros de comprimento por 40 centímetros de largura, com tiras finas em uma das extremidades (Figura 5).

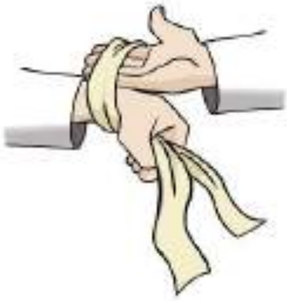
Figura 5: Faixa de contenção mecânica



Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2008.

- O indivíduo será mantido em posição anatômica, com os membros inferiores levemente afastados, e com as palmas das mãos voltadas para cima.
- O indivíduo terá seu pulso contido por uma das mãos do profissional e empurrado e fixado contra o colchão; com a outra mão, irá segurar parte do hemitórax correspondente; ao ser deitado, é comum aparecer, acima da clavícula, a fossa da musculatura, e devemos nos guiar por ela para posicionar os dedos, sempre acima dela; o profissional que segurava a cabeça e o tórax do indivíduo quando do transporte ficará livre para iniciar a contenção mecânica com as faixas apropriadas: a começar sempre pelo membro que apresenta o maior risco de ser solto pelo indivíduo.
- Se todos os membros estão bem seguros e não há a possibilidade de um membro ser liberado, procede-se à contenção por faixas pelo critério pessoal, iniciando por qualquer um dos membros, superior ou inferior, preservando-se o tórax por último.
- Ao conter por faixa o membro superior, quem segura o punho do indivíduo deve rapidamente deslizar sua mão e segurar a área logo acima, no sentido do cotovelo, abrindo espaço para que a faixa seja colocada na região do punho, porém deve continuar segurando conjuntamente o hemitórax do indivíduo.
- O envolvimento do punho se inicia sempre passando a faixa por baixo dele; em seguida o restante da faixa deve ser lateralizado e amarrado na parte inferior do leito (Figura 6).

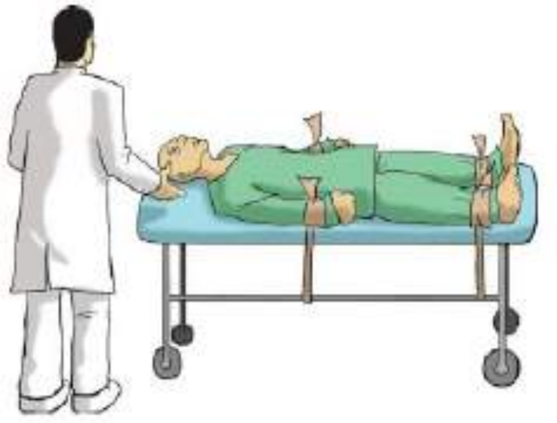
Figura 6: Contenção mecânica



Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2008.

- Continua-se segurando o membro superior e o hemitórax, como já descrito, até que se complete a contenção por faixas de todos os demais membros e do tórax do indivíduo, quando serão liberados os profissionais.
- O procedimento para os membros inferiores é igual, com o profissional que segura o tornozelo deixando correr sua mão para uma posição acima, no sentido do joelho, liberando o tornozelo para se envolvido pela faixa e a posterior fixação da mesma na parte inferior do leito.
- Deve-se sempre colocar as faixas pela parte inferior da área corporal, tentando fazer com que ocorra um equilíbrio entre as pontas das mesmas, para que aextensão de cada lado seja igual e possa envolver a região sem dificuldades (Figura 7).

Figura 7: Contenção mecânica no leito



Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2008.

- A faixa que preconizamos para uso possui nas extremidades uma extensão com uma costura em ziguezague, onde se encontra uma espuma como se fosse um recheio entre os tecidos que a recobrem em cada lado.
- Essa extensão é usada para envolver a área corporal a ser contida e a cada volta completa envolvendo a área corporal deve ser feita uma tração que fixe a faixa.
- Observação rigorosa para evitar uma tração muito forte que provoque garroteamento da extremidade do membro ou para tração fraca que promoverá o afrouxamento da faixa e a liberação do membro.
- Ao término do envolvimento do membro com a parte do ziguezague da faixa, aplica-se uma última tração e uma primeira amarra, sendo obrigatório que o laço dado fique sempre posicionado na parte ventral do membro contido, ou seja, voltada para o teto, para evitar que o nó do laço fique na parte provocando atrito entre a área contida e o colchão.
- A última área a ser contida é o tórax, tomando-se cuidados específicos quando da colocação da faixa, nunca atingindo a área do diafragma.

7.7.7 CUIDADOS APÓS A CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Após a realização da contenção física do indivíduo, há a necessidade de se tomarem medidas gerais e específicas, tanto no momento imediato da contenção quando de forma contínua ao longo do período que o indivíduo permanecer contido.

A observação constante do indivíduo é de suma importância, pois caso ocorra vômito, outras medidas devem ser aplicadas de imediato, como a elevação da cabeça e do tronco do indivíduo, a lateralização da cabeça, a desobstrução das vias aéreas e a higiene oral.

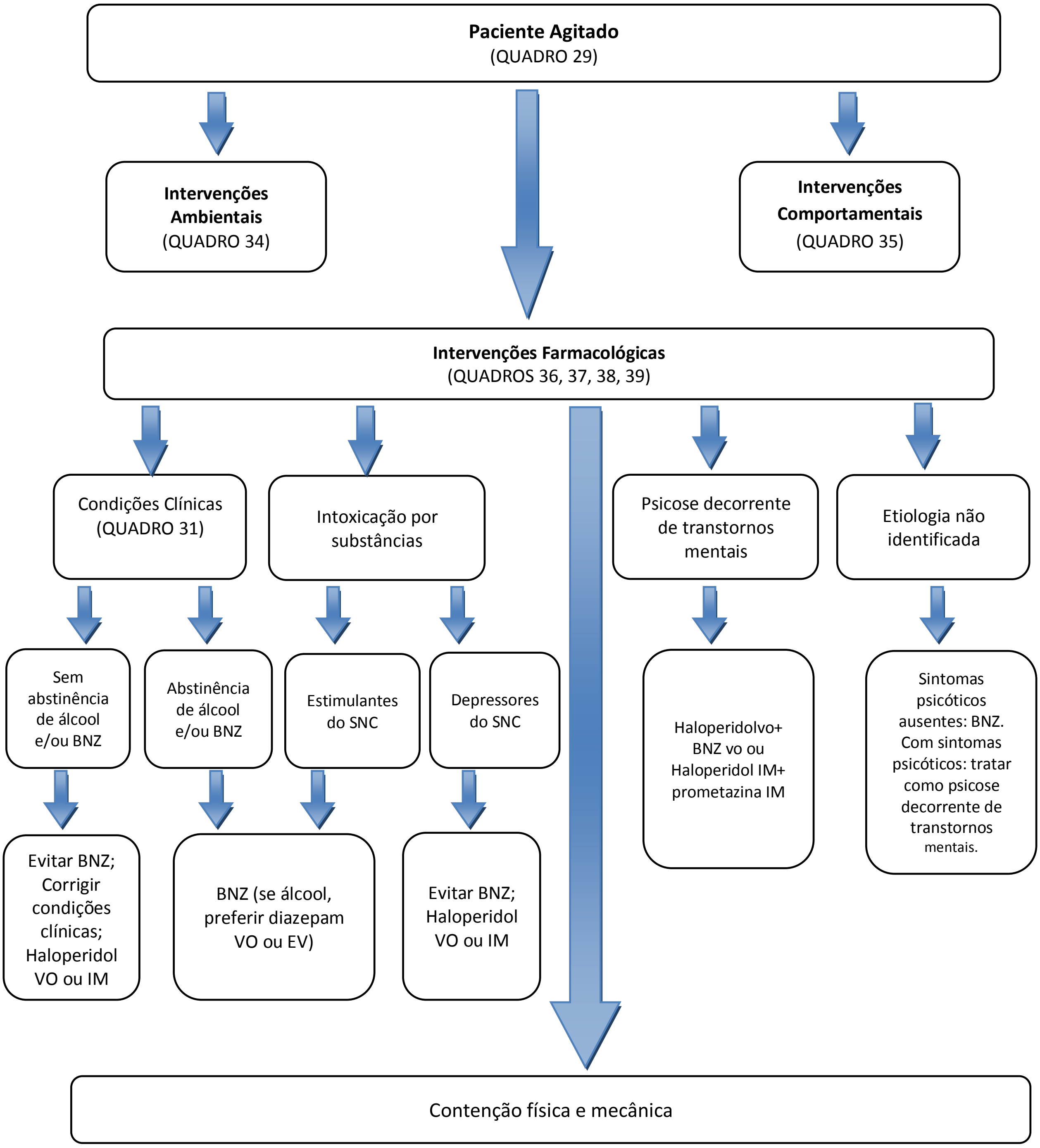
Deve-se avaliar a perfusão sanguínea arterial e o pulso dos quatro membros e verificar os sinais vitais antes que os fármacos façam efeito, repetindo o procedimento após o tempo esperado da ação das medicações. A verificação dos sinais vitais deve ser feita de forma rotineira (MARCOLAN, 2013).

Assim que a pessoa estiver mais calma, a contenção deve ser retirada:

> Como a contenção não deixa de ser um ato de violência, por mais que seu intuito seja proteger os indivíduos, é importante que ela seja retirada assim que possível e que novos acordos sejam feitos, inclusive para melhorar o bem estar de quem foi contido (STEFANELLO e CAMPOS, 2014, p. 71).

Algum profissional da equipe, preferencialmente quem ordenou a adoção de uma medida involuntária – como a contenção – deve então buscar resgatar a aliança terapêutica e tentar aliviar o trauma da intervenção coercitiva. Deve-se explicar a necessidade da intervenção e ouvir o que a pessoa tem a dizer sobre o ocorrido. Nesse momento, pode-se buscar explorar outras alternativas para lidar com a agitação caso esse episódio volte a ocorrer. É possível também estimular a pessoa a falar sobre o que precipitou tal situação, buscando ajudá-la a pensar como resolver seus problemas e o que pode ser feito caso ela volte a sentir que está ficando irritada ou perdendo o controle. Assim, age-se preventivamente.

Fluxo 2: Manejo do paciente agitado


Paciente Agitado
(QUADRO 29)
Intervenções Ambientais
(QUADRO 34)
Intervenções Comportamentais
(QUADRO 35)
Intervenções Farmacológicas
(QUADROS 36, 37, 38, 39)
Condições Clínicas (QUADRO 31)
Intoxicação por substâncias
Psicose decorrente de transtornos mentais
Etiologia não identificada
Sem abstinência de álcool e/ou BNZ
Abstinência de álcool e/ou BNZ
Estimulantes do SNC
Depressores do SNC
Haloperidolvo+ BNZ vo ou Haloperidol IM+ prometazina IM
Sintomas psicóticos ausentes: BNZ. Com sintomas psicóticos: tratar como psicose decorrente de transtornos mentais.
Evitar BNZ; Corrigir condições clínicas; Haloperidol VO ou IM
BNZ (se álcool, preferir diazepam VO ou EV)
Evitar BNZ; Haloperidol VO ou IM
Contenção física e mecânica

SNC: Sistema Nervoso Central; BNZ: Benzodiazepínicos; VI: Via Oral; IM: Via Intramuscular; EV: Via Endovenosa.

REFERÊNCIAS

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução N° 427**, de 7 de maio de 2012: Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n4272012_9146.html>. Acesso em: 30 julho. 2018.

CORDIOLI, A. V. et al. **Psicofármacos**: Consulta Rápida. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de estado da saúde. **Farmácia Cidadã**. Assistência Farmacêutica Básica. Disponível em: <https://farmaciacidada.es.gov.br>. Acesso em: 30 jun. 2018.

JACINTHO, A. C. de A., STELLA, F., LAURITO JR., J. B. Agitação Psicomotora. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 219-235.

MANTOVANI, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileirade Psiquiatria**, v.32, p. 96-103, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a06.pdf >. Acesso em: 02 out. 2015.

MARCOLAN, J. **Técnica Terapêutica da Contenção Física.** 1 ed. São Paulo: Roca, 2013.

PINTO, J. P. et. al. Agressividade e agitação psicomotora. In: QUEVEDO, J., CARVALHO, A. F. (Org.). **Emergências psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

STEFANELLO, S., CAMPOS, P. J. de., Cuidado/Manejo da pessoa em crise em situações específicas. In: ZEFERINO, M. T., RODRIGUES, J., ASSIS, J. T. **O cuidado às pessoas em situação de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial** / Maria Therezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 180p.

STUART, G. W., LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática.**6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

TREC Collaborative Group. Rapid tranquilisation in psychiatric emergency settings in Brazil: pragmatic randomized controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. BMJ.2007;335(7625):869. Disponível em: <doi:10.1136/bmj.39339.448819.AE >. Acesso em 18 maio 2016.

WILSON, M. P. et. al. The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology. **Western Journal of Emergency Medicine**, San Diego, v. 13, n. 1, p. 26-34, fev. 2012. Disponível em: <http://escholarship.org/uc/item/5fz8c8gs>. Acesso em: 18 maio 2016.

7.8 AUTISMO

O autismo é uma das prioridades clínicas para a atenção à saúde mental da criança e do adolescente, embora não seja um quadro clínico que corresponda apenas a essa faixa etária. A abordagem do autismo proposta nesse documento está em consonância com toda a lógica da atenção psicossocial e, consequentemente, com a lógica da Reforma Psiquiátrica e o modo de conceber e propor ações em termos de políticas públicas no SUS. Isso implica afirmar que apesar de ser considerado a especificidade do autismo, toda proposta dirigida a esse público não está apartada das demais problemáticas em saúde mental, assim como as intervenções seguem os mesmos princípios da política nacional de saúde mental (BRASIL, 2005): Criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito; Acolhimento universal; Encaminhamento implicado; Construção permanente da rede; Território e Intersetorialidade na ação do cuidado.

Lida-se com o fato de ser um campo de pesquisa e clínico com poucos consensos, desde a origem até as abordagens terapêuticas. Aqui, aposta-se que o autismo é um quadro complexo, que comporta desde uma complexidade etiológica - que desqualifica qualquer hipótese de uma prevalência causal uniforme e monodeterminada - até a pluralidade de práticas terapêuticas.

No campo da saúde pública brasileira há debates recentes sobre o tipo de atendimento mais adequado e eficiente às pessoas que recebem o diagnóstico de autismo. Mesmo dentro da política do Ministério da Saúde (MS) não há consenso, uma vez que coexistem duas vertentes distintas em seus principioséticos-técnico-políticos: uma que concebe o autismo como uma deficiência, e outra no campo dos transtornos mentais e da lógica da atenção psicossocial. Para cada uma dessas concepções há documentos correspondentes: 1) Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (BRASIL,2013); 2) Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015), respectivamente. Ambos comportam tentativas de proposições e de organizações do cuidado às pessoas autistas.

O cuidado a esse público é muito recente no campo da saúde. Segundo Couto (2012), as crianças com autismo passaram a maior parte do século XX sem serem assistidas pela saúde pública, e sim pela rede filantrópica, principalmente pelas Associações de Pais e Amigos do Excepcionais (APAEs) e as Pestalozzis, e pela educação e a assistência social.

No campo da saúde mental, do ponto de vista de uma agenda política, oficializa-se o cuidado às pessoas autistas com a publicação da Portaria nº 336/2002[16], que institui o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). A partir de então, o CAPSi passa a ser “o equipamento privilegiado para a atenção à criança com autismo no âmbito do SUS, embora não se dirija de modo exclusivo a essa clientela” (BRASIL, 2015, p.29).

---

[16] Incorporada pela Portaria de Consolidação Nº 3, de 2017.

7.8.1 PRINCIPAIS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA): KANNER E ASPERGER

As primeiras descrições do quadro clínico do autismo foram realizadas por Leo Kanner e Hans Asperger na década de 1940. Em 1943, Kanner publica o artigo "Os distúrbios autísticos do contato afetivo", onde descreveu um quadro cujo o principal distúrbio era "a incapacidade de se relacionarem de maneira normal com pessoas e situações, desde o princípio de suas vidas" (KANNER, 1943, p. 243). Sinais de um isolamento autístico marcado pelo ato de ignorar, negligenciar ou recusar o contato com o ambiente, mesmo os próprios pais, podiam comparecer muito precocemente, nos primeiros meses de vida, mas que muitas vezes apenas eram identificados retrospectivamente. Ao contrário, as dificuldades na aquisição da fala, que os pais relatavam a Kanner, saltavam aos olhos e portanto, pareciam como os primeiros sinais de que algo de diferente se passava com seus filhos.

Para Kanner, as duas principais características do autismo são: *aloneless* e *sameness*. A primeira pode ser traduzida como solidão, como um isolamento do mundo exterior, principalmente da interação com as pessoas. E o segundo termo, *sameness,* foi traduzido como mesmice, "um desejo obsessivo e ansioso pela manutenção da uniformidade" (KANNER, 1943, p.245), uma vontade de imutabilidade, de que nada mude, portanto, o autista tende a preferir o que possui ordem, o que é repetitivo, rotineiro e esquemático.

Kanner (1943) evidenciou nas onze crianças descritas como autistas, que possuíam entre 2 e 8 anos, as seguintes características: (a) inabilidade em desenvolver relacionamentos com pessoas; (b) atraso na aquisição da linguagem; (c) uso não comunicativo da linguagem após o seu desenvolvimento; (d) tendência à repetição da fala do outro (ecolalia); (e) uso reverso de pronomes; (f) brincadeiras repetitivas e estereotipadas; (g) insistência obsessiva na manutenção da "mesmice" (rotinas rígidas e um padrão restrito de interesses peculiares); (h) falta de imaginação; (i) boa memória mecânica; e (j) aparência física normal.

Quase trinta anos após sua primeira descrição do quadro, em 1971, Kanner reavaliou os onze casos iniciais, que haviam se tornado adultos, na qual teve a oportunidade de ratificar sua descrição inicial de que o quadro já está presente desde a primeira infância e que há traços que perduram, mesmo com a aquisição de habilidades, que possibilitaram alguns conquistar, inclusive, uma independência financeira (KANNER, 1971).

Em 1944, Hans Asperger, psiquiatra vienense, sem conhecer o trabalho de Kanner, publica o artigo "Psicopatia Autística na Infância", na qual descreve um quadro psicopatológico que possui como questão central um transtorno na relação com o ambiente ao seu redor. Segundo Asperger (1943/2015) existe uma constante desse tipo clínico: "A partir de dois anos, seus traços são reconhecíveis – eles persistem toda a vida. [...] O essencial continua invariável [...]. É a unidade dos sintomas e sua constância que leva a esse estado tão típico [...]." (p.322). A descrição feita por ele, que ficou conhecida como Síndrome de Asperger, se aproxima em alguns aspectos do quadro descrito por Kanner, mas possui diferenças, principalmente no aspecto da linguagem (presente) e da cognição (bom nível).

Desde essas primeiras descrições feitas por Kanner e Asperger até os dias atuais, o conceito de autismo infantil se modificou, passando a ser agrupado em um contínuo de condições com as quais guarda várias similaridades, que passaram a ser denominadas de *transtornos globais (ou invasivos) do desenvolvimento* (TGD). Mais recentemente, denominaram-se os *transtornos do espectro do autismo (TEA)* para se referir a uma parte dos TGD: o autismo, a síndrome de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (portanto, não incluindo a síndrome de Rett e o transtorno desintegrativo da infância).

7.8.2 TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)

O TEA é caraterizado por um quadro quegeralmente inicia-se durante o segundo ano de vida (12 a 24 meses). Os sintomas podem acometer desde a amamentação ou se iniciarem abruptamente no final dos dois anos de idade. Os indivíduos com TEA possuem quadro com prejuízo persistente na comunicação e interação social, e a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (DSM-V, 2014; RUTTER, 2008).

Comunicação e interação social

O déficit de linguagem varia de ausência total na fala, atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala, fala com eco, linguagem literal ou afetada.

Os indivíduos autistas possuem pequena ou nenhuma capacidade de iniciar interação social e de compartilhar emoções. Quando existe a linguagem, esta geralmente é utilizada mais para solicitar ou rotular. O autista possui dificuldade para iniciar ou responder a uma interação social, com prejuízo para iniciar uma conversa normal, e reduzido compartilhamento de interesses, emoções ou afeto.

Déficits também estão presentes nas manifestações da comunicação não verbal usados para interação social, como um uso reduzido, ausente ou atípico de contato visual, linguagem corporal, déficit na compreensão e uso de gestos, ausência total de expressões faciais ou entonação na fala.

Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades

Observa-se a presença de movimentos motores (por exemplo: abanar as mãos, estalar os dedos), uso repetitivo de objetos (por exemplo: girar moedas, enfileirar objetos) ou fala estereotipada ou repetitiva (por exemplo: ecolalia, repetição atrasada ou imediata de palavras ouvidas, inversão pronominal ao referir-se a si mesmo, uso estereotipado de palavras, frases ou padrões de prosódia). Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões restritos de comportamentos manifestados como uma resistência a mudanças (por exemplo sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmo alimentos diariamente). Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo forte apego ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos). Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente manifestadas por meio de respostas extremas a sons, texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou objetos giratórios; e algumas vezes aparente indiferença a dor, calor ou frio. Reações extremas ou rituais envolvendo gosto, cheiro, textura ou aparência da comida ou excesso de restrição alimentar.

Estes sintomas limitam ou prejudicam o indivíduo no seu funcionamento diário, social ou em outras áreas importantes da vida. As manifestações variam dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica (DSM-V, 2014).

O TEA é uma condição crônica, mas a maioria dos indivíduos possuem uma melhora gradual em seus sintomas ao longo do desenvolvimento, e através de intervenções terapêuticas e compensações que podem mascarar as dificuldades referentes as manifestações em alguns contextos. No entanto, os sintomas permanecem presentes ao ponto de causarem prejuízo nas diversas áreas do indivíduo. A gravidade dos sintomas pode ser amenizada, mas os traços característicos do autismo continuarão presentes, inclusive na fase adulta (YUDOFSKY, 2012; ASSUMPÇÃO, 2012).

7.8.3 TEA COMO UM TRANSTORNO MENTAL

Nessa Diretriz Clínica, parte-se da concepção do TEA como um transtorno mental, o que implica dizer que não há uma causalidade mental, e sim uma expressão clínica mental, que diz respeito a alterações da experiência subjetiva, ou seja, “os transtornos mentais são categorias descritivas e não explicativas e etiológicas” (BRASIL 2015, p.31). Assim como é importante frisar que o termo *transtorno* é mais heterogêneo e mais abrangente do que o termo *doença*.

Destaca-se também que para um quadro clínico seja considerado um transtorno mental não basta que sejam identificados diferenças em relação a um padrão típico ou a uma norma, sejam estas diferenças qualitativas ou quantitativas. Leva-se em consideração e é necessário que a condição apresentada esteja associada a algum prejuízo funcional.

> Para que uma pessoa possa receber um diagnóstico psiquiátrico, não é suficiente que ela manifeste um conjunto de diferenças significativas na sua experiência significativa ou no seu comportamento em relação ao padrão ‘típico’ esperado pela sociedade e pela cultura às quais pertence, pois é preciso também que ela revele um comprometimento funcional da vida cotidiana em termos de sofrimento, incapacidade ou deficiência (BRASIL, 2015, p. 32).

7.8.4 DIAGNÓSTICO

No TEA os sintomas estão presentes desde o início da infância. Dessa maneira, é a partir dos 36 meses, ou seja, 3 anos de idade que o diagnóstico pode ser fechado, conforme preconiza a *Linha de Cuidado* (BRASIL, 2015, p. 45). No entanto, a identificação de risco para TEA pode e deve ser feita precocemente, pois há sinais que podem comparecer desde bebê. O diagnóstico do TEA é clínico, ou seja, não é necessário nenhum exame específico para realizar o diagnóstico definitivo (RUTTER, 2008). Assim como é importante saber que o diagnóstico de TEA constitui uma descrição e não uma explicação (BRASIL, 2015, p. 37).

O processo diagnóstico deve ser construído com a participação da família com intuito de esclarecer as possíveis expectativas com o transtorno e minimizar o choque que acomete os familiares ao se comunicar o diagnóstico.

Todo o processo de investigação e de diagnóstico deve ser realizado por equipe multiprofissional com experiência na clínica. Inicialmente é necessário uma escuta cuidadosa da família sobre a história do indivíduo, com a coleta de uma anamnese em que investiga-se a demanda da família; a história de vida (dados sobre a gestação, nascimento, marcos do desenvolvimento); configuração familiar (quem mora na casa, laços familiares, relação com os amigos, quem se ocupa prioritariamente do cuidado); rotina diária, autonomia nas atividades diárias, história clínica (comorbidades, internações hospitalares, cirurgias). Além disso, a observação livre do indivíduo em atividade dirigida ou não, e em grupos é importante para avaliar o modo como a pessoa se comunica, se relaciona, seus interesses e suas demandas. (BRASIL, 2015)

A necessidade de exames complementares como avaliação neurológica, exames metabólicos, genéticos e exames sensoriais (audição e teste visual) deve ser avaliado caso a caso (RUTTER, 2008; ASSUMPÇÃO, 2012).

Atualmente, existem instrumentos que podem nortear os profissionais em atendimento para a identificação precoce de características clínicas associadas ao TEA em crianças de um a três, são eles: QDC (Questionario do desenvolvimento da comunicação), M-CHAT. No entanto, estes instrumentos são utilizados apenas como rastreio, não são ferramentas para realizar o diagnóstico (RUTTER, 2008). A avaliação cuidadosa do caso, com uma anamnese minuciosa e avaliação multiprofissional é a maneira de se realizar um diagnóstico correto e desta forma não banalizar o transtorno.

7.8.5 DIRETRIZES PARA O CUIDADO

Conforme a *Línha do Cuidado* preconiza, "não há uma única abordagem, uma única forma de treinamento, um uso exclusivo de medicação ou projeto terapêutico fechado que possa dar conta das dificuldades de todas as pessoas com transtorno do espectro do autismo" (BRASIL, 2015, p.90). Parte-se dessa premissa para pensar o cuidado que deve ser ofertado a essas pessoas no âmbito do SUS, reafirmando os seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, buscando garantir a ampliação do acesso e da qualidade do cuidado aos que se encontram em maior vulnerabilidade.

> No caso da pessoa com TEA, ao se considerar as tendências ao isolamento, as dificuldades no contato com os outros e as limitações de comunicação como questões centrais para o cuidado, torna-se ainda mais imperativo o trabalho numa rede efetiva que intervenha para ampliação de seus laços sociais (BRASIL, 2015, p. 63).

A lógica do cuidado é baseada na busca por estratégias de intervenção que partam da concepção de uma organização em rede, e não somente um serviço ou equipamento, bem como uma determinada abordagem terapêutica, será capaz de alcançar a complexidade das demandas de inclusão de pessoas com tamanhas dificuldades de inserção social, escolar e no mundo do trabalho.

7.8.6 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

Nos quadros clínicos de autismo ou de suspeita de autismo é imprescindível elaborar uma proposta de cuidado singular, caso a caso, que busque atender da melhor forma possível e viável as necessidades de cada sujeito e de seus familiares. Deve-se sempre levar em conta o ciclo de vida que o indivíduo se encontra, sua realidade de vida, a gravidade do seu caso ou da situação que está vivendo naquele momento. Convencionou-se chamar essa proposta de cuidado como PTS (ver item 4.9).

O monitoramento do PTS deve ser realizado pelos técnicos ou equipes de referência, que podem ser definidos como um profissional ou um conjunto de profissionais que possuem a função de articular as ações de cuidado, favorecer o cuidado contínuo, para que a pessoa com TEA não fique sem assistência. Bem como poder se colocar no lugar de um parceiro que poderá facilitar a construção de ponte entre o autista e sua família, e os demais profissionais, serviços e equipamentos de saúde ou de outros setores que o indivíduo necessite circular e receber os atendimentos necessários, mesmo que a pessoa com TEA não os demande claramente.

Cabe ressaltar que **a lógica do PTS e do técnico ou equipe de referencia está pautada na concepção de um cuidado baseado no vínculo, no respeito ao sujeito em sua radical singularidade, ou seja, no respeito às diferenças, na escuta qualificada de cada demanda e na busca inventiva de cada plano de vida, valorizando, sobretudo, as construções realizadas pelo sujeito para dar conta de estar no mundo.**

7.8.7 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os CAPS, de forma geral, e os CAPSi de forma mais específica, têm buscado oferecer um cuidado ao público autista, seja pela via de atendimentos individuais ou em grupo, conduzidos pelos diversos profissionais que compõem a equipe multiprofissional, mas sobretudo articulado da proposta do CAPS e de sua função na RAPS. Em outros termos, toda a proposta terapêutica do CAPS dirigida aos autistas segue a lógica do CAPS, não está, de forma alguma, apartada das demais problemáticas que atingem o público com transtornos mentais, apesar de não ser negligenciado sua especificidade.

Uma das responsabilidades do CAPS é a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território. A assistência prestada ao paciente no CAPS inclui atividades como atividades comunitárias com enfoque na integração do usuário na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social, e o desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça.

Isso implica que o CAPS não seja apenas um serviço que atenda pessoas em sofrimento psíquico grave. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. **O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores** (YASUI, 2010, p. 115).

E para tecer essa trama, parte-se da demanda de cada um que procura o serviço em busca de um alívio de seu sofrimento, considerando a sua singularidade. A partir disso pensa-se em uma forma de cuidado, ou seja, é construído um PTS. Tal projeto não deve ser executado dentro do CAPS apenas, deve contemplar uma diversidade de estratégias de cuidado, como afirma Yasui (2010, p.115) “um CAPS é a articulação dos diferentes projetos com os diferentes recursos existentes no seu entorno ou no seu território. [...] Tecer essa rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essências” do processo de trabalho realizado em um CAPS.

As ações terapêuticas devem sempre estar associadas a ações de articulação com a Rede, com os demais setores e secretarias, como a de Educação, Assistência Social, Esportes, dentre outras. Assim como com a Justiça, os equipamentos de garantia dos direitos, como Conselho Tutelar, e a rede filantrópica, em especial as APAE’s e Pestalozzis. Tais articulações acontecem de acordo com a demanda de cada caso, ou seja, a partir da demanda de cada pessoa com TEA e sua família é que se articula e constrói a Rede necessária à cada situação.

7.8.8 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O TEA raramente demanda tratamento psicofarmacológico, e até o momento não foram desenvolvidos medicamentos específicos para o transtorno (RUTTER, 2008). **O uso de psicofármacos não altera as características centrais do transtorno, como o prejuízo na comunicaçãoe na interação social, nem os padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesse e atividade; nem são substitutivos de outras formas de intervenção.**

Os psicofármacos são indicados na presença de sintomas alvos que causam sofrimento e/ou prejudicam intensamente a convivência no meio familiar, escolar e demais âmbitos. Os sintomas-alvo mais frequentemente abordados com a psicofarmacologia são: irritabilidade, impulsividade, agitação, auto/heteroagressividade, comportamentos compulsivos e repetitivos, distúrbio do sono, automutilação. Com a identificação do sintoma alvo, deve ser escolhido o psicofármaco mais indicado para a situação. Os pais ou responsáveis devem estar cientes do motivo do uso da medicação, e quando possível também à criança; assim como de seus principais efeitos colaterais. Vale ressaltar que o tratamento medicamentoso não deve ser utilizado como único ou principal recurso terapêutico para o indivíduo com TEA, ele deve vim sempre associado com outras estratégias de cuidado.

Dentre os agentes psicoativos mais utilizados no tratamento medicamentoso dos sintomas alvos encontra-se os antidepressivos Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS), como a Fluoxetina, Sertralina e o Citalopram que são uteis para a redução de comportamentos compulsivos e repetitivos, rigidez comportamental e agressividade. O Antipsicotico Atípico Risperidona minimiza o auto/heteroagressividade e os comportamentos repetitivos. O æ-agonista Clonidina diminui a impulsividade e a hiperatividade. O Psicoestimulante Metilfenidato é indicado para a agitação. E os Anticonvulsivantes Carbamazepina e Ácido Valproico são prescritos nos casos de agressão (RUTTER, 2008; ASSUMPÇÃO, 2012; YUDOFSKY, 2012).

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO, F.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. 2ed. São Paulo:Editora Atheneu, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

COUTO, M. C. V. **Política de saúde mental para crianças e adolescentes:** especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010). 2012. 178 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

DSM-V, American Psychiatric Association. Manual diagnostic e estatistico de transtornos mentais / American Psychiatric Association - 5° ed - Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

RUTTER, M. et al. **Rutter's Child and Adolescente Psychiatry**. 5ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

Yudofsky, S.; Hales, R.; Gabbard, G. Tratado de Psiquiatria Clínica. 5ed. Porto Alegre:Editora Artmed, 2012.

7.9 INSTITUCIONALIZAÇÃO E SOFRIMENTO MENTAL

Para Goffman (1961) **uma instituição total se define como um local onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada.** O aspecto central dessas instituições é a ruptura das barreiras que comumente separam esferas da vida – como comer, brincar, trabalhar, dormir – pois todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local, sob uma mesma autoridade, geralmente em grupo, com horários pré-estabelecidos, com um sistema de regras formais e sob a supervisão de um grupo de profissionais.

É comum que as pessoas cheguem às instituições com uma história pessoal, com formas de defesa e conjuntos de experiências singulares, que juntas formavam uma concepção de si e do mundo. **Se sua estada é muito longa, os institucionalizados passam por um processo de "desculturação" ou "destreinamento" que dificulta sua readaptação a aspectos comuns de sua vida diária fora da instituição**, o que caracteriza, segundo o autor, um processo sistemático – embora por vezes não intencional – de mortificação ou perda do eu (GOFFMAN, 1961).

Esse processo de mortificação do eu se reafirma em diversas características muito comuns às instituições totais, tais como: rígido controle do tempo; substituição de pertences individuais (com os quais o sujeito se identificava) por objetos padronizados; regulamentos, ordens ou tarefas que obrigam os sujeitos a adotar determinados movimentos ou posturas; imposição de participar de atividades simbolicamente incompatíveis com suas convicções; violação da reserva de informações pessoais (que devem ser compartilhadas com a equipe); aplicação de sanções e/ou restrições quando da negativa de submeter-se a alguma regra; perda de escolhas pessoais e de comodidades cotidianas (como escolher estar em silêncio, a hora de dormir, o que comer); perda ou restrição de contatos sociais externos à instituição; ausência ou restrição de informações quanto ao mundo exterior.

Dessa forma, para Goffman, o processo de institucionalização por si só já é danoso e, nesse sentido pode-se dizer também, que é fonte de sofrimento mental para os sujeitos institucionalizados.

Em nossa sociedade, encontramos várias instituições que assumem esse caráter de instituição total, como os manicômios/hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia, prisões, unidades socioeducativas e os serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Ao tratar aqui dessas instituições não se pretende incorrer num julgamento moral sobre seu valor ou sobre os preceitos éticos que norteiam aqueles que ali trabalham, mas de reconhecer o processo de institucionalização como potencialmente donoso à saúde mental dos sujeitos, provocar uma reflexão crítica e permanente sobre seu lugar em nossa sociedade e pautar a importância de que se volte um olhar ainda mais cuidadoso às questões referentes ao sofrimento mental daqueles que ali se encontram.

Ainda ao discorrer sobre as instituições totais, Goffman (1961) trata daquilo que chama de "angústia de liberação" que se mostra quando o indivíduo, ainda que manifestasse desejo e planos para sua saída, ao se aproximar de sua liberação, começa a sentir-se angustiado e a criar problemas que adiam a liberação ou a questionar-se sobre sua própria capacidade para adaptar-se novamente ao mundo externo. Dois fatores são fundamentais para a compreensão dessa angústia: um, já abordado, é a desculturação que o afasta dos hábitos e dos acontecimentos da sociedade mais ampla, externa. Outro fator é o estigma, que faz com que o sujeito tenha uma recepção fria no mundo mais amplo e tenha dificuldade em se reintegrar. Também de acordo com Goffman (1988), estigma é um atributo depreciativo que transforma seu portador de uma pessoa normal para uma pessoa estranha e/ou menosprezada. O estigma leva ao preconceito, afastamento e pouca consideração às necessidades apresentadas por seus titulares, restringindo direitos e oportunidades. E naqueles que são estigmatizados, é comum que gere medo, ansiedade e vergonha. Ao conferir um atributo depreciativo como um estigma a alguém, "deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída" (GOFFMAN, 1988).

Aí reside talvez o grande paradoxo das instituições totais: ao excluir pessoas do meio social sob a justificativa de tratá-las para que depois retornem reabilitadas para o convívio social, a segregação e rigidez com que operam acabam por produzir a perda de identidade dessas pessoas, a "mortificação do eu", fazendo com que, ao retornar, comumente se vejam ainda mais afastadas da sociedade do que antes de sua institucionalização.

A seguir, uma breve análise das instituições que aqui chamamos de instituições totais. Análise esta que não pretende esmiuçar ou esgotar as características próprias e peculiares de cada tipo de instituição, mas apenas de lançar luz sobre a questão do sofrimento mental que permeia a vida dos indivíduos que ali se encontram.

7.9.1 SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

O acolhimento institucional é medida aplicada a crianças e adolescentes cujos pais ou responsável(is) tiveram determinada por autoridade judiciária a extinção do poder familiar, tendo ausente representante da família extensa apto a receber sua guarda. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Artigo 92, define que as entidades que desenvolvam programas de acolhimento familiar ou institucional deverão observar, entre outros, os seguintes princípios: preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar; atendimento personalizado e em pequemos grupos; não desmembramento de grupos de irmãos; participação na vida da comunidade local; preparação gradativa para o desligamento; e, participação das pessoas da comunidade no processo educativo (BRASIL, 1990).

Esses princípios visam minimizar ou evitar os efeitos deletérios que a institucionalização pode causar, porém, ainda assim, os serviços de acolhimento institucional guardam semelhanças com as instituições totais. Essas semelhanças serão tão menos intensas quanto mais se cumprirem os princípios acima elencados, mas podem ser agravadas por fatores como fragilização dos laços familiares e com a comunidade de origem (ainda que pela distância física e quebra da convivência diária); relacionamento prioritário com crianças e adolescentes também institucionalizados; necessidade de cumprimento de regras internas da instituição; todos os aspectos da vida são conduzidos no mesmo local, sob a mesma supervisão, em grupo e com rigidez de horários/controle de tempo; elevado número de residentes quando comparado ao número de cuidadores.

Toda institucionalização tem impactos na criança ou no adolescente, mas a reação que cada um terá ao acolhimento institucional varia consoante o vínculo que tem com a família de origem. E os impactos devem variar também de acordo com o tempo que durar a institucionalização e com as características de funcionamento do estabelecimento, como as possibilidades de interação acolhido-cuidador e oportunidades de locomoção e brincadeiras espontâneas (PRATA, 2013).

As relações interpessoais, segundo Bronfenbrenner (1996), estão alicerçadas sob três características de interação: a reciprocidade, o equilíbrio de poder e a relação afetiva. O fortalecimento dessas características nas interações entre crianças e adolescentes institucionalizados, entre estes e os profissionais e entre estes e a comunidade, pode fazer com que a institucionalização não seja sentida como fator tão negativo em seu desenvolvimento. Assim, é preciso incentivar as relações recíprocas nos abrigos, com equilíbrio na distribuição do poder nessas relações e considerando que "a dimensão afetiva é parte inerente das relações humanas, não devendo, portanto, ser excluída enquanto elemento propiciador de desenvolvimento" (SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006).

Considerando o cotidiano no serviço de acolhimento institucional, a criança ou adolescente acolhido deve participar de atividades recíprocas, progressivamente mais complexas, com uma ou mais pessoas de forma regular; deve ser convidado a explorar o ambiente imediato físico, social e simbólico, aumentando seu repertório de respostas às situações vivenciadas em seu cotidiano; os adultos envolvidos devem estar disponíveis a engajaram-se nas atividades desenvolvidas; e, deve-se valorizar a comunicação em via dupla.

Finalmente, num âmbito macrossistêmico, as políticas públicas devem organizar-se para desestigmatizar crianças e adolescentes institucionalizados, com ações junto a outras entidades e na sociedade de modo geral - professores, profissionais de saúde, amigos, órgãos econômicos, sistema de garantia de direitos, etc (SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006).

Os serviços de acolhimento institucional devem ser de pequeno porte e assegurar a individualidade dos acolhidos, além de adequada estrutura física, material e de pessoal. É preciso atentar que a relação que os acolhidos estabelecem com os profissionais da instituição possui papel central em seu desenvolvimento, uma vez que serão esses os adultos a desempenhar o papel de orientá-los e protegê-los, tornando-se também figuras identificatórias para as crianças e adolescentes. Nesse sentido, Yunes et al. (2004, apud SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006) sugerem as seguintes ações para transformar os estabelecimentos de acolhimento institucional em ambientes de desenvolvimento:

a) promover um programa lúdico de atividades para as crianças e os adolescentes abrigados junto com os funcionários, o que incentivaria os cuidadores a desenvolver brincadeiras infantis;
b) oportunizar encontros entre os profissionais de diferentes abrigos, a fim de criar um espaço de troca de experiência e melhorar a comunicação interinstitucional;
c) capacitar profissionalmente os cuidadores, para que eles possam aprender sobre desenvolvimento infantil numa visão contextualizada, sobre as práticas educativas, sobre

a violência doméstica, sobre as medidas socioeducativas e também para que eles possam compreender as teorias implícitas que permeiam o ambiente institucional.

7.9.2 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistencias discorre sobre o Serviço de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos para Idosos, tendo como foco atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, fortalecimento dos vínculos familiares, convívio comunitário e prevenção de situações de risco social. Considera ainda que

> a intervenção social deve estar pautada nas características, interesses e demandas dessa faixa etária e considerar que a vivência em grupo, as experimentações artísticas, culturais, esportivas e de lazer e a valorização das experiências vividas constituem formas privilegiadas de expressão, interação e proteção social. Devem incluir vivências que valorizam suas experiências e que estimulem e potencializem a condição de escolher e decidir (BRASIL, 2013, p. 18)

Devido às mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, como mudanças nas estruturas familiares, com aumento de atividades de seus membros (trabalho, estudo, etc.), a institucionalização de pessoas idosas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) vem se tornando comum.

De acordo com Dantas et al. (2013), **a população idosa residente em ILPIs é mais suscetível ao desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade** (DANTAS et al., 2006), que por sua vez, pode ser fator de risco para o agravamento ou surgimento de complicações no estado geral de saúde do idoso.

Esse aumento da vulnerabilidade de idosos institucionalizados ao desenvolvimento de quadros de depressão pode ter entre suas causas estressoras o fato de que muitos desses idosos vivenciam um declínio em sua capacidade de realizar tarefas cotidianas sem o auxílio de terceiros, como as Atividades da Vida Diária (AVD) – levantar-se da cama, andar, usar o banheiro, vestir-se, alimentar-se -, mas destaca-se o isolamento social que leva à perda de identidade, de liberdade, de autoestima, ao estado de solidão e muitas vezes de recusa à própria vida (FREITAS e SCHEICHER, 2010). O processo de adaptação à institucionalização tende a ser ainda mais difícil quando o idoso é institucionalizado sem seu consentimento.

Observa-se a importância de que as ILPIs invistam na manutenção e recuperação da capacidade funcional dos idosos institucionalizados, evitando que se tornem dependentes, bem como na valorização da individualidade, evitando sua despersonalização, e seu reconhecimento como sujeito histórico, com cultura, sentimentos e questionamentos próprios (FREIRE e TAVARES, 2005). Ainda,

> o apoio social contribui para manutenção da saúde das pessoas, aumentando a sobrevida e acelerando os processos de cura; além de permitir a superação de certos acontecimentos como a morte de alguém da família, a perda da capacidade de trabalhar, a perda de papéis sociais, o despejo da casa ou mesmo a institucionalização, entre outros. Assim, a rede de apoio e o convívio com outras pessoas podem ser entendidos como verdadeira estratégia de sobrevivência (FREIRE e TAVARES, 2005).

Em seu Relatório sobre Envelhecimento e Saúde (2015), a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que os serviços se organizem em torno das preferências e necessidades dessa população, envolvendo-se intimamente com a família e com a comunidade. Recomenda as seguintes ações (OMS, 2015):

a) Garantir que todos os adultos maiores recebam uma avaliação abrangente e tenham um plano de cuidados único em todo o serviço visando otimizar sua capacidade;
b) Desenvolver serviços localizados o mais próximo possível do local onde os adultos maiores vivem, incluindo a entrega de serviços em seus lares e fornecer cuidados baseados na comunidade;
c) Criar estruturas de serviços que promovam cuidados por equipes multidisciplinares;
d) Apoiar os adultos maiores no autocuidado fornecendo apoio dos colegas, treinamento, informações e aconselhamento;
e) Garantir a disponibilidade de medicamentos, vacinas e tecnologias necessárias para otimizar sua capacidade.

Finalmente, no desenvolvimento de atividades junto aos idosos – institucionalizados ou não – é importante atentar para as seguintes recomendações:

a) Não infantilizar o idoso;
b) Reconhecê-lo como sujeito histórico, com desejos e planos;
c) Respeitar suas vontades;
d) Promover a interação social de idosos, inclusive intergeracional;
e) Incentivar a autonomia;
f) Combater o estigma e a discriminação etária;
g) Contemplar ações de apoio e orientação familiar.

7.9.3 UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS

O ECA define que crianças e adolescentes[17] estão submetidos a um processo de responsabilização diferente dos adultos quando autores de atos infracionais, sendo que aos adolescentes cabe a aplicação de medidas socioeducativas, dispostas no Artigo 112: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviço à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semi-liberdade, internação em estabelecimento educacional, ou medidas protetivas dispostas no Artigo 101. A maioridade civil não impede que adolescentes com mais de 18 anos cumpram as medidas socioeducativas, sendo que a liberação aos 21 anos de idade é compulsória. A medida aplicada ao adolescente deve levar em conta sua capacidade de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração e o Estatuto define também que os adolescentes com doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.

A medida de internação é medida restritiva de liberdade que deve ser cumprida em unidade socioeducativa de atendimento exclusivo para adolescentes. Somente poderá ser aplicada quando o ato infracional for praticado mediante grave ameaça ou violência à pessoa, por reiteração no cometimento de outras infrações graves, ou por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta.

---

[17] Aqui são consideradas crianças as pessoas com idade até 12 anos incompletos e adolescentes aqueles com idade entre 12 anos e 18 anos incompletos.

A execução das medidas socioeducativas é regulamentada pela Lei nº 12.594/2012 que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) (BRASIL, 2012). A adoção de cuidados especiais em saúde mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, e atenção aos adolescentes com deficiências, é incluída como uma das diretrizes para a atenção integral à saúde do adolescente no Sistema de Atendimento Socioeducativo (Art. 60). **O SINASE também define que "o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa que apresente indícios de transtorno mental, de deficiência mental, ou associadas, deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial" (Art. 64) e, excepcionalmente, o juiz poderá suspender a execução da medida socioeducativa, com vistas a incluir o adolescente em programa de atenção integral à saúde mental que melhor atenda aos objetivos terapêuticos estabelecidos para o seu caso específico.**

Em 2014, o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos, publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), na Portaria MS/GM nº 1.082. Essa Portaria reforça o princípio da incompletude institucional, que deve nortear a prática dos programas socioeducativos e tem como objetivo central "garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade".

A PNAISARI, em seu Art. 12, define que a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e que todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica, que deve se articular com a equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, quando houver. Essa equipe de saúde da Atenção Básica poderá ser acrescida de profissionais específicos para a atenção em saúde mental de adolescentes em situação de privação de liberdade (Art. 13). A inclusão desses profissionais nas equipes se justifica

> em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização, da necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e da demanda de acompanhamento psicossocial (BRASIL, 2014).

Em seu Anexo I, a PNAISARI reconhece o sofrimento mental que advém da privação de liberdade das medidas socioeducativas em regime de internação:

> Sabe-se que nos contextos de privação de liberdade é comum a existência de problemas que afetam a saúde mental em diversas ordens, inclusive com relação ao uso de álcool e outras drogas. É importante esclarecer que isso não implica necessariamente na ocorrência de transtornos mentais, mas de um sofrimento psíquico que pode ser mais ou menos intenso em virtude da própria privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros (BRASIL, 2014).

Em que pese o reconhecimento da restrição de liberdade como fator de risco para o sofrimento mental entre adolescentes, Gonçalves (2011) observa a grande distância entre os serviços de saúde mental e os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em regime de internação, devido, segundo a autora, principalmente "ao estigma de periculosidade destinado a eles e aos atendimentos em saúde mental realizados entre os muros da instituição".

Dados do Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas (BRASIL, 2008), realizado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República em 2008, mostram que existe uma alta prevalência na utilização dos serviços de saúde mental restritos ao âmbito das unidades em detrimento dos serviços de saúde mental da rede externa de saúde. Mostram também a realização de intervenções como avaliação em saúde mental, acompanhamento psiquiátrico continuado, prescrição de medicamentos psicotrópicos (em algumas unidades chegou-se à expressiva marca de 80% dos adolescentes em uso desses medicamentos), utilização de métodos de isolamento e a contenção para manejar problemas reportados como de saúde mental.

Vicentin (2006, apud Gonçalves, 2011) chama atenção para a invisibilidade que acomete adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional, dada a inexistência de consenso sobre seu atendimento, pautando o desafio de garantir a esses adolescentes – a quem denomina de "novo resíduo institucional" - as conquistas da proteção integral do ECA e da Reforma Psiquiátrica.

Quanto às principais demandas por atendimento em saúde mental, o estudo realizado por Gonçalves (2011) com adolescentes em cumprimento de medida de internação no Distrito Federal mostrou que as solicitações de atendimento comumente se devem à insônia (25%), tratamento para abandono de uso de drogas (17%), ideação suicida (9%), automutilação (7%) e depressão (5%). Esses motivos se relacionam diretamente "à clausura e ao sofrimento que ela produz na vida dos adolescentes, onde **a privação de liberdade acrescida da submissão aos profissionais e rígidas regras da instituição acaba por gerar ou agravar as demandas em saúde mental**". Todos os adolescentes pesquisados eram usuários de drogas ilícitas antes de sua internação e muitos relataram não conhecer as modalidades de atendimento em saúde mental existentes na rede antes do ingresso na medida socioeducativa. Quanto aos casos de ideação suicida, a autora observa que os motivos individuais são pouco mencionados e atribui as causas dessa ideação ao contexto de privação de liberdade e ao sofrimento que a internação na unidade socioeducativa gera no adolescente, sendo essa ideação o desfecho do processo de mortificação do eu que se deve a diversos fatores presentes no cotidiano de uma instituição total, tanto os impostos pela equipe dirigente quanto as regras criadas entre os internos.

> Na unidade socioeducativa todas as atividades dos adolescentes são acompanhadas por um profissional: a saída do quarto para o pátio; o telefonema para a família; o jogo de futebol; o percurso do módulo para a escola, enfermaria ou atendimento psicossocial, sempre realizado com as mãos para trás sinalizando que a algema – ainda que invisível – aprisiona o adolescente. Acrescido a essa vigilância, rígidas regras devem ser cumpridas rotineiramente, pois, se desrespeitadas, resultarão em uma penalização que, dependendo da gravidade, os levará para o módulo disciplinar, onde permanecerão 'de castigo' pelo prazo determinado pela segurança. Nesse módulo úmido e escuro os adolescentes permanecem 'trancados' sem

> participar das atividades da instituição, como a ida à escola ou às oficinas profissionalizantes.
>
> A angústia desse controle e vigilância sobre os adolescentes aumenta-se por saberem que seus atos de insubmissão prejudicarão o relato de seu comportamento para o juiz, o que pode aumentar seu tempo de cumprimento da medida. Além disso, a medida socioeducativa não possui prazo determinado, o que aumenta a ansiedade dos adolescentes sobre a data de sua liberação. Quando se aproxima a finalização de um semestre, que garante uma audiência judicial, aumenta-se a expectativa de uma liberação ou benefício de saída. No entanto, após a audiência, retornam à unidade e o sofrimento se reinicia por saber que passará, no mínimo, mais seis meses sob a mesma rotina. (GONÇALVES, 2011)

Dados do Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas[14] mostram que **o sistema socioeducativo brasileiro responde à alta prevalência de transtornos mentais entre adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação com a utilização extensiva de distintas classes de medicação psiquiátrica**. Para Conrad (2005, apud COSTA e SILVA, 2017), a medicalização engloba fenômenos em que um problema individual ou coletivo é definido como doença ou transtorno e assim utiliza-se apenas intervenções médicas para lidar com esses fenômenos.

Uma pesquisa realizada por Costa e Silva (2017) procedeu a um estudo comparado entre duas unidades socioeducativas de estados diferentes. Observou que **as situações que mais geram demandas de atendimento em saúde mental "estão associadas aos quadros agudos produzidos pela angústia causada pelo ambiente de cárcere que leva, em alguns casos, inclusive à tentativa de suicídio por enforcamento", sendo também comuns demandas relacionadas à insônia e comportamento agitado ou agressivo.**

Os autores também notaram que o uso de medicação é mais baixo em uma das unidades pesquisadas que na outra e atribui essa realidade ao fato de que essa unidade é mais recente, planejada dentro de uma filosofia menos restritiva da interação dos adolescentes com o ambiente externo, tendo, portanto um regime de privação de liberdade considerado mais brando, por possibilitar saídas e muitas atividades externas. Enquanto isso, a outra unidade tem um regime com características mais severas, com poucas saídas e interações externas.

Unidades mais rígidas e com pouca interação com a rede externa possuem mais características de instituições totais, sendo mais intenso seu potencial de causar sofrimento mental, atuando naquilo que Goffman (1961) chamava de "mortificação do eu". Por outro lado, unidades mais permeáveis ao meio externo conseguem ao menos amenizar os efeitos da institucionalização na saúde mental dos adolescentes.

A PNAISARI, ao definir as atribuições dos profissionais de saúde mental e da equipe de saúde, considera esses aspectos e recomenda:

a) Realização de análise da situação de saúde mental da população socioeducativa para o planejamento das intervenções;
b) Articulação das redes de saúde e intersetorial disponíveis no território para atenção à saúde mental dos adolescentes;
c) Avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento dos casos que dela necessitem na Rede de Atenção à Saúde;

d) Elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, em conjunto com a equipe de saúde responsável e a equipe do socioeducativo, a partir das demandas mais prevalentes;
e) Desenvolvimento de ações e articulação com a rede para atenção à saúde e cuidados com as equipes que atendem às unidades socioeducativas;
f) Fomento a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no sistema socioeducativo;
g) Incentivo a intervenções e discussões sobre a dinâmica institucional para a produção de saúde mental no sistema socioeducativo;
h) Contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
i) Provisão de subsídios para o Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente;
j) Promoção do seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes após o cumprimento da medida socioeducativa.

Observa-se que o cuidado à saúde mental dos adolescentes internados em unidades socioeducativas deve levar em conta a dinâmica das próprias instituições e deve estar sempre alinhado com os princípios e diretrizes da RAPS e da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, deve-se considerar o atendimento integral a esse adolescente, de forma que o acompanhamento familiar e a articulação com a rede de serviços socioassistenciais sejam realizados de forma implicada. As tecnologias leves do campo da saúde mental, como acolhimento, escuta qualificada, desenvolvimento de vínculos, e ações de matriciamento entre a rede de saúde local e o sistema socioeducativo, também podem contribuir para a qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas.

7.9.4 UNIDADES PRISIONAIS

A Lei de Execução Penal (LEP), em seu Art. 14, prevê que a assistência à saúde da pessoa privada de liberdade compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Segundo a lei, quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento (BRASIL, 2014a).

Em 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que insere formalmente a população prisional na cobertura do SUS. Entre os objetivos dessa política está assegurar que cada unidade prisional seja um ponto integrante da RAS do SUS (BRASIL, 2014b).

Entretanto, segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (BRASIL, 2014a), apenas 37% das unidades prisionais do Brasil tem módulo de saúde e 63% das pessoas privadas de liberdade encontram-se nessas unidades, o que significa que cerca de um terço da população privada de liberdade não tem acesso a qualquer serviço de atenção básica à saúde na unidade.

De acordo com Assis (2007), os problemas de saúde que mais acometem a população privada de liberdade são doenças infectocontagiosas, transtornos mentais, câncer e hanseníase. O suicídio está entre a terceira causa de morte no sistema prisional, correspondendo a uma média de 5,79% do total de mortes no período de 1995 e 2005 (LIMA; CASTRO; SILVA, 2017)

Constantino, Assis e Pinto (2016) expõem estudos que

> mostram que aspectos como o ócio, superlotação, pouca quantidade de profissionais dedicados à saúde, ao serviço social e à educação, além de arquitetura precária e ambiente insalubre, alimentam o estigma e atuam como potencializadores de diferentes iniquidades e enfermidades.

Os autores fizeram uma revisão de vários estudos no Brasil e no mundo que comprovam que **as pessoas privadas de liberdade possuem taxas mais elevadas de transtornos mentais quando comparados à população geral.** Chama atenção o fato de que em todos os estudos em que houve essa comparação, a taxa de depressão entre mulheres é maior que entre os homens. Fatores como vínculos familiares, trabalho na prisão e religiosidade foram considerados como fatores de proteção contra a depressão entre os homens. Entre as mulheres, apenas os vínculos familiares destacaram-se como fator de proteção.

Para Pinto e Hirdes (2006), as prisões caracterizam-se como instituições totais e controlam e dominam a vida das pessoas, deformam a personalidade e reduzem por completo a capacidade de autodeterminação, devido à ruptura social com o mundo externo.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2005) define um elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional e tem a atenção em saúde mental entre suas ações, englobando: ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento; e atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrentes do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.

Lima et al. (2013) estudaram aspectos do sofrimento mental entre mulheres encarceradas e concluíram que a preservação da saúde mental dessas mulheres passa pela perspectiva da cidadania, na afirmação da saúde como um direito inviolável, sem nenhuma discriminação contra qualquer cidadão. Defendem que para a experiência de sofrimento acarretada pelo cárcere ser minimizada é preciso proporcionar às pessoas em cumprimento de pena cursos profissionalizantes, cuidados especializados à condição física e psicológica, proporcionar estratégias de maior convivência com os filhos, garantir o direito à visita íntima e a intimidade da visita, e promover ações de apoio espiritual.

7.9.5 HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

As pessoas com transtornos mentais são consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis. Inimputabilidade penal é a incapacidade do agente em responder por uma conduta delituosa, ou seja, o sujeito não é considerado capaz de entender que o fato é ilícito e de agir conforme esse entendimento. A existência de transtorno mental, por si só, não define a inimputabilidade; é preciso que, em decorrência do transtorno, o sujeito não possua capacidade de entendimento ou determinar-se de acordo. O Art. 26 do Código Penal brasileiro assim define: "é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento" (BRASIL, 1940). Em seu parágrafo único, define que, caso o agente não seja inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, em decorrência de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, será considerado semi-imputável, e a pena pode ser reduzida de um a dois terços.

No caso dos inimputáveis penais, não há atribuição de culpa por um fato ilícito e, não havendo culpa, não há aplicação de pena. A pena, no caso, seria substituída pela aplicação de uma medida de segurança que, segundo o Art. 97 do Código Penal, pode ser internação em estabelecimento com características hospitalares ou tratamento ambulatorial. A medida de segurança será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos (Art. 97, § 1º). A liberação será sempre condicional e a situação anterior será restabelecida se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, praticar ato indicativo de persistência de sua periculosidade (Art. 97, § 3º).

As medidas de segurança de internação, no Espírito Santo, são cumpridas na Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (UCTP).

A Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, em observância à Lei Nº 10.216/2001, estabelece as diretrizes para o cumprimento de medidas de segurança:

a) O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1° da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar.

b) A atenção prestada aos pacientes inimputáveis deverá seguir um programa individualizado de tratamento, concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e seja voltado para a reintegração sócio-familiar.

c) O internado deverá “ter acesso ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades” (art. 2º, § 1º, inciso I), de mesma qualidade e padrão dos oferecidos ao restante da população.

d) Os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede.

e) A medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc. (art. 4º, § 2º).

f) A atenção deverá incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos voltados ao desenvolvimento da cidadania e à geração de renda, respeitando as possibilidades individuais.

g) Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social.

h) Nos Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS.

i) Os Estados deverão realizar censos jurídicos, clínicos e sociais dos portadores de transtornos mentais que sejam inimputáveis, a fim de conhecer suas necessidades terapêuticas, disponibilizar recursos, garantir seu retorno à comunidade de referência e acesso a serviços territoriais de saúde.

j) A conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado.

k) A medida de segurança só poderá ser restabelecida em caso de novo delito e após sentença judicial. Os casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local.

l) A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica.

m) A fim de garantir o acesso dos egressos dos hospitais de custódia aos serviços residenciais terapêuticos, deverão ser estabelecidas cotas específicas para estes pacientes nos novos serviços que forem sendo criados.

n) Como forma de superar as dificuldades de (re)inserção dos egressos nos serviços de saúde mental da rede, os gestores de saúde locais devem ser convocados, desde o início da medida, para participarem do tratamento, realizando busca ativa de familiares e preparando a família e a comunidade para o retorno do paciente.

o) Após a desinternação, desde o primeiro ano, o paciente deve ser assistido no serviço local de saúde mental, paralelamente ao tratamento ambulatorial previsto em lei, com o objetivo de construir laços terapêuticos em sua comunidade.

p) Os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que apresentem quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, deverão ser objeto de "política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida" (art.5º da Lei), beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos.

q) Os portadores de transtornos relacionados ao uso de drogas deverão ser objeto de programas específicos, de conformidade com a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

r) Em caso de falta às consultas ou abandono de tratamento, os serviços locais de saúde deverão realizar visitas domiciliares com o fim de avaliar a situação e estimular o retorno do paciente ao tratamento.

Algumas poucas iniciativas apresentam modelos alternativos aos HCTPs para atenção ao paciente com transtorno mental e infrator, como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), de Minas Gerais, e o Programa de Atenção Integral ao louco Infrator (PAILI), em Goiás.

O PAI-PJ nasce de uma experiência piloto em Belo Horizonte e institui-se como programa de atenção em 2001, pouco depois da promulgação da Lei 10.216/2001. O paciente com transtorno mental autor de infração passa a participar da rede de saúde municipal de saúde antes e depois da medida de segurança, com o desenvolvimento de um projeto terapêutico intersetorial que, além da justiça e saúde, contempla áreas como assistência social, família e comunidade. Barros-Brisset (2010, p. 29) conta que

> a equipe interdisciplinar do programa é composta de psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários em psicologia. Os estagiários atuam como acompanhantes. Esse acompanhamento é autorizado pelo juiz para os pacientes judiciários que permaneceram

> durante longos anos internados e perderam o laço social, bem como a possibilidade de circular na cidade, encontrando dificuldades em realizar tarefas simples, tais como pegar ônibus, fazer compras, ir ao banco, lidar com dinheiro. Trata-se do que poderíamos chamar de um "acompanhante de rua". Esse acompanhamento favorece as possibilidades de circulação pela cidade, ampliando os laços sociais como forma de tratar o sofrimento.

A autora destaca que o aspecto mais inovador do programa foi a possibilidade de colocar o sujeito infrator em sofrimento mental como centro de uma rede de atenção, criando estratégias singulares de intervenção para cada sujeito, podendo assim, dispensar o manicômio judiciário como único lugar possível para o louco infrator.

Já o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) tem início em 2003 em Goiás, com a realização de um censo das medidas de segurança em execução no Estado, e instituiu-se em 2006 com a assinatura de um convênio de implantação do PAILI, após um trabalho articulado entre Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria de Saúde do Município de Goiânia, Procuradoria Geral de Justiça, Tribunal de Justiça, Conselho Regional de Psicologia, Fórum Goiano de Saúde Mental, entre outras instituições. As equipes dos serviços abertos e de clínicas conveniadas ao SUS definem e colocam em prática a melhor terapêutica indicada a cada caso, acompanhados pelos profissionais do PAILI, cuja atuação é focada no contato contínuo com os familiares dos pacientes e interlocução e integração com o sistema de saúde mental (SILVA, 2010).

Pode-se observar que as iniciativas de criação de alternativas de atenção ao louco infrator, que retirem o foco dos HCTPs, ainda são muito tímidas, de forma que este ainda se constitui como um importante campo para o avanço da reforma psiquiátrica brasileira. O conhecimento dessas experiências relatadas acima, do PAI-PJ e PAILI, no entanto, fornecem algumas pistas de que outros tipos de atenção, mais consentâneos aos princípios da Lei 10.216/2001, são possíveis e trazem sempre em seu bojo a centralidade dos sujeitos.

7.9.6 INTERNAÇÃO HOSPITALAR E INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Para além de queixas de origem orgânica, que motivam algumas internações hospitalares, os pacientes internados frequentemente vivenciam experiências de ansiedade e sofrimento mental. Entretanto, **não é raro que a dimensão psíquica de pacientes internados em leitos clínicos seja negligenciada pelos profissionais de saúde que o acompanham, que acabam tendo o olhar exclusivamente voltado para os aspectos físicos.** Ignora-se assim a noção de saúde como mais do que a ausência de doenças, e não redutível ao corpo físico. E ignora-se que a subjetividade, quando excluída, acaba gerando não apenas sofrimento psíquico, mas também provoca sinais no corpo físico, seja dificultando a adesão ao tratamento proposto, comprometendo prognósticos, ou mesmo agravando condições clínicas.

A despersonalização característica das instituições totais pode se fazer presente também no cotidiano de hospitais e se faz notar em rotinas como deixar de referir-se ao paciente pelo nome e identifica-lo pelo número do leito e/ou patologia apresentada, uso de expressões técnicas frias e desconhecidas pelo paciente, realização de procedimentos invasivos, falta de informações ao paciente sobre seu quadro e tratamento a que está submetido, entre outras. Além disso, outros fatores próprios às internações hospitalares também são considerados como geradores de sofrimento psíquico: a incerteza quanto ao tempo de internação e possibilidade de cura, indeterminação do tempo de uso da medicação, a ruptura com a rotina de estudo, de trabalho e vida pessoal, sentimento de dor, medo da morte ou de sequelas decorrentes da patologia apresentada, etc.

A resposta emocional que mais frequentemente se manifesta em pacientes internados é a ansiedade, que pode se expressar como agressividade, raiva ou irritação. É comum também a apresentação de sintomas depressivos.

É preciso que os profissionais de saúde atuem de maneira interdisciplinar, buscando conhecimentos que complementem o entendimento que se tem de cada condição, e que não naturalizem as práticas cotidianas das instituições hospitalares, atentando para que ações invasivas – e nem sempre necessárias – não venham travestidas de ações de cuidado, para que a intimidade dos pacientes seja respeitada, para que lhes sejam repassadas, de forma compreensível, informações sobre sua doença e sobre o tratamento. E assim garantir o respeito ao paciente internado como um sujeito - como ser desejante, que sofre, que se angustia, que questiona a naturalidade das ações – e não como mero objeto de intervenção, assujeitado. Para isso, o exercício da escuta qualificada e de uma atenção que contemple os aspectos psicossociais da saúde e do adoecimento são fundamentais.

Uma condição comum em pacientes internados é o chamado hospitalismo[18], que se caracteriza como o conjunto de efeitos deletérios que advém do processo de internação, prejuízos que se adquire ao vivenciar a condição de enfermo durante a internação hospitalar, que tem em baixa consideração sua realidade psíquica e social.

Gulassa (2011) observou que um indicador da ocorrência do hospitalismo é a recorrência do fenômeno da síndrome da porta giratória (SPG), em que o paciente parece bem, mas ao receber alta sofre deterioração no quadro geral num curto período (meses, semanas ou dias), tornando-se necessária sua reinternação.

O hospitalismo é ainda mais comum em internações psiquiátricas e a psicóloga Flávia Blikstein, em uma pesquisa sobre internações de crianças e adolescentes, observou bem a presença desse fenômeno em uma paciente internada pela primeira vez aos 11 anos de idade e que foi reinternada sucessivas vezes, totalizando 1.807 dias de internação antes de ser transferida para outro hospital psiquiátrico:

> Encontramos no prontuário da sexta internação de Raquel [*nome fictício*] registros importantes. Segundo membros da equipe, 'a paciente verbaliza que a maior dificuldade que enfrentou no retorno ao abrigo foi uma sensação de inadequação na convivência com adolescentes sem problemas psiquiátricos; infelizmente criou-se um vínculo inadequado iatrogênico de segurança com o ambiente de internação, o que se configura como Hospitalismo. (BLIKSTEIN, 2012)

Os vínculos da adolescente passaram a se constituir no ambiente do hospital, o que fazia com que, ao retornar para o abrigo, Raquel quebrasse coisas e agredisse pessoas, pois assim seria mandada de volta ao hospital.

---

[18] O termo hospitalismo foi cunhado por René Spitz ao considerar o conjunto de perturbações graves- físicas e mentais - nas crianças em instituições de acolhimento institucional, sem ou com frágeis laços afetivos com seus cuidadores.

A autora, ao analisar os dados das internações de crianças a adolescentes entre os anos 2001 e 2004, num instituto de psiquiatria, dividiu as internações em dois tipos: Circuito 1 e Circuito 2.

As internações do chamado Circuito 1, ou circuito do sistema de saúde, foram encaminhadas majoritariamente por familiares e por serviços de saúde, tem média de internação de 30 dias, em sua maioria foram internadas uma única vez (94%), são prevalentes adolescentes com 17 anos de idade, são encaminhados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) quando da alta (60% dos casos) e os diagnósticos mais comuns são: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, transtornos do humor, e retardo mental. Observa ainda que nesse circuito a maior parte dos encaminhamentos origina-se de serviços de urgência, e que “há ausência de serviços territoriais na trajetória das crianças e adolescentes, e que, mais do que isso, esta ausência pode ter relação direta com a necessidade de internação”. (p.67)

Já as internações do Circuito 2, o circuito psi jurídico, têm maior duração e maior incidência de reinternações do que o Circuito 1: “92% das internações com duração maior que 150 dias e 73,3% das crianças e adolescentes internados de 4 a 6 vezes são encaminhadas por ordem judicial”. (p. 72) Os grupos diagnósticos mais frequentes foram: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, e transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência. Outro ponto que se observou no Circuito 2 é que as crianças e adolescentes possuíam percursos institucionais semelhantes, marcado por diversas intervenções do aparato jurídico, sejam institucionalizados em serviços de acolhimento institucional, em cumprimento de medidas socioeducativas, ou internados em outras instituições psiquiátricas. Nesse circuito, a autora pondera que a internação se constitui como “uma tentativa de solução individualizada e pontual para um fenômeno de grande complexidade” (p. 82), que além de reduzir a complexidade da vivência desses sujeitos, é em si produtora de mais sofrimento.

Nos dois casos – Circuito 1 e Circuito 2 – esse funcionamento em circuito por parte dos serviços não responde às demandas dos usuários e produz cronificação e mais sofrimento mental. A alternativa a esse modelo, a autora defende, é o funcionamento em Rede, com o desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para cada sujeito assistido, que considerem sua complexidade e atuem como efetivo suporte para o sofrimento apresentado.

Outra noção a ser considerada nas internações em saúde mental é a chamada iatrogenia, que consiste em uma doença ou em complicações resultantes de um tratamento em saúde, ou seja, fatores próprios do atendimento em saúde mental que se associam à produção de patologias de ordem psíquica, ou sofrimento mental, diverso do que inicialmente motivou a procura do tratamento, podendo ser considerada como um efeito adverso ao terapêutico proposto por serviços de saúde mental, principalmente serviços de internação.

A iatrogenia é fortalecida quando as internações psiquiátricas se caracterizam por longa duração e isolamento social, e gera a “criação de uma dependência excessiva ao atendimento psiquiátrico e uma concomitante diminuição da vontade e do repertório necessários para o convívio social” (VECHI, 2004).

Todos esses prejuízos advindos das internações hospitalares - sejam em hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos -, tais como o hospitalismo e a iatrogenia, são faces do processo de despersonalização ou mortificação do eu, exposto por Goffman. Esses prejuízos tornam-se tão mais fortes quanto mais os estabelecimentos assumam características de instituições totais: isolamento social, rotinas e regras fixas e rígido controle do tempo, desconsideração das individualidades, perdas de escolhas individuais e comodidades cotidianas. As respostas para evitar os efeitos deletérios das internações encontram-se não apenas no modo de funcionamento das instituições hospitalares, que incluem trabalhar com internações de curta duração, valorizar as singularidades dos sujeitos, garantir a permeabilidade ao mundo externo e valorizar o convívio social e familiar, e atuar de forma intersetorial. Essas respostas devem ser construídas no cotidiano intrínseco de todos os serviços de saúde e da rede intersetorial que assistem às pessoas em sofrimento mental, pautando sua atuação no princípio ético da cidadania, entendendo essas pessoas como sujeitos de direitos, e valorizando a escuta qualificada como ferramenta do cuidado integral, de acordo com os preceitos da Política Nacional de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

ASSIS, R. D. de. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, Ano 11, n.39, p. 74-78, out/dez 2007. Disponível em: <http://www.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/view/949/1122>. Acesso em 01 Jul. 2018.

BARROS-BRISSET, F. O. de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>. Acesso em 08 Jul. 2018.

BLIKSTEIN, F. **Destinos de crianças**: Estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico. São Paulo: Pontifícia Universidade católica de São Paulo – PUC-SP, 2012, 95p. Dissertação de mestrado. Mestrado em Psicologia Social, São Paulo, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto-Lei Nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940: Código Penal. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 1940.

_____. Lei Federal Nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 1990.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei N º 10.708, de 31 de julho de 2003: Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2003.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.077, de 31 de outubro de 2003: Dispõe sobre a regulamentação da Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2003.

_____. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. Resolução Nº 05,** de 04 de maio de 2004: Dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão contida na Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2 ed. 64p. Brasília, DF: 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. **Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas** – Relatório Executivo. Brasília, 2008.

_____. Lei Nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012: Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986; 7.998, de 11 de janeiro de 1990; 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991; 8.706, 14 de setembro de 1993; os Decretos-Leis nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942; 8.621, de 10 de janeiro de 1946; e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, DF: 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014: redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2014a.

_____. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias** (Infopen). 2014b. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em 01 Jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial Nº 1, de 02 de janeiro de 2014: Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2014c.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CONSTANTINO, P., ASSIS, S. G. de, PINTO, L. W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(7), p.2089-2099, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702089&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 01 Jul. 2018.

COSTA, N. R., SILVA, P. R. F. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciência & Saúde Colativa**. 22 (5), pp. 1467-1478, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1467.pdf>. Acesso em 01 Jul 2018.

DANTAS, L. C. V., FERREIRA, L. A. K., ANDRADE, C. V. dos S., SILVA, S. M. S., SOARES, E. Aspectos do processo de institucionalização na saúde mental do idoso. **Revista de Iniciação Científica da FCC**. v. 13, n. 2. UNESP: 2013. Disponível em: <http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/ric/issue/view/224>. Acesso em 21 Jun. 2018.

FREIRE J. R., TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p. 147-158. Set.2004/fev.2005. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2005.v9n16/147-158/pt>. Acesso em 21 Jun. 2018.

FREITAS, M. A. V. de, SCHEICHER, M. E. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Ver. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2010; 13(3), pp 395-401. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/114406/S1809-98232010000300006.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 21 Jun. 2018.

GOFFMAN, E. **Manicômios, conventos e prisões**. Editora Pespectiva. São Paulo: 1961.

_____. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

GONÇALVES, N. P. **O Transtorno da Internação**: o caso dos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social. Instituto de Ciências Humanas. Universidade de Brasília. Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9147/1/2011_NataliaPereiraGoncalves.pdf>. Acesso em 25 Jun. 2018.

GULASSA, D. C. R. "Tire-me desta, mas daqui não me deixe sair"! Hospitalismo: reflexões sobre o drama da (co) dependência em instituição psiquiátrica. **Rev. Bras. Psicodrama**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 57-71, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932011000200006>. Acesso em 09 Jul. 2018.

LIMA, A. C. de; CASTRO, C. de M.; SILVA, A. P. da. Ensaio sobre saúde mental, sistema prisional e direitos humanos: por uma radicalização da desinstitucionalização. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 9, n.24, p.123-147, 2017.

LIMA, G. M. B. et al. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.37, n.98, p 446-456, jul/set 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2013.v37n98/446-456/pt>. Acesso em 01 Jul. 2018.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Resumo – **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: < https://sbgg.org.br//wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em 21 Jun. 2018.

PINTO, G., HIRDES, A. O processo de institucionalização dos detentos. **Esc Anna Nery R Enferm**, p 678-683, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a09>. Acesso em 01 Jul. 2018.

PRATA, C. M. S. **Crianças institucionalizadas**: Que expectativas? Que futuro? Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Sociologia: Exclusão e políticas sociais. Universidade da Beira Interior. Ciências Sociais e Humanas. Corvilhã: 2013. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2837/1/TESE_formatada.pdf>. Acesso em 24 Jun 2018.

SILVA, H. C. da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 1, p. 112-115. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100015>. Acesso em 08 Jul. 2018.

SIQUEIRA, A. C., DELL'AGLIO, D. D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicologia & Sociedade**, 18 (1), pp 71-80. Jan/abr 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a10v18n1>. Acesso em 24 Jun. 2018.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 9, n. 3, p.489-495, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300011>. Acesso em 10 Jul. 2018.

7.10 SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Assim como a Saúde Mental, a Saúde do Trabalhador é um campo de práticas, reflexões, conhecimentos e posturas que apresenta políticas, diretrizes, ações, indicadores e setores de modo que ambas – a Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador – se configuram como áreas programáticas na saúde. Isso tanto em nível de secretarias municipais e estaduais de saúde, quanto do Ministério da Saúde, tendo diversas configurações conforme sua localidade e seguindo os princípios do SUS de descentralização, regionalização e hierarquia.

No Brasil, historicamente as duas áreas se desenvolveram no contexto da Reforma Sanitária, tendo cada uma os movimentos que fortaleciam suas singularidades: o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Movimento Sindical. Como fruto dessas lutas, temos a conquista da formulação da Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

> No entanto, mesmo que os Movimentos de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador tenham tido parte de suas origens relacionadas ao Movimento Sanitário e que as ações propostas desde então estejam fundamentadas nos princípios básicos que regem o SUS, não se pode dizer que o olhar para as questões envolvidas nessas áreas tenha sido incorporado de forma plena em todos os níveis de atenção desse sistema. [...] Se é assim, não é difícil deduzir que existe uma dificuldade ainda maior para o enfrentamento de questões que se situam na fronteira entre esses dois campos e que, portanto, demandas a integração entre eles. Falamos aqui, especificamente, de saúde mental relacionada ao trabalho (BERNARDO; GARBIN, 2011. p.104).

Compreendemos que essa área de atuação, da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador, é uma ação transversal e que deve ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS. (BERNARDO; GARBIN, 2011; AMAZARRY, et al, 2014) Assim, nosso objetivo neste capítulo é de apresentar a relação entre o trabalho e o processo saúde e doença, no âmbito da Saúde Mental e Trabalho, visando fortalecer a integração possível entre as ações e políticas de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde.

7.10.1 "COM O QUE VOCÊ TRABALHA?" – O TRABALHO COMO DETERMINANTE DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

Na Lei 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estão definidos como determinantes e condicionantes da saúde: educação, alimentação, trabalho, renda, lazer, habitação, saneamento básico, meio ambiente, acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990). Aqui, vamos destacar lugar do trabalho enquanto determinante do processo saúde e doença.

De acordo com o Banco Mundial, da população com mais de 15 anos, 75,3% dos homens e 48,9% das mulheres realizam ou buscam algum tipo de trabalho – população economicamente ativa (PEA). No Brasil, segundo o IBGE, estima-se que mais da metade da população brasileira se encontre nesta condição. Assim, o trabalho (também chamado de atividade laboral), de modo em geral, faz parte do cotidiano de quem trabalha, chegando a ocupar um terço ou mais de seu dia-a-dia. Com isso, não fica difícil enxergar o trabalho, suas condições de realização e a satisfação do trabalhador como fatores que influenciam sua condição de saúde.

E isso se aplica para todos os ramos de atividades, seja no setor agrícola, industrial, na construção, comércio, transporte, alimentação, comunicação, atividades financeiras e imobiliárias, administração pública, serviços de Educação, Saúde, Seguridade e Assistência Social, serviços domésticos, entre outros. Neles, pode haver exposições a agentes químicos, físicos, biológicos, ergonômicos, psíquicos e de acidentes de modo específico da atividade ou do ramo que gerem agravos ou doenças características (profissionais ou do trabalho).

Com relação à saúde mental, há elementos que estão presentes em todos os ramos, sendo considerados transversais a toda a população trabalhadora. São fatores relacionados à significação e ao reconhecimento do trabalho, ao processo de comunicação no ambiente laboral, ao tempo e ao ritmo de trabalho, além da exigência de atenção e concentração combinada com a pressão pela produtividade. “Frequentemente, o sofrimento e a insatisfação do trabalhador manifestam-se não apenas pela doença, mas nos índices de absenteísmo, conflitos interpessoais e extratrabalho” (BRASIL, 2001. p.161-2).

Em paralelo, também temos o lugar e valor do trabalho no mundo contemporâneo, seja como fonte de renda ou posição social. A ausência do trabalho na vida das pessoas ou a ameaça da perda do emprego podem gerar sofrimento psíquico e sentimentos de menos-valia, angústia, insegurança, desânimo e desespero, caracterizando quadros ansiosos e depressivos. Assim, nas atuais condições do mercado de trabalho, com a crescente insegurança, instabilidade e precarização nos empregos, e a segmentação do mercado de trabalho, há também o investimento afetivo das pessoas que estão trabalhando frente a seus empregos (BRASIL, 2001).

7.10.2 “COMO É O SEU TRABALHO?” – O TRABALHO COMO FATOR DE SOFRIMENTO E ADOECIMENTO MENTAL

A atenção psicossocial, como já foi dito, se constitui em um modo de fazer saúde baseado numa postura de escuta e de diálogo visando reconhecer as necessidades dos usuários de modo ampliado, considerando as diversas dimensões dos sujeitos. Graças ao desenvolvimento científico atual do campo da saúde mental relacionada ao trabalho, cada vez mais se reconhece a inter-relação entre a saúde mental e o trabalho, bem como a centralidade deste último na produção da saúde e da doença (MERLO, 2014).

Dado que o trabalho ocupa um lugar tão relevante na vida dos sujeitos, sendo um dos fatores centrais na construção da subjetividade, como produzir o cuidado integral em saúde mental sem considerar a dimensão do trabalho no adoecimento psíquico?

O trabalho pode produzir saúde ou doença, pois ao mesmo tempo em que gera sofrimento, é também fator de desenvolvimento psicossocial (DEJOURS, 1999, 2004). É por meio do trabalho que se produzem espaços coletivos de convivência, o que permite ao trabalhador sentir-se pertencente a um grupo, expressar e desenvolver suas potencialidades na atividade executada, e construir uma imagem de si por meio do reconhecimento dos outros pelo trabalho realizado. Essa dinâmica faz com que o trabalho afete diretamente a relação de prazer e sofrimento, que pode, por sua vez, se transformar em adoecimento físico ou psíquico. (MERLO et al., 2014)

O que indica se o trabalho vai se tornar promotor de saúde e de prazer ou produtor de sofrimento e de doenças são as condições e a forma como ele é realizado. O que se tem constatado nas últimas décadas é que o mundo do trabalho sofreu profundas transformações, com a diminuição de empregos, terceirização, precarização dos contratos de trabalho, e práticas de gestão marcadas pela competitividade, pela pressão por produtividade, pelo controle, e pela cultura da excelência. Esta lógica de gestão produz relações interpessoais permeadas por desconfiança e individualismo, e culmina em sentimentos de medo, incerteza e insegurança, bem como no isolamento social do trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 2013). Todos estes aspectos podem promover o sofrimento e o adoecimento psíquico do trabalhador.

Em função disso, no momento do acolhimento dos trabalhadores que procuram os serviços de saúde com demandas de atenção psicossocial, é preciso investigar a existência de alguns fatores presentes na atividade de trabalho que podem ter relação com o quadro apresentado. Dentre estes fatores estão (MOURA NETO, 2014):

- Trabalho repetitivo
- Trabalho monótono
- Assédio moral[19]
- Trabalho com ritmo intenso
- Trabalho sob forte pressão de demanda de relação com outras pessoas
- Assédio sexual
- Trabalho sob o controle excessivo e com metas de desempenho elevadas
- Discriminação racial
- Sobrecarga de trabalho
- Estresse prolongado
- Trabalho penoso ou em condições adversas (ruído e temperatura excessiva)
- Trabalho degradante
- Convívio cotidiano com a morte
- Vivência cotidiana com situações de risco à vida
- Vivência de situações traumáticas
- Trabalho em turnos

---

[19] O assédio moral caracteriza-se pela prática de acusações, boatos, humilhação, exclusão social, imposição de situações constrangedoras, indiretas e até insultos. Costuma ser mais frequente entre chefes e subordinados e tem o intuito de fragilizar e desqualificar o funcionário, colocando seu emprego em risco. As agressões são constantes, mas geralmente começam com menor intensidade, vistas como “brincadeira”.

- Trabalho noturno
- Trabalho sob condições de isolamento
- Situação de desemprego
- Situação de incapacidade de trabalho permanente
- Situação de vulnerabilidade social, solidão

No Brasil, o Ministério da Saúde deu um passo significativo no reconhecimento da relação entre as situações de trabalho e o adoecimento psíquico com a publicação da lista de Doenças relacionadas ao Trabalho (Portaria do Ministério da Saúde MS/1.339/1999), na qual constam 12 transtornos mentais e do comportamento relacionados ao Trabalho. São eles (BRASIL, 2001):

- Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)
- *Delirium*, não-sobreposto à demência, como descrita (F05.0)
- Transtorno cognitivo leve (F06.7)
- Transtorno orgânico de personalidade (F07.0)
- Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09.-)
- Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2)
- Episódios depressivos (F32.-)
- Estado de estresse pós-traumático (F43.1)
- Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0)
- Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8)
- Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2)
- Sensação de estar acabado (síndrome de *burn-out*, síndrome do esgotamento profissional) (Z73.0)

SAIBA MAIS

Capítulo 10 (Transtornos Mentais e do Comportamento) da publicação do MS, "Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentospara os serviços de saúde".

7.10.3 "COMO PODEMOS TRABALHAR JUNTOS?" – ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO

Mesmo havendo uma considerável prevalência de quadros de sofrimento psíquico e de adoecimento mental entre os trabalhadores, persistem inúmeras dificuldades no reconhecimento da relação entre estes quadros e a atividade laboral exercida. Tais dificuldades dizem respeito: 1) à complexidade do desenvolvimento e manifestação dos transtornos psíquicos; 2) à diferenciação entre a etiologia ligada ao trabalho e aquela relacionada a outras esferas da vida; 3) ao mascaramento do adoecimento psíquico devido a queixas inespecíficas que incluem predominantemente sintomas físicos; 4) e à falta de definição de condutas, procedimentos e instrumentos para a investigação e o acompanhamento clínico destes quadros (GLINA et. al. 2001; AMAZARRY et. al., 2014; MOURA NETO, 2014; MERLO, 2014).

Mesmo diante destas dificuldades é preciso considerar que os trabalhadores em sofrimento psíquico ou acometidos por transtornos mentais e comportamentais acessarão, em algum momento, o sistema de saúde em busca de assistência. A atual Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora prevê a integralidade da atenção à saúde do trabalhador por meio da inserção de ações em todas as instâncias e pontos da rede de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2012; AMAZARRY et. al., 2014):

a) Na Atenção Primária em Saúde (APS) deve-se desenvolver ações de cunho individual e coletivo, que englobem a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores; a prevenção de agravos relacionados ao trabalho; o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Recomenda-se que os profissionais da Atenção Básica tenham as seguintes condutas diante dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho:

- identificação de casos suspeitos de sofrimento psíquico e de transtorno mental relacionados ao trabalho;
- investigação diagnóstica de casos suspeitos e estabelecimento de nexo causal;
- notificação dos casos, para desencadeamento de ações de vigilância;
- acompanhamento dos usuários adoecidos em decorrência do trabalho em sua singularidade e condição de trabalhador;
- condução clínica dos casos (diagnóstico, tratamento e alta) para aquelas situações de menor complexidade, estabelecendo os mecanismos de referência e contrarreferência e discussão dos casos por meio de apoio matricial, quando necessários;
- compartilhamento dos casos de maior complexidade com serviços especializados - ambulatórios, CAPS, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), mantendo o acompanhamento dos mesmos até a sua resolução;
- informar e discutir com o trabalhador as causas do seu adoecimento;
- participar de ações intersetoriais de prevenção e promoção da saúde nos ambientes de trabalho.

b) Na Urgência e Emergência é importante a identificação de transtornos mentais decorrentes de casos de acidentes de trabalho graves, incluindo as intoxicações exógenas, além de situações de violência relacionadas ao contexto ocupacional. A partir desta identificação é necessário proceder à notificação dos casos para o desencadeamento de ações de vigilância.

c) Na Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar),que é essencial para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho, a identificação de casos suspeitos e o diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho deve ser um assunto de especial atenção. Os casos de sofrimento mental relacionado ao trabalho podem chegar a esse ponto de atenção, às vezes, como demanda inespecífica, com a apresentação de sinais de crise de ansiedade ou sintomas que se assemelham a outra condição clínica. A escuta qualificada garante o adequado seguimento do caso na rede.

d) Na Atenção Estratégica,os CEREST e os CAPS são dispositivos que se constituem como pontos da rede de retaguarda técnica e pedagógica que devem se articular com as equipes locais de referência para apoio diagnóstico e apoio matricial.

Sendo assim, a orientação atual da Política exige uma postura atenta dos profissionais de saúde para identificar uma possível relação entre o quadro clínico apresentado pelos usuários e a sua ocupação, para que assim seja dado o encaminhamento adequado a esses casos. (AMAZARRY et. al., 2014) Tal postura torna-se ainda mais importante diante da própria dificuldade de muitos dos trabalhadores em perceber a ligação entre o seu adoecimento e a atividade que exercem.

Portanto, o ponto de partida para uma atenção integral aos trabalhadores que apresentam sofrimento psíquico ou transtorno mental relacionados ao trabalho é considerar: 1) os usuários que acessam o sistema em sua condição de trabalhador e; 2) o trabalho enquanto determinante social do processo saúde/ doença mental.

Em linhas gerais, as condutas quanto ao acolhimento, à avaliação e à produção do cuidado que são direcionados aos usuários com sofrimento ou adoecimento mental decorrentes do trabalho não diferem daquelas que já são realizadas nos demais casos de transtornos mentais acompanhados pela rede de saúde. Os quadros de adoecimento que acometem os trabalhadores são os mesmos que a população geral apresenta, com algumas poucas exceções. Dados da Previdência (BRASIL, 2017) mostram que os transtornos mais comuns entre os trabalhadores que figuram como causa de afastamento do trabalho são os quadros depressivos e os ansiosos.

A particularidade destes casos reside nas causas do adoecimento apresentado, que estão em maior ou menor grau relacionadas a aspectos presentes na atividade de trabalho que a pessoa exerce. Por isso, a partir da compreensão de que o trabalho é um fator que influencia o processo saúde/doença e pode ser o motivo do sofrimento relatado pelos usuários, é preciso que os profissionais de saúde incorporem em sua prática diária a escuta e a análise da dimensão laboral dos usuários acompanhados pelos serviços.

Em geral os trabalhadores que procuram o serviço de saúde apresentam queixas inespecíficas que são encontradas também em várias outras patologias. As principais manifestações são (MERLO 2014, p. 26):

- Insônia, “dor nas costas”, uso regular de bebidas alcoólicas, de cannabis ou de tranquilizantes.
- Físicas: astenia, dores abdominais, dores musculares, dores articulares, distúrbios do sono, distúrbios do apetite, etc.
- Emocionais: irritabilidade aumentada, angústia, ansiedade, excitação, tristeza, sentimentos de mal-estar indefinidos, etc.
- Intelectuais: distúrbios de concentração, distúrbios de memória, dificuldades para tomar iniciativas ou decisões, etc.

- Comportamentais: modificação dos hábitos alimentares, comportamentos violentos e agressivos, fechamento sobre si mesmos, dificuldades para cooperar, etc.

Uma das dificuldades na investigação das relações entre o transtorno mental e o trabalho é conseguir diferenciar os fatores relacionados ao adoecimento que se referem à história de cada um e o que é desencadeado pelas relações de trabalho e modelos de gestão. Em função disso, a caracterização detalhada da situação de trabalho é muito importante. É preciso, pois, interrogar o usuário sobre como é a sua atividade de trabalho, onde é realizada, como são as relações no ambiente de trabalho, quais são as exigências, há quanto tempo executa a atividade. Pode-se iniciar esta investigação perguntando-se ao trabalhador como está o seu trabalho e como ele se sente em relação ao mesmo. Esta pergunta abre espaço para que o usuário possa falar sobre sua vivência e possibilita que o profissional de saúde veja, para além de alguns sintomas genéricos, uma associação entre essa vivência e as queixas relatadas, o que dificilmente os usuários fariam de forma espontânea. (MERLO et. al., 2014)

SAIBA MAIS

NSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO: Capítulos 1, 4 e 5 do livro “Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho” (MERLO, BOTTEGA e PEREZ, 2014).

A fim de aprofundar a investigação os profissionais de saúde podem utilizar uma variedade de instrumentos de avaliação, que incluem entrevistas, roteiros de anamnese ocupacional, questionários, escalas, roteiros de visita aos locais de trabalho, entre outros. Algumas experiências efetivadas no Brasil com o uso de instrumentos para caracterização e compreensão da relação entre o trabalho e o processo saúde/doença têm se mostrado bastante úteis. (MOURA NETO, 2014; AMAZARRY et al., 2014) Estes instrumentos não são de uso exclusivo de uma categoria profissional, e é desejável que a investigação diagnóstica seja realizada por toda e equipe de referência, de forma interdisciplinar. Em alguns casos a equipe de referência local pode não se sentir segura o suficiente para avaliar os casos e estabelecer esta relação. Quando isto acontecer, sugere-se que a equipe se articule com as equipes especializadas, como por exemplo, os NASF, os CAPS e os CEREST, para o apoio matricial.

Como já salientado anteriormente nestas Diretrizes, uma criteriosa avaliação em saúde mental é fundamental para definir a estratégia terapêutica mais adequada. Nos casos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, a caracterização do quadro e o nexo causal com o trabalho são importantes para desencadear algumas condutas específicas da atenção integral em saúde mental e trabalho. Uma primeira questão diz respeito à notificação dos casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. **A notificação é necessária para promover a visibilidade e a compreensão do problema, de modo a subsidiar o planejamento de políticas públicas na área.** Além disso, a partir da notificação é possível desencadear medidas de vigilância e articulações intersetoriais que busquem modificar as situações geradoras de sofrimento e adoecimento e promover a saúde mental no trabalho.

Em relação ao acompanhamento dos trabalhadores, recomenda-se (MERLO et. al., 2014; BAHIA, 2014):

- Ter uma escuta compreensiva de modo que o trabalhador sinta que não está só na situação, o que é muito comum;
- Deixar claro que os sintomas e o sofrimento que o trabalhador apresenta podem ter relação com o trabalho;
- Acompanhar o trabalhador até que se estabilize, avaliando a necessidade de afastamento temporário do trabalho, retorno e reabilitação.

Dentro da mesma lógica da clínica ampliada na atenção psicossocial, a clínica em saúde mental relacionada ao trabalho pressupõe necessariamente o reconhecimento de que o trabalhador é um sujeito singular e autônomo, dotado de conhecimentos, desejos e história. Dessa forma, como salientam Sato e Bernardo (2005), independentemente da abordagem teórica e metodológica utilizada para o exame das relações entre a saúde mental e o trabalho, deve-se reconhecer que a compreensão dos problemas de saúde é dada pela vivência, pela experiência e pelo conhecimento dos trabalhadores sobre o seu cotidiano de trabalho.

REFERÊNCIAS

AMAZARRY , M. R.; CÂMARA, S. G.; CARLOTTO, M. S.. Investigação em saúde mental e trabalho no âmbito da saúde pública no Brasil, In: MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (orgs.) **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

BAHIA. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE. DIRETORIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR. CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR. **Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho**. Salvador: DIVAST, 2014.

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. de C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 103-117, 2011.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 1990.

______. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF: 2001.

______. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2012.

______. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. Subsecretaria do Regime Geral de Previdência Social. Coordenação Geral de Monitoramento dos Benefícios por Incapacidade. **1º Boletim quadrimestral sobre benefícios por Incapacidade de 2017: Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016.** Brasília, DF: 2017.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

____________. e MOLINIER, P. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho. In: LANCMAN, S. e SZNELWAR, L.I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2004, p.277-299.

GLINA, D. M. R., ROCHA, L. E., BATISTA, M. L., & MENDONÇA, M. G. V.Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cadernos de Saúde Pública**, 17(3), 2001, pp. 607-616.

MERLO, A. R. C. Sofrimento psíquico e atenção à saúde mental. In: MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (orgs.) **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

MOURA NETO, F. D. M. Experiências de organização de referência para o diagnóstico e investigação da relação causal entre o trabalho e agravos à saúde mental. In: MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (orgs.) **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos. In: FERREIRA, Januário Justino; PENIDO, Laís de Oliveira. **Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás**. Goiânia: Cir Gráfica, 2013.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o histórico de práticas violentas que marcou o modelo manicomial de tratamento às pessoas com transtornos mentais no Brasil, amplamente combatidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, as leis, resoluções, normativas e demais marcos legais passaram a ter papel fundamental na garantia de direitos e na proteção dos usuários.

A Constituição Federal de 1988, um marco histórico e legal no que diz respeito à garantia dos direitos humanos no Brasil, considera, em seu Art. 5º que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, com a garantia de direito à vida, à liberdade e à igualdade. O Art. 3º, inciso I, por sua vez, apresenta que um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, é "construir uma sociedade livre, justa e solidária".

A Lei Federal nº 10.216/2001 dispõe especificamente sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtorno mental, afirmando a medida de internação como excepcional e priorizando o cuidado em liberdade, territorial. A Lei elenca, em seu Art. 2º, os direitos das pessoas com transtornos mentais, tais como: ser tratada com humanidade e respeito no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, direito a informações sobre sua doença e seu tratamento, direito a ter acesso aos meios de comunicação, entre vários outros. Publicada treze anos depois da Constituição Federal e depois de 12 anos de tramitação, a Lei atesta a necessidade de afirmar que os direitos fundamentais proferidos na Carta Magna se prestam também às pessoas com transtornos mentais. E, dezesseis anos após sua promulgação, trinta depois da Constituição, cá estamos nós identificando novamente a necessidade de reafirmar esses direitos.

Após a aprovação da Lei 10.216/2001, novas portarias e resoluções passaram a prever diretrizes e pontos de atenção em uma lógica de rede substitutiva, ou seja, serviços que têm como objetivo possibilitar cuidado e tratamento no território, reduzindo a indicação das internações.

Não é possível fazer cuidado em saúde mental de forma isolada, sem que o usuário tenha clareza sobre o seu processo de tratamento, sem acolhimento, sem que haja abordagem familiar e comunitária, sem que haja a compreensão do seu modo de viver, sem a busca de novas práticas de intervenção visando o sucesso do tratamento/acompanhamento. Não se pode cuidar da saúde pensando em um indivíduo de forma isolada, mas deve-se considerar seu contexto territorial, familiar, religioso, educacional, dentre outros. Cuidar não é sinônimo de tratar uma doença, aproxima-se outrossim de acolher um sujeito; inclui aprender, reaprender, desafiar a si mesmo para comunicar-se com alguém que não deve ser visto somente como um paciente, mas como um sujeito desejante e portador de direitos que necessita de um olhar integral para a sua vida e sua condição de saúde.

Especificamente quando falamos de cuidado em saúde mental, observamos uma reação comum de incompreensão, preconceito, indiferença, medo e afastamento. Esse olhar, entretanto, explicita a falta de reconhecimento de que há naquele sintoma, naquela "crise", naquele delírio, conteúdos da história daquela pessoa, uma forma de expressão da vida e do sofrimento psíquico que a atravessa. Nesse sentido, garantir cuidado em saúde mental é garantir também o direito de o sujeito existir com suas singularidades, limitações e potencialidades.

Uma das faces essenciais do cuidado em saúde mental segundo o paradigma da Atenção Psicossocial é, portanto, a afirmação da cidadania; afirmação radical, contra todas as formas de exclusão social.

Um dos grandes desafios que se interpõe a nós, profissionais de saúde, a fim de efetivar o cuidado segundo essa lógica é encarar o manicômio em nós. Observar a existência daquilo que Peter Pál Pelbart chamou em A outra face da Clausura[20] de "manicômios mentais", já citados aqui nesse documento. Manicômio mental é uma racionalidade carcerária, que deseja aprisionar o outro (o louco), se não mais entre muros de concreto, então entre muros simbólicos, entre regras impostas, em rótulos. É a vontade em nós de aprisionar, diminuir, sufocar e o fazemos por vezes de forma mascarada como ações bem intencionadas: tutelando, infantilizando, criando regras e protocolos rígidos que mais servem para manter asssépticos, fechados e por que não dizer cheios de tédio, nossos cotidianos.

A clínica da atenção psicossocial requer mudanças por vezes drásticas justamente porque se iniciam em nós, nas nossas crenças e posturas, naquilo que temos de mais cristalizado. É a clínica da aposta. E passa pelo investimento insistente na transformação através do contato e da ampliação das formas de expressão do desejo. Transformação de si, dos sujeitos atendidos e, por contágio e reverberação, do meio social.

Não é uma clínica neutra, posto que implica tomar parte na fabricação de uma outra maneira de viver, de estar no mundo, de ser louco. Implica combater – ainda que esse combate se dê no espaço do encontro de dois, de um grupo terapêutico ou no social – o sistema de crenças no qual verdades que aprisionam se amparam, para que outras crenças e outras escolhas se tornem possíveis. Muitas vezes, para os sujeitos que atendemos, a estratégia existencial possível tem sido tomar a situação atual – ainda que sufocante – como dada, como uma fatalidade diante da qual nada se pode fazer, condenando-se, já que condenado, a um modo de vida que não escolheu viver. Como nos diz a psicanalista Jô Gondar,

> os indivíduos padecem sem fazer de suas dores uma questão sobre si próprios ou o que os cerca, sofrem com a invasão de sensações e sentimentos que não sabem nomear nem detectar porquê e de onde vêm, dificilmente afirmam um desejo ou o endereçam a algo, e muitas vezes respondem à invasão de afetos com passagens ao ato sem mediações ou intervalos de elaboração. O existir é por eles experimentado como solidão e desamparo diante de uma fatalidade inexorável, com a qual se confrontam sem qualquer mediação: "é assim, e não há nada a fazer". (GONDAR, 2006)[21]

Ainda que esse pareça um modo de viver conforme em nossa sociedade atual, as taxas crescentes de tentativa de suicídio, de autolesão, de demanda por serviços de saúde mental por pessoas com queixas de depressão e ansiedade, ou ainda o crescimento do uso desenfreado de drogas e de medicações psicotrópicas, nos denuncia que algo vai mal, que as subjetividades padronizadas e o sufocamento do desejo, em alguma medida, vem tornando impossível a existência dos sujeitos.

---

[20] PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (org.). **Saúde e loucura**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 131-138.

[21] GONDAR, J. A clínica como prática política. **Lugar Comum**, n. 19, p. 125-134, 2006. Disponível em: <http://uninomade.net/wp-content/files_mf/113003120800A%20cl%C3%83%C2%ADnica%20como%20pr%C3%83%C2%A1tica%20pol%C3%83%C2%ADtica%20-%20J%C3%83%C2%B4%20Gondar.pdf>. Acesso em 9 Out. 2018.

Até aqui, reafirmamos alguns direitos fundamentais e que, embora pareçam – e devessem ser – óbvios, ainda são negados a várias pessoas com transtornos mentais: direito de existir, de expressar suas singularidades, de ser acolhido como sujeito integral em todas as suas necessidades, de estar no mundo como sujeito desejante, de apoderar-se, enfim, dos direitos fundamentais garantidos a todos os cidadãos.

Diante disso, cada atividade de um serviço de atenção psicossocial deve ter a função terapêutica de ampliar a existência dos sujeitos, de conquista de autonomia e cidadania, e esse viés deve estar presente em cada filigrana das ações desenvolvidas em cada ponto de atenção. Não cabe aos serviços de saúde calar o sintoma e a crise, mas buscar enxergar em cada uma dessas manifestações, uma forma de se comunicar, brechas para o contato e, a partir daí, construir junto com o sujeito estratégias para lidar com o que não cala e, quem sabe, criar outras vias de expressão da subjetividade.

A liberdade é terapêutica, o contato cura, e a esperança é um imperativo ético para a construção de possíveis.

GRUPO DE TRABALHO

Andressa de Oliveira Perobelli – Psiquiatra; Unidade de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes - HUCAM/UFES/EBSERH; Centro de Estudos em Psiquiatria do Espírito Santo (CEPES).

Andressa Poloni Anholeti– Assistente Social; Equipe de Referência em Saúde Mental de Iconha.

Adriana Araújo de Souza Santos – Enfermeira; Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes - HUCAM/UFES/EBSERH.

Anelise Nunes Gorza – Psicóloga; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) III, de Vitória.

Arielle Nascimento – Psicóloga; Área Técnica de Saúde Mental de Vila Velha.

Barbara Frigini De Marchi – Psicóloga; Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC).

Bruno Lima Alves – Psiquiatra da infância e adolescência; Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes - HUCAM/UFES/EBSERH.

Carolina Fonseca Dadalto – Psicóloga; Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silvares (HRAS); Professora na Faculdade Vale do Cricaré.

Cláudia de Oliveira – Psicóloga; Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC).

Daniela Reis e Silva – Psicóloga; Membro do Grupo de Trabalho de Prevenção do Suicídio do Espírito Santo; Associação Brasileira de Prevenção ao Suicídio (ABEPS), Associação de Terapia Familiar do Espírito Santo (ATEFES), Apoio a Perdas Irreparáveis (API).

Daniele Stange Calente – Terapeuta Ocupacional; Gerência de Atenção à Saúde – Coordenação da Atenção Básica, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

Fábio Bremenkamp Cunha – Assistente Social; Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC).

Fernanda Stange Rosi – Psicóloga; Psicanalista;Programa de Pós Graduaçãoem Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Gabriela Bertulozo Ferreira – Psicóloga; Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Indira de Paula Nunes Pinto – Psiquiatra; Centro de Estudos em Psiquiatria do Espírito Santo (CEPES); Professora na Faculdade MULTIVIX.

Irina Natsumi Hiraoka Moriyama – Terapeuta Ocupacional; Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Larissa Almeida Rodrigues – Assistente Social; Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Leiliane Inácio – Agente Comunitária de Saúde; Unidade de Saúde da Família do Centro de Iconha

Lincoln Carlos Macedo Gomes – Enfermeiro; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Moxuara

Marcos Meireles – Psiquiatra; Centro de Estudos em Psiquiatria do Espírito Santo (CEPES); Professor universitário na EMESCAM.

Maria Benedita Barbosa Reis– Psiquiatra; Médica Titular da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em Psiquiatria e Psicogeriatria; Área Técnica de Saúde Mental de Vila Velha.

Mariluce Cornachini Sousa – Assistente Social; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Moxuara.

Mirella Alvarenga – Assistente Social; Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC).

Natália Maria de Souza Pozzatto – Psicóloga; Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Nathalia Borba Raposo Pereira – Psicóloga; Coordenação da Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Rafael de Lima Aguilar Fernandes – Psiquiatra; Professor na Faculdade MULTIVIX.

Renata Tavares Imperial– Psicóloga; Centro de Atenção Psicossocial Intantojuvenil (CAPSi) de Vitória; UFES, Programa de Pós Graduaçãoem Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Roberta Belizário Alves – Psicóloga; Vigilância em Saúde do Trabalhador de Vitória.

Tatiane Neves Borja – Psiquiatra da infância e adolescência; Centro de Estudos em Psiquiatria do Espírito Santo (CEPES); Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HEIMABA).

Vinicius Santos Maciel – Psiquiatra; Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC).

Zanandré Avancini de Oliveira – Psiquiatra; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Vila Velha.

ANEXO I

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

A construção do Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental inspirou-se no Protocolo de Manchester, que garante a utilização de critérios uniformes de classificação de risco ao longo do tempo e com diferentes equipes e, assim, a prioridade de atendimento e classificação do risco em saúde mental será categorizada através das cores:

- **Vermelho**: Caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato. Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deteriorização do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros.
- **Laranja**: Risco significativo. Condições que potencialmente ameaçam à vida e requerem rápida intervenção.
- **Amarelo**: Casos de gravidade moderada. Condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas rapidamente.
- **Verde**: Condições que apresentam um potencial para complicações.
- **Azul**: Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, sem alterações dos sinais vitais.

Recomenda-se que os casos classificados como Amarelo, Verde ou Azul sejam encaminhados aos serviços equipes dos territórios de origem dos pacientes - como Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS, ERSM, Ambulatórios de Saúde Mental -, devendo estes serviços responsabilizar-se pelo acompanhamento continuado dos mesmos.

VERMELHO

Emergência considerada de RISCO GRAVE, que justifica direcionamento prioritário e atendimento clínico e/ou especializado imediato.

Qualificadores:

- Tentativa de suicídio em qualquer circunstância, com ou sem agitação psicomotora;
- Episódio depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos associado à ideação suicida, com planejamento ou história anterior de tentativa de suicídio;
- Episódio de Mania (euforia) com ou sem sintomas psicóticos associado comportamento inadequado com risco para si e/ou terceiros
- Autonegligência (perda do autocuidado) grave com doenças clínicas associadas (comorbidades orgânicas);
- Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e outras drogas);

- Quadro psicótico com delírios, alucinações, alteração do comportamento, podendo estar associado a confusão mental, ansiedade e impulsividade com risco para si e/ou terceiros;
- Episódio de autoagressividade (automutilação, cutting) com risco de morte eminente
- Episódio de agitação psicomotora, agressividade auto e/ou heterodirigida, com ideação, planejamento e/ou tentativa de homicídio ou suicídio;
- Quadro de alcoolismo ou dependência química a outras drogas com sinais de agitação e/ou agressividade auto e/ou heterodirigida, várias tentativas anteriores de tratamento extra-hospitalar sem êxito, com riscopsicossocialelevado.

LARANJA

Urgência considerada de RISCO ELEVADO, com necessidade de classificação imediata, que justifica atendimento clínico e/ou especializado em que não há riscos imediatos de vida.

Qualificadores:

- Quadro depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos, com ideação suicida sem planejamento, porém sem apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar;
- Quadro psicótico agudo, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade, porém sem apoio sociofamiliar;
- Autonegligência (perda do autocuidado) grave;
- Alcoolismo ou dependência química a outras substâncias com sinais de abstinência leve ou moderado que não consegue se abster com programa de tratamento extra-hospitalar, com evidência de risco social;
- Quadros refratários à abordagem ambulatorial e especializada;
- Episódio conversivos/dissociativos, com alteração aguda do comportamento e risco à própria integridade ou à de terceiros;
- Determinações judiciais.

AMARELO

Urgência considerada de RISCO MODERADO, que justifica solicitação de tratamento em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório Especializado em Saúde Mental e/ou Atenção Primária à Saúde com apoio do NASF.

Qualificadores:

- Quadro depressivo moderado com ou sem ideação suicida, com apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar;
- Quadro psicótico agudo, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade auto e heterodirigida, com apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar;

- Alcoolismo ou dependência química a outras drogas com sinais de abstinência leve que consegue participar de programa de tratamento especializado ambulatorial;
- Histórico psiquiátrico pregresso com tentativa de suicídio e/ou homicídio e internação prévia.

VERDE

Síndromes e/ou sinais e sintomas considerados de RISCO BAIXO, sem indicação de Atenção 24 horas e que justificam solicitação de tratamento em Atenção Primária à Saúde com apoio da ERSM, NASF e/ouESF.

Qualificadores:

- Síndromes Depressivas Leves;
- Transtorno Afetivo Bipolar: episódio depressivo ou maníaco sem risco para si ou para terceiros;
- Insônia;
- Síndromes conversivas/dissociativas sem risco para si ou para terceiros
- Sintomas psicossomáticos, crises de ansiedade;
- Episódios de uso nocivo/abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas;
- Luto / Reação adaptativa.

AZUL

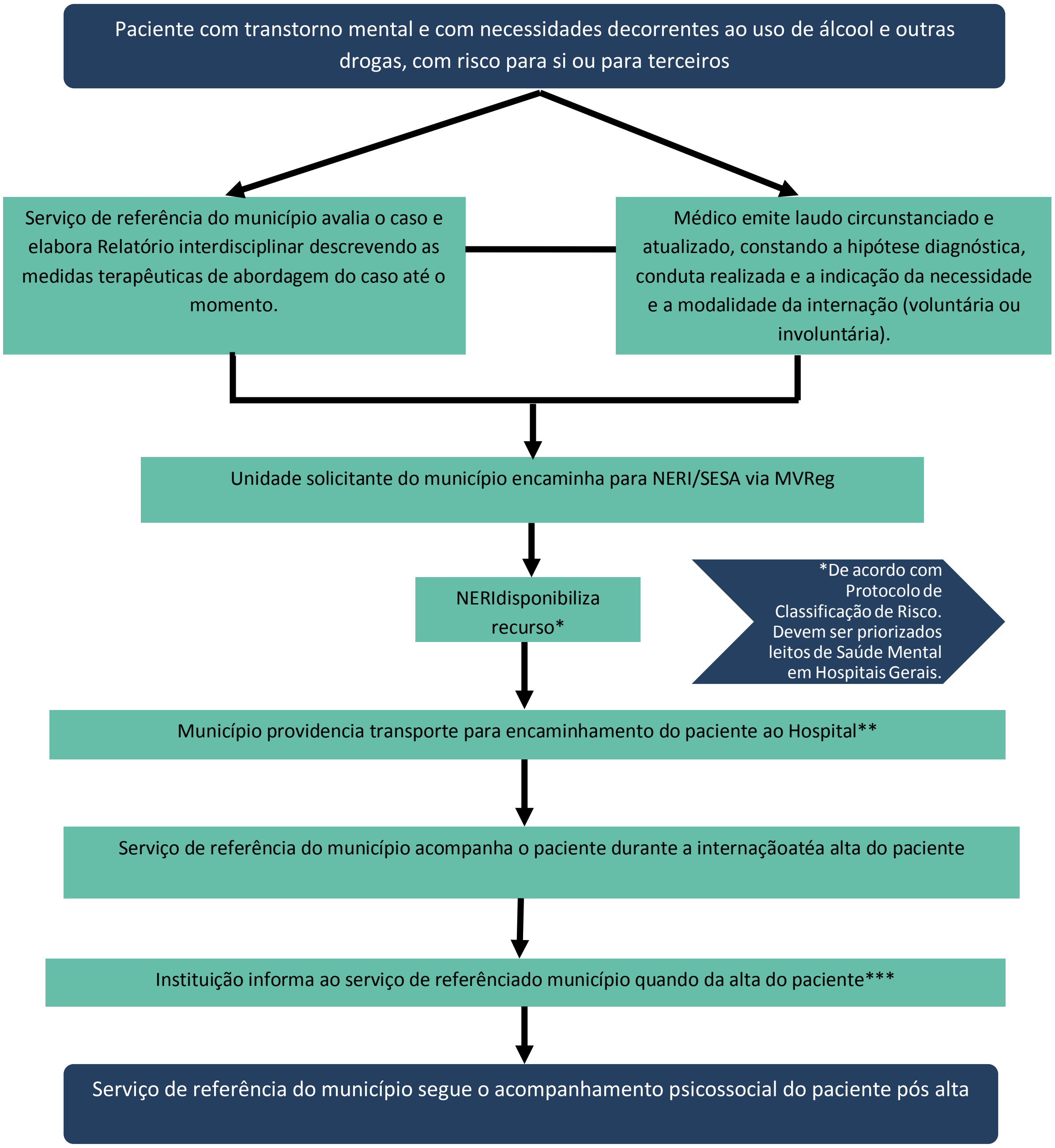
Situações inespecíficas, síndromes, sinais e/ou sintomas considerados NÃO URGENTES que justifiquem referenciar para acompanhamento na Atenção Primária e/ou Especializada.

Qualificadores:

- Condições psiquiátricas crônicas estabilizadas;
- Manutenção do acompanhamento ambulatorial multiprofissional para pacientes com transtornos mentais crônicos em uso de medicação estabilizados;
- Demandas administrativas (trocas e requisições de receitas médicas, laudos médicos);
- Orientações e apoio familiar.

ANEXO II

FLUXO DE REGULAÇÃO DE LEITOS EM SAÚDE MENTAL



Paciente com transtorno mental e com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas, com risco para si ou para terceiros

Serviço de referência do município avalia o caso e elabora Relatório interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento.

Médico emite laudo circunstanciado e atualizado, constando a hipótese diagnóstica, conduta realizada e a indicação da necessidade e a modalidade da internação (voluntária ou involuntária).

Unidade solicitante do município encaminha para NERI/SESA via MVReg

NERIdisponibiliza recurso*

*De acordo com Protocolo de Classificação de Risco. Devem ser priorizados leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais.

Município providencia transporte para encaminhamento do paciente ao Hospital**

Serviço de referência do município acompanha o paciente durante a internaçãoatéa alta do paciente

Instituição informa ao serviço de referênciado município quando da alta do paciente***

Serviço de referência do município segue o acompanhamento psicossocial do paciente pós alta

*Os pacientes portadores de comorbidades orgânicas crônicas estabilizadas (ex.: insuficiência renal, hepática, DPOC, HAS, DM, etc.) devem ser regulados PREFERENCIALMENTE para leitos em Hospitais Gerais devido ao risco aumentado de complicações clínicas. Para pacientes com comorbidades orgânicas não estabilizadas deve-se avaliar a necessidade de regulação para leito de hospital de referência para a comorbidade, em vez de leito de saúde mental.

**A admissão do paciente em qualquer instituição deverá ocorrer em até 72 horas após a comunicação da disponibilização da vaga. Caso o NERI não receba a comunicação de internação do paciente pela instituição, o leito irá retornar vago ao sistema de regulação e será disponibilizado para outro paciente. As justificativas da não internação e respostas ao não atendimento, serão de responsabilidade do Município a partir a disponibilização do recurso pelo NERI.

*** Em casos de internação por determinação judicial, caso solicitado pela autoridade judiciária, cabe à instituição enviar relatórios de acompanhamento à autoridade judiciária.

ANEXO III

ESCALA DE EDINBURGH DE DEPRESSÃO PÓS NATAL

<table>
<tr><th colspan="2">ESCALA DE EDINBURGH DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL</th></tr>
<tr><td colspan="2">Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como vocês está se sentindo nos últimos dias. Por favor, marque um X a resposta mais próxima ao que você tem sentido.</td></tr>
<tr><td>1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas
☐ 0-Como eu sempre fiz
☐ 1-Não tanto quanto antes
☐ 2-Sem dúvida, menos que antes
☐ 3-De jeito nenhum</td><td>6. eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia*
☐ 3- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
☐ 2- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
☐ 1- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
☐ 0- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</td></tr>
<tr><td>2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em seu dia-a-dia
☐ 0- Como sempre senti
☐ 1- Talvez, menos que antes
☐ 2- Com certeza menos
☐ 3- De jeito nenhum</td><td>7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir*
☐ 3- Sim, na maioria das vezes
☐ 2- Sim, algumas vezes
☐ 1- Não muitas vezes
☐ 0- Não, nenhuma vez</td></tr>
<tr><td>3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas*
☐ 3- Sim, na maioria das vezes
☐ 2- Sim, algumas vezes
☐ 1- Não muitas vezes
☐ 0- Não, nenhuma vez</td><td>8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada*
☐ 3- Sim, na maioria das vezes
☐ 2- Sim, muitas vezes
☐ 1- Não muitas vezes
0- Não, nenhuma vez</td></tr>
<tr><td>4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão
☐ 0- Não, de maneira alguma
☐ 1- Pouquíssimas vezes
☐ 2- Sim, algumas vezes
☐ 3- Sim, muitas vezes</td><td>9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado*
☐ 3- Sim, quase todo o tempo
☐ 2- Sim, muitas vezes
☐ 1- De vez em quando
☐ 0- Não, nenhuma vez</td></tr>
<tr><td>5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo*
☐ 3- Sim, muitas vezes
☐ 2- Sim, algumas vezes
☐ 1- Não muitas vezes
☐ 0- Não, nenhuma vez</td><td>10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça*
☐ 3- Sim, muitas vezes, ultimamente
☐ 2- Algumas vezes nos últimos dias
☐ 1- Pouquíssimas vezes, ultimamente
☐ 0- Nenhuma vez</td></tr>
</table>

Fonte: MATTAR, R. ET AL. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Rio de Janeiro, v.29, n.9, p.470-477, 29 set. disponível em: http://www.scielo.br/pdf.rbgo/v29n9/06.pdf, Adaptado de: LOWDERMILK, D. L.; PERRY,S. E.; BOBAK, I. M. O cuidado em enfermagem materna. 5ª. Ed., Porto Alegre: Artmed, 2002, 768p.

ANEXO IV

SAÚDE MENTAL E ARTE: DICAS DE LEITURA E FILMES

LEITURA:

1. O Holocausto Brasileiro – Daniela Arbex (livro)
2. Reino dos Bichos e dos Animais é o meu Nome - Stela do Patrocinio (livro – poemas)
3. Como se fabricam crianças loucas - Eliane Brum (coluna)
4. O canto dos malditos - Austregésilo Carrano Bueno (livro)
5. Diário do Hospício – Lima Barrreto (livro)
6. O Alienista – Machado de Assis (livro)

FILMES:

1. Si Puo Fare - Giulio Manfredonia (2008)
2. Um Novo Despertar - Jodie Foster (2011)
3. Divertidamente - Pete Docter (2015)
4. Nise, o Coração da Loucura - Roberto Berliner (2015)
5. Um Estranho no Ninho - Milos Forman (1975)
6. Uma Mente Brilhante - Ron Howard (2001)
7. Adam - Max Mayer (2009)
8. Bicho de Sete Cabeças - Laís Bodanzky (2000)
9. Cisne Negro - Darren Aronofsky (2010)
10. Geração Prozac - Erik Skjoldbjærg (2003)
11. O lado bom da Vida - David O. Russell (2012)
12. Tempos Modernos - Charles Chaplin (1936)
13. Tempo de Despertar - Penny Marshall (1990)
14. Rain Man - Barry Levinson (1988)
15. As Virgens Suicidas – Sofia Coppola (2000)
16. Elena – Petra Costa (2012)
17. Melhor é Impossível - James L. Brooks (1998)
18. TOC TOC - Vicente Villanueva (2017)
19. Holocausto Brasileiro - Daniela Arbex, Armando Mendz(2016)
20. Em Nome da Razão – Helvécio Ratton (1979)
21. Estamira -Marcos Prado (2005)
22. Quebrando o Tabu - Fernando Grostein Andrade, Cosmo Feilding-Mellen (2011)

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 15/07/2022 12:56:03 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: CÓPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-6P11BN

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 13/2022 SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE/SAÚDE MENTAL

Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde
Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde

Realizar orientações aos pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Considerando que em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto de uma nova doença de coronavírus era uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional;

Considerando que em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde classificou a Doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) como pandemia;

Considerando que a OMS e as autoridades de saúde pública de todo o mundo conseguiram conter o novo coronavírus, com medidas de controle e prevenção em saúde;

Considerando o quantitativo de cidadãos capixabas já imunizados à SARS-COV;

Considerando à pandemia do Coronavírus (COVID-19), as recomendações emitidas pelas autoridades sanitárias e as legislações vigentes com objetivos de manter o controle de infecções poelo vírus no Estado;

Considerando as legislações vigentes sobre Saúde Mental;

Considerando a nota técnica covid-19 n° 03/2022 – gevs – ssvs, que revoga as recomendações para aquisição de máscara de alto poder filtrante

Considerando a nota técnica covid-19 n° 06/2022 – gevs/sesa/es isolamento de casos, rastreamento e monitoramento de contatos de casos de covid-19;

Considerando a nota técnica covid-19 n° 07/2022 – gevs/sesa/es critérios de coleta para o teste rápido de detecção qualitativa dos antígenos (ag) novo coronavírus, influenza a, influenza b em amostras de secreção nasal, orofaríngea e nasofaríngea;

Considerando que a nota técnica covid.19 n° 026/2021 - instituições de longa permanência foi revogada;

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo vem por meio desta Nota Técnica, orientar que os pontos de Atenção da RAPS adotem os seguintes procedimentos:

1. CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Ad III, CAPS ad, CAPS i:

1.1. Funcionamento

1.1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial devem retomar o funcionamento em horários habituais anteriores à pandemia;

1.2 Sugere-se manutenção das medidas de precaução como a lavagem com água e sabonete ou friccionar as mãos com preparação alcoólica a 70% antes e após o contato com o paciente;

1.3 Orienta-se que se mantenha o distanciamento entre as cadeiras na sala de espera;

1.4 Recomenda-se aos profissionais de saúde a utilização de máscara e lavagem das mãos;

1.5 Retomar as atividades em grupo ou com familiares, visitas domiciliares e atividades de lazer com familiares que constituam grupos/reuniões;

1.6 Retomar os atendimentos espontâneos e eletivos;

1.7 Sugere-se disponibilizar canais virtuais e telefônicos para comunicação dos pacientes com a equipe, a fim de orientar e planejar/agendar a ida dos pacientes até a unidade apenas nas situações necessárias, como para o fornecimento de receitas de controle especial e atendimentos dos casos críticos, visando reduzir, ao máximo, a circulação de pessoas neste período;

1.8 Os pontos de atenção podem continuar disponibilizando canais virtuais e telefônicos para comunicação dos usuários com a equipe, desde que seja a escolha do usuário, em lugar ao atendimento presencial.

1.9 O profissional de saúde deverá utilizar máscara e demais Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs), conforme Protocolos Vigentes;

1.10 Sempre que possível deve-se optar por ambientes abertos e ventilados;

1.11 Pacientes com sintomas respiratórios de tosse, dificuldade respiratória, secreção e/ou congestão nasal adote os seguintes procedimentos:

1.11.1 O profissional de saúde deverá utilizar máscara e demais Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs);

1.11.2 Solicitar que o paciente utilize uma máscara a ser fornecida pela unidade;

1.11.3 Encaminhar o paciente para uma área específica, ventilada e sem circulação de pessoas, enquanto em avaliação;

Após avaliação pela equipe multiprofissional para estabilização do quadro psiquiátrico, realizar contato com a Secretaria Municipal de Saúde para orientações e procedimentos necessários ao isolamento e acompanhamento domiciliar pela Atenção Primária de casos suspeitos, descartar a máscara e demais EPIs utilizados durante a abordagem do paciente com sintomas respiratórios;

2 EQUIPES DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL - ERSM

2.1 As Equipes de Referência em Saúde Mental ou Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental devem retomar os atendimentos espontâneos e eletivos;

2.2 Sugere-se manutenção das medidas de precaução como a lavagem com água e sabonete ou friccionar as mãos com preparação alcoólica a 70% antes e após o contato com o paciente;

2.3 Utilizar máscara, respeitando o protocolo para profissionais de saúde;

2.4 Sempre que possível deve-se optar por ambientes abertos e ventilados.

2.5 Deve-se retomar as atividades em grupo ou com familiares, visitas domiciliares e atividades de lazer com familiares que constituam grupos/reuniões;

2.6 Os profissionais das equipes devem retormar os horários de trabalho anteriores à pandemia;

3 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRTs)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são serviços orientados por lógica de moradia, e por tal motivo devem seguir as mesmas orientações para a comunidade em geral. Por tratar-se de serviços que atendem moradores com comorbidades, idade avançada, que mantém contato próximo com outras pessoas (cuidadores e profissionais) e outros residentes igualmente vulneráveis, sugere-se:

3.1 Caso haja residentes com suspeita de COVID-19 ou confirmados, deve-se adotar medidas de desinfecção dos ambientes e dos objetos pessoais a fim de evitar a contaminação dos demais moradores.

Os procedimentos específicos em relação à Saúde Mental dos moradores permanecem ininterruptos.

4 SERVIÇO DE INTERNAÇÃO

Os serviços de Saúde Mental que atendem na modalidade de Internação que recebam pacientes com OU sem sintomas respiratórios de tosse, dificuldade respiratória, secreção e/ou congestão nasal deve adotar os seguintes procedimentos:

4.1 A internação deverá durar SOMENTE o período necessário para estabilização do quadro de saúde mental;

4.2 Quanto aos casos de pacientes com suspeita de COVID-19, sintomáticos mas sem critérios para internação hospitalar por COVID-19, os procedimentos deverão garantir o acesso a espaços de isolamento. O espaço deve ser arejado com instalações sanitárias adequadas. Sugere-se o isolamento individual dos usuários suspeitos, que devem ser monitorados, utilizando para isso leitos de observação, sendo adequados à Portaria Estadual Nº 047-R, de 24 de março de 2020 e Protocolos vigentes.

4.3 O profissional de saúde deverá utilizar máscara e demais Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs)

4.4 Restringir o uso de utensílios compartilhados como: copos, garrafas de água, talheres, escova de cabelo, entre outros;

4.5 Garantir a ventilação constante nas enfermarias;

4.6 Retomar a realização de atividades coletivas, como grupos e oficinas mesmo que em espaços fechados, preferindo atividades em meio aberto e buscando, sempre que possível, o distanciamento entre os pacientes.

4.7 Monitorar diariamente os pacientes internados quanto à presença de febre, sintomas respiratórios e outros sinais e sintomas da COVID-19.

4.8 Em caso de transferência dos pacientes para os hospitais para atendimento ao COVID-19, os municípios internantes deverão ser imediatamente comunicados.

4.9 Sugere-se que os serviços de internação hospitalar disponibilizem canais virtuais e telefônicos para comunicação dos pacientes com os familiares, visando o fortalecimento dos vínculos familiares especialmente neste momento de fragilidade, além da preservação da saúde mental.

5 Aos gestores:

5.1 Manter toda a equipe protegida contra estresse crônico e problemas de saúde mental;

5.2 Garantir uma comunicação de boa qualidade e atualizações precisas de informações sejam fornecidas a todos os funcionários;

5.3 Solicitar o retorno dos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial;

5.4 Facilitar o acesso e garantir que a equipe esteja ciente de onde eles podem acessar os serviços de saúde mental e de apoio psicossocial;

5.5 Orientar os profissionais de saúde sobre como fornecer suporte emocional e prático básico para as pessoas afetadas usando os primeiros socorros psicológicos

5.6 Gerenciar a saúde mental e neurológica urgentes (por exemplo, delirium, psicose, ansiedade ou depressão severa) em unidades de atendimento de emergência ou em geral;

5.7 Garantir a disponibilidade de medicamentos essenciais nos pontos de atenção à saúde;

5.8 Garantir o afastamento dos profissionais de saúde com suspeita de Covid até que se descarte a suspeita e, havendo confirmação, até findar o período de trasmissão.

6 Aos Profissionais de Saúde:

6.1 Gerenciar sua saúde mental e bem-estar psicossocial e física;

6.2 Usar estratégias úteis de enfrentamento, como garantir descanso suficiente durante o trabalho ou entre turnos;

6.3 Usar maneiras compreensíveis de compartilhar mensagens com pessoas com deficiências intelectuais, cognitivas e psicossociais;

6.4 Fornecer suporte para as pessoas afetadas pelo COVID-19 e saber como vinculá-las aos recursos disponíveis;

6.5 Fornecer apoio prático e emocional por meio da famílias e profissionais de saúde;

6.6 Amplificar histórias positivas e esperançosas e imagens positivas de pessoas locais que experimentaram o COVID-19;

6.7 Retormar o horário habitual de trabalho;

6.8 Solicitar o afastamento do trabalho caso haja suspeita de Covid até que se descarte a suspeita e, havendo confirmação, até findar o período de trasmissão.

Procure atualizações de informações em horários específicos durante o dia, uma ou duas vezes. Colete informações regularmente, no site da OMS e nas plataformas das autoridades locais de saúde ***(coronavirus.es.gov.br)***, para ajudá-lo a distinguir fatos de rumores. Os fatos podem ajudar a minimizar os medos.

Emitida em 06 de maio de 2022.

Daysi Koehler Behning

Gerente da Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção em Saúde

Jordana Cristina Santos da Silva

Chefe do Núcleo Especial de Atenção Especializada

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental, n. 34.** Brasília, 2013.

ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**. Espírito Santo, 2018.

ASSINATURAS (3)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GABRIELA BERTULOZO FERREIRA
PSICOLOGO - QSS
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 10:00:10 -03:00

FRANCIELY DA COSTA GUARNIER
PSICOLOGO - DT
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 16:51:42 -03:00

JORDANA CRISTINA SANTOS DA SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 13:00:07 -03:00

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 15/07/2022 16:51:42 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-FHHFLF

SUS | GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 011/2022 SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE/SAÚDE MENTAL

Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde
Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde

Recomendações à respeito de internações em saúde mental na rede própria e complementar do SUS, no âmbito do Estado do Espírito Santo.

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

O principal instrumento normativo-legal para internações em saúde mental é **a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos da pessoa com transtorno mental e define, em seu Artigo 6º, parágrafo único, as modalidades de internação, que podem ser: a) voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; b) involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e, c) compulsória: aquela determinada pela justiça.**

Cabe esclarecer os direitos assegurados na Lei nº 10.216/2001 também se aplicam às pessoas que possuem demandas de saúde oriundas do uso problemático de substâncias psicoativas.

Em seu Artigo 4º, essa Lei também postula que a internação é medida excepcional e "*em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes*".

A princípio, pela leitura do trecho citado da Lei nº 10.216/2001, já fica claro a excepcionalidade da medida de internação psiquiátrica que, enfatizando, só será indicada quando todas as intervenções disponíveis no âmbito territorial, inseridas na comunidade e sem necessitar de afastamento do usuário de seu convívio sócio-familiar, não forem suficientes para garantir o cuidado para o usuário e sua família. O cuidado em âmbito territorial deve ser garantido pelo município de residência do usuário e sua família, cabendo ao gestor local a organização de sua rede de saúde de modo a atender às demandas de seu território, que pode se desenvolver, por exemplo, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESMs) e/ou na Atenção Primária à Saúde (APS). Os pontos de atenção devem atuar de maneira integrada, com acionamento da rede intersetorial sempre que indicado, como a Assistência Social, Educação, Cidadania, Direitos Humanos, dentre outros.

O objetivo desta Nota Técnica é recomendar e orientar serviços e profissionais de saúde e rede intersetorial do estado do Espírito Santo e seus municípios quanto à internação para os casos de transtornos mentais e/ou comportamentais, inclusive os decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas. Esta Nota Técnica substitui a Nota Técnica 03/2019 – Saúde Mental.

2. RECOMENDAÇÕES

2.1 Sobre as finalidades das internações em Saúde Mental

O paciente em saúde mental que necessita de internação no leito é aquele portador de transtornos mentais e comportamentais incluindo os decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas

As internações em saúde mental devem ser sempre medida excepcional, realizadas apenas quando realmente necessárias para estabilização do quadro e amenização do sofrimento psíquico do usuário do SUS, quando esgotadas as demais possibilidades de cuidado e tratamento no território, e devem ocorrer pelo menor período possível, respeitando a singularidade que cada caso requer.

No que se refere ao tempo, a Portaria SESA Nº 90-R DE 13/10/2014, em seu Art. 8º traz que "A permanência do paciente na instituição será pelo menor tempo possível, de no máximo 2 (dois) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais1 (um) mês, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da instituição e do CAPS de referência, Equipe de Referência de Saúde Mental ou equipe da Atenção Básica, que tiver recomendado a internação, conforme Artigo 4º, inciso III.

A Lei Federal nº 13.840, de 05 de junho de 2019, trata do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e, entre outros pontos, dispõe sobre a internação para "tratamento do usuário ou dependente de drogas", em seu Artigo 23-A. Além de reafirmar os princípios da Lei nº 10.216/2001, estabelece dois tipos de internação: voluntária e involuntária. Na internação involuntária, além do esgotamento dos recursos extra-hospitalares e dos requisitos que devem constar do laudo médico, é *mister* observar que deve perdurar apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável. A Lei também garante o sigilo das informações e veda qualquer modalidade de internação em Comunidades Terapêuticas.

2.3 Requisitos para solicitação de internações em Saúde Mental

2.3.1 Internações em saúde mental como último recurso de cuidado

Ao solicitar uma internação em saúde mental, é imprescindível que se observe se os recursos de saúde existentes no território onde se encontra o paciente foram devidamente acionados e implicados no cuidado ao paciente: Unidade de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), CAPS, EMAESM e Equipe de Referência em Saúde Mental (ERSM), por exemplo**.** Recorrer à internação sem que estes dispositivos tenham sido acionados e implicados no caso, ou ainda, como forma de suprir uma lacuna assistencial que pode existir em alguns territórios é grave violação dos direitos dos sujeitos.

2.3.2 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

A fim de garantir o cuidado integral ao usuário, recomenda-se a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) pela equipe de saúde do território, em conjunto com o usuário, sua família, comunidade e a rede intersetorial.

O PTS consiste numa ferramenta de organização e sistematização do cuidado que deve considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso, ou seja, um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo, família ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. É importante que casos mais difíceis, com maior gravidade e complexidade sejam priorizados para a construção de um PTS, e que a internação, se necessária, esteja prevista neste documento.

O cuidado territorial junto à família e ao paciente durante a internação e após a alta é imprescindível para a formação de vínculos e seguimento do cuidado, podendo evitar cronificação dos quadros e as sucessivas reinternações, características do que alguns autores chamam de "Síndrome da Porta Giratória", bem como iatrogenia, por exemplo.

2.3.3 Laudo médico circunstanciado e atualizado

A Lei nº 10.216/2001 preconiza que toda internação só será autorizada mediante laudo médico circunstanciado e atualizado que caracterize seus motivos. **O laudo médico circunstanciado deve conter informações que permitam ao médico regulador identificar as necessidades de saúde do paciente, definindo o leito a ser disponibilizado de acordo com critérios clínicos e classificação de risco, e informações que permitam ao médico assistente da instituição que receberá o paciente conhecer dados básicos e iniciais sobre o histórico e situação atual do paciente, apoiando sua decisão terapêutica.** Dessa forma, recomenda-se que o laudo médico circunstanciado contenha:

a)Identificação do paciente: nome, idade, gênero;

b)Hipótese diagnóstica de acordo com o CID-10;

c)Descrição do quadro atual de saúde, incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas, bem como internações pregressas, se houver;

d)Consequências que o quadro acarreta na saúde do paciente ou risco para terceiros, quando houver;

e)Abordagens terapêuticas e medicamentosas já utilizadas;

f)Indicação expressa da modalidade de internação solicitada: voluntária ou involuntária;

g)No caso de internação motivada pelo uso de drogas, informar: avaliação sobre o tipo de droga utilizada e o padrão de uso.

h)Identificação do médico, com assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM-ES), e data de emissão.

O laudo médico deve ser legível e deve estar atualizado. Recomenda-se que tenha sido emitido há, no máximo, 90 (noventa) dias.

Faz-se necessário a identificação de referência familiar ou responsável pelo paciente: nome e grau de parentesco e telefone de contato (registrar quando não houver referência familiar).

2.3.4 – Relatório Multidisciplinar

É importante que as unidades solicitantes de internação em saúde mental encaminhem também relatório multidisciplinar constando as intervenções realizadas pelo serviço de saúde mental do município, que justifique a necessidade da internação, com descrição do quadro de saúde mental de modo a auxiliar na classificação de risco em saúde mental e regulação do leito.

A Portaria da SESA 090-R discorre sobre a apresentação da avaliação interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, emitida pelo Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do município de residência do paciente, quando os municípios contarem com esse serviço. Em municípios que não possuam CAPS, a avaliação interdisciplinar poderá ser emitida por Equipe de Referência de Saúde Mental ou equipe da Atenção Básica de Saúde do município, sempre descrevendo as medidas terapêuticas já adotadas, para tratamento do caso.

2.4 – Solicitação de internação em Saúde Mental ao Núcleo Especial de Regulação de Internações (NERI/SESA)

No Estado do Espírito Santo, as solicitações de internação em saúde mental devem ser dirigidas ao Núcleo Especial de Regulação de Internações (NERI), da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), cujo acesso pode ser feito via sistema de regulação (MvReg) para os serviços cadastrados como unidades solicitantes, fazendo-se necessário a inserção de todos os dados do paciente no sistema, inclusive o laudo médico circunstanciado, relatório constando as intervenções realizadas pelo serviço de saúde mental do município e telefone de contato do responsável.

É fundamental que cada município tenha ao menos uma unidade solicitante de internação em saúde mental. Para cadastramento desta(s), deve-se enviar solicitação via e-mail para cadastroregulacao@saude.es.gov.br.

A disponibilização do leito é feita por médico regulador devidamente investido de autoridade para esse fim, a partir da análise do perfil do paciente (tipo de leito que necessita) e classificação de risco, realizada de acordo com Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental, disponível na página eletrônica da SESA (https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf).

Após solicitação de internação, a unidade solicitante deve atualizar o quadro de saúde do paciente a cada sete (07) dias no sistema MV Reg, após um escuta e avaliação do usuário de saúde mental, com as seguintes informações:

- Quadro psicopatológico atual (súmula); medicações em uso.

- Quadro clinico geral: anamnese, exame físico atual.

Será priorizada a regulação para leitos da rede própria do SUS, seguido de Hospitais Filantrópicos contratualizados com a SESA, e entidades privadas credenciadas.

2.5 Sobre a responsabilidade dos estabelecimentos de saúde solicitantes de internações em saúde mental realizarem o transporte sanitário dos pacientes

A responsabilidade pelo fornecimento do transporte e chegada do paciente ao leito regulado, bem como de retorno ao território, é do município solicitante, de modo que o processo regulatório deve ser estabelecido no âmbito municipal e/ou regional.

Casos de urgência devem ser encaminhados aos pontos de atenção de urgência e emergência, e os que forem portas de entrada podem autorregular leitos existentes em suas unidades.

2.6 Internação Compulsória

Importante frisar que a internação compulsória é determinada pela justiça. Não cabe, portanto, ao profissional de saúde solicitar essa modalidade de internação. Como já exposto, o profissional de saúde solicita a internação voluntária ou involuntária; apenas a Justiça define que uma internação seja compulsória, ainda que o faça motivada por solicitação da saúde.

No intuito de orientar o cumprimento desses requisitos legais, a SESA publicou, em 14 de outubro de 2014, a Portaria Estadual Nº 090-R, que em seu Artigo 4º postula que as requisições de internação deverão observar o seguinte:

> I - Ser o paciente portador de transtorno mental grave com quadro desestabilizado, oferecendo risco de vida para si ou para terceiros, ou estar em uso abusivo e prejudicial de álcool, crack ou outras drogas;
>
> II - Apresentar laudo médico circunstanciado e atualizado, constando a hipótese diagnóstica e a indicação da necessidade de internação; e
>
> III - Apresentar avaliação interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, emitida pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do município de residência do paciente, quando os municípios contarem com esse serviço. Em municípios que não possuam CAPS, a avaliação interdisciplinar poderá ser emitida por Equipe de Referência de Saúde Mental ou equipe da Atenção Básica de Saúde do município, sempre descrevendo as medidas terapêuticas já adotadas, para tratamento do caso.

Como se pode depreender de sua leitura, a referida Portaria não cria novas regras para as internações em saúde mental, apenas orienta o adequado cumprimento dos requisitos já definidos na Lei nº 10.216/2001.

Aos operadores do direito, quando da necessidade de intervenção para a garantia de internação, sugere-se que observe atentamente a existência dos requisitos acima listados, observando que a inexistência ou insuficiência de recursos para a realização de outras abordagens terapêuticas no âmbito territorial não deve ser utilizada como justificativa para a solicitação de internação, uma vez que fere o direito do paciente de ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, também disposto na Lei nº 10.216/2001.

A resposta a essa demanda por meio da determinação de internação compulsória pode gerar nos envolvidos a sensação de que o problema foi resolvido, o que não passa de uma ilusão provisória. Estudos como o do psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira, professor da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e diretor do Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (Proad), mostram que a internação de um dependente químico contra sua vontade é eficaz em apenas cerca de 2% dos casos, o que significa que para os 98% restantes é gerado um ciclo de reinternações e de mais sofrimento para os indivíduos, tanto para os pacientes internados quanto para suas famílias.

Alimenta-se assim um ciclo vicioso que tende a não encontrar um fim a não ser que todos os atores se sintam convocados a buscar alternativas mais eficazes de cuidado: o usuário não recebe o acompanhamento adequado que previna o agravamento de seu quadro – determina-se a internação compulsória – após a alta, o usuário não encontra apoio terapêutico no local de sua residência – o usuário volta a apresentar piora em seu quadro de saúde – e família volta a buscar auxílio no sistema de garantia de direitos.

Já atento a essa problemática, o Conselho Nacional de Justiça, na I Jornada de Direito da Saúde do em 15 de maio de 2014 (São Paulo, SP), fez constar entre os Enunciados de Saúde Pública o seguinte:

> ENUNCIADO N.º 1
>
> Nas demandas em tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos e/ou com problemas de álcool, crack e outras drogas, quando deferida a obrigação de fazer contra o poder público para garantia de cuidado integral em saúde mental (de acordo com o laudo médico e/ou projeto terapêutico elaborado por profissionais de saúde mental do SUS), não é recomendável a determinação a priori de internação psiquiátrica, tendo em vista inclusive o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos.
>
> ENUNCIADO N.º 3
>
> Recomenda-se ao autor da ação, a busca preliminar sobre disponibilidade do atendimento, evitando-se a judicialização desnecessária.

A sugestão de que os operadores do direito também observem se houve solicitação prévia da internação, pela via administrativa, não visa ocasionar morosidade do processo, mas garantir que os casos possam passar por uma avaliação e discussão técnica antes de se proceder a uma medida extrema como a internação. Por exemplo: diante de uma solicitação de internação, o médico regulador pode questionar algum procedimento ou solicitar mais informações à unidade solicitante, possibilitando que melhor avalie o caso e o recurso a ser disponibilizado.

Faz-se relevante ainda lembrar que o Tribunal de Justiça do Espírito Santo publicou o Ato Normativo nº 57/2013 que dispõe que a liberação do paciente internado fica condicionada ao critério médico de alta hospitalar e não condicionada a ulterior deliberação do Juízo que proferiu a decisão.

É importante que fique claro que todas essas medidas não visam dificultar ou restringir o acesso do usuário ao sistema de saúde, mas, pelo contrário, visam evitar práticas de internação sem critérios clínicos definidos numa avaliação cuidadosa e assegurar o direito dos usuários ao tratamento, preferencialmente no âmbito territorial. Não constituem, portanto, mero formalismo, nem intentam burocratizar práticas de cuidado em saúde, mas buscam garantir a observância dos direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental e consistem numa ferramenta que visa favorecer a continuidade e integralidade do cuidado antes, durante a internação e pós-alta.

2.2 Sobre o funcionamento dos leitos de saúde mental e especializados em Psiquiatria

Os leitos de saúde mental devem seguir as legislações ministeriais e estaduais relativas à Saúde Mental, no que diz respeito à acesso, assistência, equipe, dentre outros, respeitando sempre a singularidade dos sujeitos e seus direitos, de modo a ofertar o melhor serviço consentâneo às demanda dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Importante que os serviços do território acompanhem os usuários também durante as internações, e que os estabelecimentos que realizam as internações fomentem contatos telefônicos e visitas dos familiares e dos profissionais dos serviços do território.

3. CONCLUSÃO

As internações em saúde mental são medidas excepcionais do cuidado ofertado aos usuários do SUS e devem ocorrer por curto período, sempre previstas nos Projetos Terapêuticos Singulares, em alinhamento entre a unidade solicitante, que deve acompanhar a internação, e a unidade de internação que, por sua vez, deve fomentar esta articulação com o território.

No Estado do Espírito Santo, o Núcleo Especial de Regulação de Internação da Secretaria de Estado da Saúde é o responsável pela regulação do acesso, que ocorre com base no Protocolo Clínico de Saúde Mental. Os leitos ofertados seguem a ordem de rede própria, filantrópica e privada.

Faz-se necessário que os municípios se responsabilizem pelo transporte sanitário aos leitos, e também na efetivação da alta, para retorno do munícipe ao território de origem.

4. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Presidência da República. Casa civil. **Lei Federal nº 10.216/2001**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm;
2. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. **Lei Federal nº11.343/2006.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm;
3. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. **Lei Federal nº 13.840/2019**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm;
4. BRASIL. Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3/2017**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html;
5. BRASIL. Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588/ 2017.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html;
6. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Portaria nº 090-R/2014**. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=275778;
7. Enunciados 1 e 3 de Saúde Pública aprovados na **I Jornada de Direito da Saúde** no Conselho Nacional de Justiça em 15 de maio de 2014 (São Paulo, SP) e Enunciados 48 e 51

da **II Jornada de Direito da Saúde** no Conselho Nacional de Justiça em 18 e 19 de maio de 2015 (São Paulo, SP);

8. Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. **Ato Normativo TJ-ES nº 57/2013** - Dispõe sobre as decisões judiciais de internação hospitalar, e coloca que a liberação do paciente fica condicionada ao critério médico de alta hospitalar e não condicionada a ulterior deliberação do Juízo que proferiu a decisão;
9. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**, 2018;
10. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental**, 2018;
11. **Resolução CIT nº 13/17 CIT**.

Vitória – ES, 09 de maio de 2022.

Betsaida Moulin Malheiros

Referência Técnica - Rede de Atenção Psicossocial

ATSM-RAPS/NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

Franciely da Costa Guarnier

Referência Técnica - Rede de Atenção Psicossocial

ATSM-RAPS/NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

Gabriela Bertulozo Ferreira

Referência Técnica - Rede de Atenção Psicossocial

ATSM-RAPS/NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

Jordana Cristina Santos da Silva

Chefe do Núcleo Especial de Atenção Especializada

ATSM-NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

ASSINATURAS (3)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GABRIELA BERTULOZO FERREIRA
PSICOLOGO - QSS
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 09:59:21 -03:00

FRANCIELY DA COSTA GUARNIER
PSICOLOGO - DT
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 16:52:26 -03:00

JORDANA CRISTINA SANTOS DA SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 13:00:21 -03:00

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 15/07/2022 16:52:26 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-MG95FZ

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE
Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde
Gerência de Política e Organização das Redes de Atenção em Saúde

À GEPORAS

NOTA INFORMATIVA Nº007/NEAE/2022

REFERE-SE À RESPOSTA AO ONBASE 4352/ OFÍCIO CDH Nº 208.2022 – COORDENAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, QUE SOLICITA INFORMAÇÕES.

A Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo, em OF. CDH Nº 208.2022/ PROCEDIMENTO Nº PP 000238/2022 solicita informações à respeito da Rede de Atenção Psicossocial, abaixo elencadas e fornecidas:

1.1. A quantidade dos seguintes equipamentos, a especificação das respectivas equipes técnicas existentes, com detalhamento da forma de contratação e da localização:

1.2.

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especificando suas modalidades e eventual quantitativo de leitos;

CAPS			
Região	**Município**	**Modalidade**	**Observação**
Metropolitana	João Neiva	CAPS I	
	Aracruz	CAPS II	
	Cariacica	CAPS II CIDADE	Gestão Estadual
		CAPS II MOXUARA	Gestão Estadual
		CAPSi	
	Fundão	CAPS I	
	Guarapari	CAPS II	
		CAPS AD	
	Santa Maria de Jetibá	CAPS I	
	Santa Teresa	CAPS I	
	Serra	CAPS II	
		CAPS AD	
		CAPSi	
	Vila Velha	CAPSi	
		CAPS II	
		CAPS AD	
	Vitória	CAPS II	

2022-LRH6LG - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL 15/07/2022 16:51 PÁGINA 2 / 26

CAPS			
Região	**Município**	**Modalidade**	**Observação**
		CAPS III	06 leitos
		CAPS AD III	08 leitos
		CAPSi	
Norte	Ecoporanga	CAPS I	
	Jaguaré	CAPS I	
	Pedro Canário	CAPS I	
	Nova Venécia	CAPS I	
	São Mateus	CAPS I	
		CAPS AD	
Central	Baixo Guandu	CAPS I	
	Colatina	CAPS II	
		CAPS AD II	
	Linhares	CAPS II	
Sul	Alegre	CAPS I	
	Anchieta	CAPS I	
	Cachoeiro de Itapemirim	CAPS II	Gestão Estadual
		CAPS AD	
	Castelo	CAPS I	
	Guaçuí	CAPS I	
	Itapemirim	CAPS I	
	São José do Calçado	CAPS I	
	Muniz Freire	CAPS I	
	Vargem Alta	CAPS I	

- Unidades de Acolhimento (UAs), especificando o número de vagas e eventual fila de espera para acesso ao serviço;

As unidades de acolhimento destinam-se a oferecer cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e

2022-LRH6LG - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL 15/07/2022 16:51 PÁGINA 3 / 26

protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses. (ConsolidaçãoNº3/2017).

Tem por objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos parapessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

As UA's têm de estar vinculadas a um CAPS de referência, de preferência CAPS ad II- álcool e outras drogas que será o regulador dos casos para acolhimento por esse pontode atenção, e que em conjunto serão responsáveis pela elaboração do PTS -Projeto Terapêutico Singular do usuário. Ressalte-se que o tempo de permanência de cada usuário deverão estar previstos no Projeto Terapêutico Singular, tendo como parâmetro o limite de seis meses.

Conforme Portaria de Consolidação Nº03/2017- Anexo V, competirá ao CAPS de referência elaborar o projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

As equipes das UA's em conjunto com o CAPS de referência deverão articular intersetorialmente a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social.

A Portaria de Consolidação Nº03/2017 para efeitos de organização do cuidado pela Unidade de Acolhimento, orienta, que:

> Art. 41. O Plano de Ação Regional deverá indicar a linha de cuidado (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência) de referência para a Unidade de Acolhimento, garantindo-se apoio qualificado aos usuários. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 4º).

As unidades de acolhimento funcionarão em duas modalidades , a saber:

I - Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito)anos, de ambos os sexos e disponibilizará de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas e será referência para municípios ou regiões com população igual ou superior a 200.000/habitantes.

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - destinada às crianças e aos

2022-LRH6LG - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL 15/07/2022 16:51 PÁGINA 4 / 26

adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos e disponibilizará 10 (dez) vagas e será referência para municípios ou regiões com população igual ou superior a 1000.000/habitantes.

Conforme descrito na Portaria de Consolidação Nº 03/2017, Anexo V, Art. Nº 43,

> A Unidade de Acolhimento poderá ser constituída por Estados, por Municípios e pelo Distrito Federal, como unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, atendidas as exigências estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 6º)
>
> Art. 50. O gestor responsável pela implantação da Unidade de Acolhimento será o responsável pelo acompanhamento, controle, avaliação, fiscalização e auditoria, devendo-se verificar periodicamente o cumprimento dos requisitos e orientações contidos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 17).

Insta mencionar que a RAPS Estadual não conta com esse importante ponto de atenção em nenhum município. Tendo sido **proposto na Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) – 2022** nas modalidades adulto e infantojuvenil para atendimento microrregionalizado, mas não houve pactuação do referido serviço pelos municípios dasregiões Central/Norte, Metropolitana e Sul.

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), especificando suas modalidades e quantitativo de vagas em casa tipo de SRT, além de eventual fila de espera para acesso ao serviço;

O Estado do Espírito Santo conta atualmente com 19 (dezenove) Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo apenas um de gestão municipal, localizado em Vitória; os demais SRTs estão sob gestão estadual, concentrados na região da Grande Vitória, sendo:

- - 10 SRTs em Cariacica (09 tipo I e 01 tipo II);
- - 03 SRTs tipo I em Serra;
- - 03 SRTs tipo I em Vila Velha;

- - 02 SRTs tipo I em Vitória.

Importante frisar que tais equipamentos deveriam estar sob gestão municipal, de modo a se considerar a lógica do cuidado no território.

Importante ressaltar que a Portaria Estadual 062-R/2014, institui a Comissão de Avaliação e Acompanhamento Técnico dos Serviços Residenciais Terapêuticos implantados eimplementados no Estado do Espírito Santo, e a Portaria Estadual 069-R/2014 define os critérios de inserção de moradores nos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs, a saber: possuir transtorno mental grave e ter permanecido internado, pelo menos por dois anosconsecutivos e ininterruptos, em hospitais psiquiátricos; ter esgotado todas as tentativas de inserção familiar ou em outro dispositivo de moradia, bem como todas as possibilidades de cuidado e atenção intersetorial na gestão do caso; ter sido identificado pelo Centro de Atenção Psicossocial - CAPS ou pelo Programa de Saúde Mental do município como adulto, portador de transtorno mental em estado de vulnerabilidade; não possuir suporte social e laços familiares que viabilizem sua inclusão social, nem qualquer outro vínculo que permita a moradia; ser preferencialmente morador do município onde está localizado os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT´s; não possuir autonomia para gerir a própria vida, requerendo os cuidados oferecidos pelos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT´s.

A Comissão deve analisar os casos de acordo com os critérios estabelecidos na Portaria ES 069-R/2014 e requisitar ao demandante que apresente o caso em reunião ordinária ou extraordinária, e emitir parecer aprovando ou recusando a inclusão de novos moradores, com base na decisão justificada da maioria dos membros votantes. Conforme descrito no Art. 3º: As demandas para a inclusão nos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT´s serão encaminhadas pelas Áreas Técnicas dos municípios e avaliadas pela Comissão de Avaliação eAcompanhamento Técnico dos Serviços Residenciais Terapêuticos, criada pela Portaria nº 062-R, de 03 de junho de 2014, que observará o cumprimento de todos os critérios acima descritos, emitindo parecer técnico conclusivo.

Deste modo, para pleitear vaga em SRT, os municípios, por meio do(s) equipamento(s) de saúde responsável(is) pelo acompanhamento ao caso, devem enviar à Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas pelos emails smental@saude.es.gov.br ou saudemental.es@gmail.com relatório circunstanciado (individual) com todas as informações relevantes a serem conhecidas pela Comissão, além de o laudo médico atualizado e circunstanciado, devendo conter o CID 10 e grau de independência/dependência funcional do usuário, a fim de traçar o perfil para o SRT Tipo I ouTipo II, indicando a situação de saúde atual do usuário e comorbidades, e demais informaçõesque o médico assistente julgar relevantes.

Atualmente há 10 (dez) casos aguardando apresentação há Comissão.

- Equipes de Consultório na Rua (vinculadas à Atenção Básica);

Conforme Portaria Ministerial Nº1255, de 18 de junho de 2021, considera-se elegíveis para implantação de Equipe de Consultório na Rua: Aracruz, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, Guarapari, Linhares, São Mateus, Serra, Vila Velha e Vitória.

Atualmente o Estado conta com 10 equipes de Consultório na Rua, a saber: Serra-01, Vitória-04, Cariacica-01, Vila Velha-01, Aracruz-01, São Mateus-01; Cachoeiro de Itapemirim -01.

Importante explanar que as equipes de Aracruz, Cariacica, Vila Velha e Cachoeiro de Itapemirim foram implementadas pelo Edital ICEPi/SESA Mº046/2021 – Provimento de Consultório na Rua pelo programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica-APS), do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi).

Guarapari, Colatina e Linhares possuem parâmetro para implementação de equipes, mas não aderiram ao edital supracitado.

- Equipes de Consultório de Rua (vinculadas à área de Saúde Mental);

Atualmente, a maioria das equipes voltadas para o atendimento da população em situação de rua está vinculada ao Departamento da Atenção Básica, no Ministério da Saúde (não mais à coordenação de saúde mental), sob a denominação de Consultório na Rua, ao que insta discorrer que este ponto de atenção não mais existe no Estado do Espírito Santo, visto não haver custeio federal para o mesmo.

- Equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) que atendem pessoas em sofrimento mental e em uso prejudicial de álcool e Outras Drogas;

A Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro 2017 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Tra em seu Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

2022-LRH6LG - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL 15/07/2022 16:51 PÁGINA 6 / 26

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

A integralidade da atenção, que supõe a integração entre ações preventivas, curativas e de promoção de saúde para indivíduos e coletividade, foi se consolidando como ideia força desde os primeiros delineamentos da Reforma Sanitária nos anos 1970 e 1980. A reorganização do modelo de atenção à saúde sustentada no princípio da integralidade e na determinação social do processo saúde-doença em bases territoriais só se torna possível com uma atenção primária à saúde (APS) abrangente, forte e resolutiva, coordenadora do cuidado e centro de comunicação da rede de atenção à saúde.

O modelo da Estratégia Saúde da Família, com sua característica de estar próximo de onde as pessoas vivem, em seus contextos familiares e comunitários, configura-se como lócus privilegiado para a promoção da participação social contextualizada, que leva em conta os determinantes de saúde norteadores da atuação de indivíduos e comunidades. O destaque é para a ação específica de equipes de ESF em conjunto com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que articulam diversos saberes e práticas em ações nos territórios, espaço em que agentes de saúde, entes sociais e famílias se encontram, interagem e onde acontece a ação social concreta para o enfrentamento do processo saúde-doença.

O Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) da Gerência de Políticas e Organizações de Redes de Atenção à Saúde (GEPORAS) da Secretaria de Estado da Saúde fez o levantamento de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Atenção Primária (EAP), e Equipe de Saúde Bucal (ESB) do Estado do Espírito Santo, conforme tabela abaixo:

	dez/18	**dez/19**	**dez/20**	**dez/21**
ESF	705	784	809	908
EAP	191	183	243	153
TOTAL ESF + EAP	896	967	1055	1061
ESB	428	489	564	582

Fonte: SISAB/ e-Gestor

Atualmente o Estado conta com os seguintes serviços e equipamentos na Atenção Primária à Saúde, conforme levantado pelo Núcleo Especial de Atenção Primária- NEAPRI/ SESA:

- Cobertura de Estratégia de Saúde da Família - ESF: **74,42**%; Cobertura da APS: **84,92**%;

- **916** equipes de ESF, compostas por médicos, enfermeiros

2022-LRH6LG - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL 15/07/2022 16:51 PÁGINA 8 / 26

cirurgiões- dentistas e Agente Comunitário de Saúde;

- **27** equipes de NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família, sendo 23 compostas por psicólogo(a), e destas duas contam com médico psiquiatra.
- **804** Centros de Saúde/Unidades Básicas;
- **34** Postos de Saúde e **13** Centros de Apoio à Saúde da Família;
- **951** Unidades de Saúde registradas no CNES, distribuídas nas trêsregiões.

- Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com Protocolo de atendimento em saúde mental; Solicitado à Rede de Urgência e Emergência – RUE/SESA.

- Ambulatórios de Saúde Mental;

As equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental são parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do componente “Atenção Psicossocial” e constituem estratégia para atenção integral a pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas.

A assistência nessas equipes deve ser organizada a partir da Atenção Básica, que fará a estratificação de risco para determinar os casos a serem referenciados. Lembra-se que a Atenção Básica caracteriza-se como a porta de entrada preferencial do SUS, desenvolvendo ações que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

As EMAESMs em municípios que possuem CAPS deverão atender casos moderados, visto que os CAPS devem atender e acompanhar casos graves e complexos; na ausência do CAPS, as EMAESMs serão responsáveis pelo atendimento e acompanhamento dos casos moderados e severos. Insta frisar a referência a transtornos mentais e comportamentais, incluindo os decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas.

Recomenda-se que, além de prestar atendimento a indivíduos e famílias, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada realizem sistematicamente o apoio matricial, em conjunto com os serviços de CAPS (onde houver) às equipes da Atenção Básica, auxiliando, inclusive, no desenho do diagnóstico situacional dos territórios, estratificação do risco em saúde mental, elaboração de projetos terapêuticos singulares, diagnóstico dos casos, realização de intervenções e acompanhamento compartilhado.

Para fins de financiamento pelo Ministério da Saúde, faz-se necessário vinculaçãoa serviço ambulatorial na atenção especializada.

Insta informar que alguns municípios possuem profissionais que realizam atendimento em saúde mental, não estando organizados em EMAEMs.

Abaixo segue planilha com EMAESMs existentes (habilitadas e não habilitadas).

REGIÃO CENTRAL/NORTE							
EXISTENTE/HABILITADAS							
Equip.	**Qtd.**	**Município**	**Estabelecimento**	**Tipo**	**CNES**	**Data ativação**	**Habilitação**
EMAESM	1	Conceição da Barra	Policlínica Nossa Senhora da Conceição	**3**	2483920	01/06/2020	Não habilitado
EMAESM	1	Barra de São Francisco	Unidade de Saúde Mental	2	9916148	31/01/2020	Não habilitado
EMAESM	1	Governador Lindemberg	Ambulatório de Saúde Mental	2	922692	20/10/2021	Não habilitado
EMAESM	1	Linhares	Unidade Sanitária US3	**1**	2403668	18/10/2021	Não habilitado
EMAESM	1		Unidade Sanitária US3	**3**	2403668	18/10/2021	Não habilitado
EMAESM	1	Mantenópolis	Centro de Saúde Euclides Pereira dos Santos	**1**	2484560	Não registrado	Não habilitado
EMAESM	1	Marilândia	Centro de Especialidades	1	9288554	31/07/2019	Habilitado
EMAESM	1	Pancas	Hospital Municipal	2	2448653	06/12/2019	Habilitado
EMAESM	1	São Domingos do Norte	CS Eugênio Malacarne	1	2445638		Não habilitado
EMAESM	1	São Gabriel da Palha	Ambulatório de Saúde Mental	1	9833277	04/07/2019	Não habilitado
EMAESM	1	São Mateus	Equipe de Referência em Saúde Mental	3	2484226	23/06/2020	Não habilitado
EMAESM	1	Sooretama	NAPS IDALECIO SOSSAI SOORETAMA	3	2499517	01/10/2019	Habilitado
Total habilitadas	12						

REGIÃO METROPOLITANA							
EXISTENTE/HABILITADAS							
Equip.	**Qtd.**	**Município**	**Estabelecimento**	**Tipo**	**CNES**	**Data ativação**	**Habilitação**
EMAESM	1	Domingos Martins	Unidade de Referência de Saúde Mental de Domingos Martins	1	7404867	05/01/2014	Não Habilitado
EMAESM	1	Ibatiba	Policlínica Municipal Prefeito Soniter Miranda Saraiva	1	2448262		Não Habilitado
EMAESM	1	Itarana	ESF/SEDE - Centro de Saúde /Unidade Básica	1	2483718	01/04/2019	Não Habilitado
EMAESM	1	Venda Nova do Imigrante	Policlínica de Venda Nova do Imigrante	1	9288554	22/10/2020	Habilitado
Total habilitadas	4						

REGIÃO SUL							
EXISTENTE/HABILITADAS							
Equip.	**Qtd.**	**Município**	**Estabelecimento**	**Tipo**	**CNES**	**Data ativação**	**Habilitação**
EMAESM	1	Alfredo Chaves	Unidade Sanitária 3	3	2403234	21/02/2019	Habilitado
EMAESM	1	Atílio Vivacqua	Ambulatório Municipal Walter Machado	2	6791697	12/07/2021	Não habilitado
EMAESM	1	Dores do Rio Preto	Policlínica Municipal José Sérgio Menezes de Araújo	1	2446448	18/09/2019	Não habilitado
EMAESM	1	Iconha	Centro de Atenção em SM	1	9365532	19/03/2019	Habilitado

REGIÃO SUL							
EXISTENTE/HABILITADAS							
EMAESM	1	Iúna	Centro Municipal de Saúde de Iúna	1	2628082	25/08/2021	Não habilitado
EMAESM	1	Muniz Freire	Santa Casa de Misericórdia	1	2547090	?	Habilitado
EMAESM	1	Presidente Kennedy	Centro Municipal de Especialidades de Presidente Kennedy	1	9920706	19/04/2021	Habilitado
Total habilitadas	11						

- Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral;

A atual Política Nacional de Saúde Mental destaca a importância e necessidade deimplantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, de modo à se efetivar o cuidado emrede sem segregação e com a garantia da integralidade do cuidado.

Via de regra esta é uma responsabilidade do ente estatal, podendo ser geridos peloente municipal.

Insta inferir que os pontos de atenção previstos na Portaria de ConsolidaçãoNº03/2017, Anexo V, Art.5º que diz respeito à atenção hospitalar são os que se seguem:

a) **Leitos de psiquiatria em hospital geral**; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V, a).

b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (**Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral**). (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V, b).

A Portaria de Consolidação Nº03/2017 define o parâmetro populacional paraimplantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, conforme citação:

> Art. 59. A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º)
>
> I - **1 (um) leito** de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas **para cada 23 mil habitantes**, tendo como base o Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, I).

Frente ao exposto e com base na população estimada para o Estado que consta na Resolução CIB Nº 153/2020, que trata da revisão do PDR-ES/– o Estado do Espírito possui parâmetro populacional para **177** (cento e setenta e sete) leitos em Hospitais Gerais e tem pactuado e em funcionamento **52 leitos**, havendo um **déficit de 125 leitos** que vem sendo supridos pela Rede Complementar credenciada à SESA, via Edital de Credenciamento Nº006/2018, enquanto a implantação de novos leitos não se efetiva.

Leitos em Hospitais Gerais

Leitos de SM em HG - Adulto			
Região	**Hospital**	**Município**	**Nº de Leitos**
Central/ Norte	São Marcos	Nova Venécia	8
Central /Norte	Santa Casa de Colatina	Colatina	10
Metropolitana	Padre Máximo	Venda Nova do Imigrante	4
Sul	Apóstolo Pedro	Mimoso do Sul	10
Total			**32**

Leitos de SM em HG – Infantojuvenil - ij			
Região	**Hospital**	**Município**	**Nº de Leitos**
Central /Norte	Santa Casa de Colatina	Colatina	10
Metropolitana	HIMABA	Vila Velha	10
Total	**-**	**-**	**20**

- Leitos em Hospitais Psiquiátricos (HP);

O Estado do Espírito Santo conta com **85** (oitenta e cinco) leitos psiquiátricos, sendo **50** (cinquenta) na Região Metropolitana (Hospital Estadual de Atenção Clínica – HEAC, em Cariacica) e **35** (trinta e cinco) na Região Sul (Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides AlexandreCampos – CAPAAC, em Cachoeiro de Itapemirim).

Leitos em Serviço Hospitalar de Referência

Leitos em Serviço Hospitalar de Referência- Somente Adultos			
Região	**Hospital**	**Município**	**Nº de Leitos**
Metropolitana	HEAC	Cariacica	50
Sul	CAPAAC	Cachoeiro de Itapemirim	35
Total	**-**	**-**	**85**

- Vagas em Comunidades Terapêuticas (CT);

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: consiste em serviço residencial de caráter transitório destinado a população adulta com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas.

Insta mencionar que tais serviços são de caráter residencial transitório, não constituindo, portanto, em espaço para tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso problemático de drogas, conforme postula a Lei 13.840/2019, em seu Art 23-A-

> § 9º -É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nascomunidades terapêuticas acolhedoras.

No Estado do Espírito Santo tais serviços estão vinculados ao Programa Estadual de Ações Integradas Sobre Drogas (PESD), coordenado pela Subsecretaria de Estado de Políticas Sobre Drogas (SESD), vinculada à Secretaria de Estado de Governo (SEG).

- Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) com apoio em saúde mental; Núcleo de Apoio à Saúde da Família

As diretrizes e princípios normativos da APS que conformaram a Estratégia Saúde da Família são consoantes aos elementos constitutivos do modelo de atenção da vigilância à saúde: problemas de saúde de indivíduos e famílias que vivem em territórios delimitados, definidos na interação entre profissionais de saúde e representantes engajados da comunidade, cujo enfrentamento fundamenta-se na integralidade da atenção dos serviços de saúde e em políticas intersetoriais. Nesse modelo, a organização do trabalho de equipes multiprofissionais de saúde, compostas por equipes básicas, equipe de saúde bucal e NASF, em diferentes ambientes da comunidade, considera três dimensões que configuram os problemas de saúde: danos, riscos e necessidades sociais de saúde, objetos do planejamento participativo das ações de atenção, prevenção e promoção da saúde nos territórios. As edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 e de 2011 reafirmaram a eleição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de organização da APS no Brasil. Em quase duas décadas, avançou no sentido de propostas e práticas de atenção primária à saúde integral, abrangente e resolutiva. Apresentou várias inovações organizacionais tais como abordagem territorial e orientação comunitária, trabalho em equipes multiprofissionais e articulação de ações de promoção, prevenção e cuidado desenvolvidas pelas equipes de saúde e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tais inovações viabilizaram o planejamento e desenvolvimento de ações direcionadas a problemas específicos e ao estabelecimento de ações setoriais e intersetoriais para o controle de riscos, danos e a redução das iniquidades sociais e em saúde. No contexto das equipes multiprofissionais, constitutivas da Atenção Primária e da Estratégia de Saúde da Família em seu propósito de atenção integral à saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados por meio da Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Naquele momento, o objetivo do Ministério da Saúde foi o de apoiar a consolidação da APS no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Na contramão da consolidação da equipe multiprofissional, o NASF sofre um importante impacto por meio da Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, novo modelo de financiamento de custeio da APS. No que se refere especificamente ao NASF, a mudança no financiamento da APS acabou com a garantia de recursos federais para seu custeio, levando muitos municípios a encerrarem suas equipes. Porém, houve muitos municípios que mantiveram as equipes e suas atividades de apoio à APS. Nesse contexto e na esteira das mudanças propostas pelo Previne Brasil, a Nota Técnica no. 03/2020 – DESF/SAPS/MS praticamente anuncia o desmonte do NASF como conformado

> inicialmente, deslocando-se de seus propósitos iniciais. Por essa Nota Técnica, alguns contornos são evidenciados:
>
> a) a partir de janeiro de 2020, não foram mais credenciadas novas equipes de NASF-AB;
>
> b) a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB, dando autonomia aos gestores municipais para compor equipes, definição de profissionais, carga horária e arranjos de equipes. Os gestores municipais poderão manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipes NASF-AB ou cadastrar os profissionais na APS, sem vinculação a nenhuma equipe;
>
> c) a conformação das equipes multiprofissionais não fica claramente definida, apenas sugere-se a existência de um indicador relacionado à atuação de equipes multiprofissionais na APS para pagamento por desempenho, alinhado com o Previne Brasil;
>
> d) quanto ao custeio das equipes multiprofissionais, também fica aberto ao gestor municipal o formato mais apropriado às necessidades locais, mas sem especificações técnicas de como a iniciativa irá se concretizar na prática dos municípios.
>
> Consolida-se, dessa forma, a desobrigação do NASF na APS. Ao permitir que as equipes de Estratégia de Saúde da Família e de Atenção Básica funcionem sem o apoio dos profissionais do NASF, é muito provável que haja uma redução na eficácia de estratégias de cuidado integral por meio do apoio matricial, de estratégias de educação permanente e educação popular em saúde e de ações clínico-assistenciais.

Como registrado anteriormente, a equipe do NEAPRI informou que o Espírito Santo conta com 27 equipes de NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família, sendo 23 compostas por psicólogo(a), e destas duas contam com médico psiquiatra.

- Centro de Convivência em Saúde Mental;
Tais equipamentos são denominados Centro de Convivência e Cultura.

Os Centros de convivência e cultura são dispositivos intersetoriais que articulam políticas públicas de inclusão social, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS (Portaria de Consolidação Nº 03/2017[5]; Portaria de Consolidação Nº 06/2017[11]), previstos na Política Nacional de Saúde Mental, cujo objetivo é ofertar às pessoas, incluindo aquelas em sofrimento ou transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em diferentes espaços da cidade. São espaços de convivência, a partir da produção criativa e livre, com diferentes tipos de linguagens como a arte, a cultura, o esporte e o lazer, bem como iniciativas voltadas à geração de trabalho e renda e economia solidária.

Ressalte-se que os Centros de Convivência e Cultura estão previstos na RAPS, no componente da Atenção Básica e tem a função de promover saúde, prevenir agravos à saúde, bem como ser um espaço de reabilitação psicossocial, além de possibilitar a inclusão pelo trabalho e economia solidária.

O Estado do Espírito Santo não conta com tal equipamento, e apesar da previsão na Política Nacional, não há financiamento federal previsto para a implantação desse equipamento.

- Projetos de Inclusão Produtiva em Saúde Mental, a exemplo de associações de geração de renda;

O Componente de Reabilitação Psicossocial diz respeito ao trabalho de criação de condições e oportunidades para que a pessoa com transtorno mental exerça sua cidadania e participe dos processos de trocas sociais. O conceito de reabilitação psicossocial trata de um processo de restituição da contratualidade do usuário, que trata das relações social que as pessoas com transtorno mental estabelecem em seu meio, tanto familiar, como social, inclusive nos serviços de saúde por onde circula.

Todos os pontos de atenção da RAPS podem e devem desenvolver ações de reabilitação psicossocial.

1.3. Há planejamento para expansão e instalação de novos equipamentos, segundo normativas existentes no âmbito desta Secretaria de Saúde?

A Secretaria de Estado da Saúde elaborou o planejamento da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) – 2022, e em **02/02/2022** foi realizada a Oficina de Alinhamento Conceitual da RAPS com todos os municípios das 03 regiões de saúde e, na sequência foram realizadas oficinas por região de saúde com vistas a apresentação dos Pontos de Atenção existentes na RAPS, bem como os parâmetros e a necessidade de ampliação de serviços com vistas a maior oferta de cuidado em saúde mental de base territorial e comunitária.

- **CAPS**

Levantou-se que a RAPS Estadual tem parâmetro para **105 CAPS**, ou seja, há um déficit de **65 CAPS**, conforme discriminado na tabela abaixo:

Modalidade do CAPS	**Região de Saúde**			**Total**
	Central-Norte	**Metropolitana**	**Sul**	
CAPS I	9	5	5	19
CAPS II	1	6	1	8
CAPS III	1	5	1	7
CAPS AD II	2	10	1	13
CAPS AD III	1	5	1	7

Modalidade do CAPS	**Região de Saúde**			**Total**
	Central-Norte	**Metropolitana**	**Sul**	
CAPS i	3	7	1	11
Total	18	37	10	**65**

Insta explanar que para fins de planejamento e levantamento de necessidades foram utilizados os Parâmetros Populacionais inscritos na Portaria de Consolidação Nº 03/2017 GM/MS.

- **EMAESMs**

Parâmetro	**Quantidade de EMAESMs tipo I cofinanciadas**
Até 15 mil habitantes	Até duas EMAESM's
15 a 100 mil habitantes	Até três EMAESM's
100 mil habitantes ou mais	1 EMAESM a cada 100 mil habitantes

Por tratar-se de um ponto de atenção relativamente novo e, em função de sua vinculação à atenção especializada, há poucas EMAESMs no Estado. A Secretaria de Estado da Saúde realizou o planejamento da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) - 2022, e de acordo com parâmetro populacional do quadro acima, a RAPS Estadualtem parâmetro para 205 EMAESMs e conta com 27, das quais 8 estão habilitadas pelo MS.

- **LEITOS**

A Área Técnica Estadual da RAPS tem envidado esforços para a ampliação de leitos de saúde mental na Rede Própria e filantrópica, com propostas em tramitação interna na SESA, conforme propostas abaixo:

Central Norte		
Município	**Descrição Localização do Serviço**	**Quantidade/ Público**
Linhares	Leitos de SM- Hospital Geral de Linhares	8 leitos/ Adulto
Baixo Guandu	Leitos de SM- Novo Hospital	8 leitos/ Adulto
Barra de São Francisco	Leitos de SM- Hospital Alceu Melgaço	8 leitos/ Adulto
São Gabriel da Palha	Leitos de SM- Hospital Santa Rita	8 leitos/ Adulto
Nova Venécia	Leitos de SM- Hospital São Marcos	**AMPLIAR +8 LEITOS**

Central Norte		
Município	**Descrição Localização do Serviço**	**Quantidade/ Público**
Ecoporanga	Leitos de SM- Hospital de Ecoporanga	8 leitos/ Adulto
São Mateus	LEITOS DE SM - Hospital Roberto Arzinaut Silvares	8 leitos/ Adulto

Metropolitana		
Município	**Descrição Localização do Servço**	**Quantidade/ Público**
Aracruz	Leitos de SM- Hospital Maternidade São Camilo	10 leitos/ Adulto
Afonso Cláudio	Leitos de SM- Hospital São Vicente de Paulo	10leitos/ Adulto
Cariciacica	Hospital Geral de Cariacica Em construção	10leitos/ Adulto
Domingos Martins	Leitos de SM- Hospital Phaasdoma	10 leitos/ Adulto
João Neiva	Leitos- Hospital Sagrado Coração de Maria	10leitos/ Adulto
Santa Teresa	Leitos de SM - Hospital Madre Regina Prottmann	10 leitos/ Adulto
Santa Maria de Jetibá	Leitos SM- Hospital Concórdia	10 leitos/ Adulto
Vila Velha	Ampliação leitos no HIMABA	15 leitos/ Infantojuvenil

Sul		
Município	**Descrição Localização do Servço**	**Quantidade/ Público**
Anchieta	Leitos de SM- Hospital Municipal e Maternidade Padre Humberto (MEPES)	10 leitos/ Adulto
Cachoeiro de Itapemirim	Leitos de SM- HIFA	10leitos/ Infantojuvenil
Castelo	Leitos de SM- Hospital Municipal de Castelo	8 leitos/ Adulto
Guaçuí	Leitos de SM- Hospital Santa Casa de Guaçuí	8 leitos/ Adulto
Itapemirim	Leitos de SM- Hospital Menino Jesus	8 leitos/ Adulto
Iúna	Leitos de SM- Santa Casa	8 leitos/Adulto
Mimoso do Sul	Leitos de SM- Apóstlo Pedro	**AMPLIAR+10 LEITOS**
São José do Calçado	Leitos de SM- Hospital Estadual São José do Calçado	8 leitos/ Adulto

➢ UNIDADES DE ACOLHIMENTO

Insta mencionar que a RAPS Estadual não conta com esse importante ponto de atenção em nenhum município. Tendo sido **proposto na Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) – 2022** nas modalidades adulto e infantojuvenil para atendimento microrregionalizado, mas não houve pactuação do referido serviço.

➢ SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO – SRT

A Secretaria tem atuado no sentido de descentralizar político-administrativamente os Serviços Residenciais Terapêuticos, que deveriam estar distribuídos por todo o Estado, sob gestão dos municípios, uma vez que considera-se o cuidado integral realizado em âmbito territorial, longitudinalmente e em articulação intra e intersetorial.

Cachoeiro pactuou a implantação de umSRT tipo I, com disponibilidade do terreno da SESA.

✓ **Critérios**

- Proposta para municipalização com cofinanciamento Estadual.
- Descentralização/Regionalização
- Municípios com população com população mínima de 30 mil/habitantes e que tenham CAPS.

Proposta para Região de Saúde Central/Norte

Município	Quantidade
Colatina	2
Linhares	1
São Mateus	2

1.4. Há Plano de Ação Estadual para expansão da RAPS? Como está o seu cumprimento? Há verbas já liberadas (quando/quais/valores) pelo Ministério da Saúde e recebidas pelo Estado para a execução de serviços e/ou equipamentos da RAPS não executados (data do recebimento, valores, destinação e justificativa da não execução)?

Em 2012, pela resolução CIB nº 267/2012 houve adesão do Estado do Espírito Santo à RAPS. A Área Técnica Estadual da Rede de Atenção Psicossocial vem trabalhando no intuito de fortalecimento da rede e ampliação e qualificação dos pontos de atenção, destacando que a internação é medida excepcional, devendo ser a oferta do cuidado quando esgotadas todas as outras alternativas de cuidado no território.

Está vigente o Plano de Ação da RAPS do ES de 2013. A Área Técnica da Rede de Atenção Psicossocial do Espírito Santo, juntamente com as referências regionais da RAPS, está elaborando o Plano de Ação da RAPS do ES 2022-2023, construído a partir da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), realizada em fevereiro deste ano.

O Ministério da Saúde, após aprovação do projeto e habilitação, envia incentivo de implantação e de custeio aos pontos de atenção da RAPS, sendo estes valores abaixo discriminados:

Ponto de Atenção	**Parâmetro populacional**	**Valor de Construção**	**Valor de Implantação**	**Valor de Custeio**
Consultório na Rua - tipo I				R$ 9.500,00
EMAESM I				R$ 12.000,00
EMAEMS II				R$ 21.000,00
EMAESM III				R$ 30.000,00
CAPS I	<15 mil	R$ 800.000,00	R$ 20.000,00	R$ 28.305,00
CAPS II	<70 mil	R$ 800.000,00	R$ 30.000,00	R$ 33.086,25
CAPS III	<150mil	R$ 1.000.000,00	R$ 50.000,00	R$ 84.134,00
CAPS AD II	<70 mil	R$ 800.000,00	R$ 50.000,00	R$ 39.780,00
CAPS AD III	<150mil	R$ 1.000.000,00	R$ 150.000,00 (Novo) e R$ 75.000,00 (Qualificação)	R$ 105.000,00
CAPS ij	<70 mil	R$ 800.000,00	R$ 30.000,00	R$ 32.130,00
Unidade de Acolhimento Adulto		R$ 500.000,00	R$ 70.000,00	R$ 25.000,00
Unidade de Acolhimento Infantojuvenil		R$ 500.000,00	R$ 70.000,00	R$ 30.000,00
SRT tipo I			R$ 20.000,00	R$ 10.000,00
SRT tipo II			R$ 20.000,00	R$ 20.000,00
Leitos de SM em HG: 8 a 10 leitos			R$ 33.000,00	R$ 5.610,11/ leito
Leitos de SM em HG: 11 a 20 leitos			R$ 66.000,00	R$ 5.610,11/ leito
Leitos de SM em HG: 21 a 30 leitos			R$ 99.000,00	R$ 5.610,11/ leito

Componente reabilitação psicossocial (parcela única)	10 a 50 usuários	R$ 15.000,00
	51 a 150	R$ 30.000,00
	acima de 150	R$ 50.000,00

1.5. Qual o orçamento e como está a execução orçamentária da política de saúde mental e de álcool e outras drogas, nos últimos 5 (cinco) anos e por modalidade de serviço/ ponto de atenção da RAPS?
Solicitado ao NEPSS via e-mail.
Importante explanar que esta Área Técnica elaborou propostas de cofinanciamento estadual aos pontos de atenção da RAPS, em processo de tramitação.

1.6. Quais os dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em Unidade de Pronto Atendimento e em Hospitais de Referência em relação a demandas em saúde mental, inclusive os referentes à álcool e outras drogas e a população em situação de rua? Solicitado ao NERUE via e-mail.

1.7. Quais são os critérios para a internação em leitos psiquiátricos (em Hospital Geral e, se existente Psiquiátrico – inclusive da rede privada, como "Clínicas Psiquiátricas")? E, no caso de leitos regionais, quais são os critérios para encaminhamento do paciente e como se organiza o fluxo aos municípios?

É de suma importância discorrer que, conforme a Lei Nº 10.216, a internação em saúde mental é medida excepcional e só deve ser acionada após o esgotamento dos recursos extra hospitalares. Define também que as internações em saúde mental somente serão autorizadas mediante laudo médico individual circunstanciado que caracterize seus motivos. É fundamental que esse laudo seja atual e descreva o estado de saúde em que se encontra o sujeito para quem se solicita a vaga de internação, de modo a subsidiar a tomada de decisão do médico regulador.

Além do laudo, é necessário apresentação da avaliação interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, emitida pela equipe de saúde do município de residência do paciente, responsável pelo acompanhamento do caso, sempre descrevendo as medidas terapêuticas já adotadas, para tratamento do caso.

O Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental é um importante documento cuja função é orientar o uso de recursos terapêuticos estratégicos, otimizando as tecnologias utilizadas e qualificando a assistência prestada. É uma ferramenta de apoio à decisão clínica na regulação do acesso aos pontos de atenção da RAPS para os casos agudos.É um processo de gestão do risco clínico que tem por objetivo estabelecer prioridades para o atendimento dos usuários de saúde mental que acessam o sistema de saúde e também definir o recurso assistencial mais adequado a cada caso. Portanto, tem entre seus objetivos a identificação dos casos mais graves, permitindo um atendimento mais rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Além da definição do risco, o Protocolo também atua como apoio para que as equipes dos serviços de saúde avaliem o recurso mais adequado a cada caso, buscando qualificar os encaminhamentos e o seguimento dos pacientes na rede de atenção à saúde. O Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental foi elaborado pela SESA, e aprovado internamente e externamente, estando desta forma validada.

Resta claro que a internação é medida excepcional, e há um fluxo administrativojá definido, à respeito do qual os municípios foram capacitados de modo que cada um possui ao menos uma unidade solicitante de internação em saúde mental.

Quando necessárias, depois de adequada avaliação e classificação do risco, as internações em saúde mental podem ser solicitadas administrativamente ao Núcleo Especialde Regulação de Internação (NERI), uma unidade operacional integrante da estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) responsável por regular o acesso às tecnologias de saúde, visando ofertar o acesso em tempo oportuno, de forma equânime, ordenada e racional, qualificando o fluxo regulatório dos usuários no Sistema de Saúdeconforme a sua prioridade clínica.

As solicitações de internação são recebidas pelo NERI, avaliadas e classificadas conforme a prioridade clínica, pelo médico regulador, que é o profissional com autoridade e competência técnica para discernir o grau de urgência e prioridade de cada caso, seguindo as informações que lhe forem disponibilizadas, visando dar a melhor resposta possível às necessidades dos usuários.

Ressalte-se que na Rede Complementar há 14 (quatorze) Clínicas Credenciadas a SESA com 16 (dezesseis) leitos cada, totalizando **224** (duzentos e vinte e quatro) leitos.

Leitos na Rede Complementar Credenciada – somente adultos, conforme Edital de Credenciamento SESA Nº006/2018.

Quantidade	Instituição	Município	Leitos
1	Instituto Perspectiva de Pesquisa e Recuperação da Dependência Química	Venda Nova do Imigrante	16
2	Centro de Recuperação com Arte para Dependentes Químicos	Serra	16
3	Centro de Reabilitação e Dependência Química Vivência Alvorada	Serra	16
4	Centro de Recuperação da Vida- Filial	Serra	16
5	Refazer Clínica de Recuperação Filial	Anchieta	16
6	Refazer Clínica de Recuperação LTDA/ME	Anchieta	16
7	Clínica Vitalle LTDA	Guarapari	16
8	Clínica Capixaba de Tratamento para Dependência Química e Saúde Mental	Marataízes	16
9	Espaço Vívere Saúde LTDA	Anchieta	16
10	Green House Psiquiatria	Fundão	16
11	Clinica Terapêutica Santa Lúcia LTDA	Santa Teresa	16
12	Green House Psiquiatria Filial	Guarapari	16

2022-LRH6LG - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL 15/07/2022 16:51 PÁGINA 23 / 26

13	Instituto Assistencial de Atenção ao Uso de Drogas Nova Aliança	Piúma	16
14	Clínica Barreto e Rangel Internações e Recuperação de Vícios e Saúde Mental	Vila Velha	16
TOTAL			**224**

Quando necessário, é efetivada compra de leitos de saúde mental para o público infanto juvenil, não havendo credenciamento vigente.

Em se unindo leitos disponibilizados na Rede Própria, Filantrópica e Privada o ESdispõe de **361** (trezentos e sessenta e um) leitos, ou seja, o Estado conta com mais que o dobro do parâmetro ministerial para leitos de saúde mental, e ainda assim há insuficiência, o que demonstra o grande número de internações, bem como a não compreensão ou não aplicabilidade da internação como medida excepcional, após esgotarem-se todas as tentativas de cuidado no territótio.

Importante destacar que há grande dificuldade em implantação e implementação de leitos de saúde mental em hospitais gerais até mesmo nos hospitais da rede própria face o estigma e preconceito com relação aos usuários de saúde mental, aliado a escassez de profissionais qualificados para o cuidado. Havendo necessidade de concomitante à ampliação de leitos a garantia da qualificação dos trabalhadores através de ações de educação permanente.

1.8. Qual foi o número de internações psiquiátricas (em Hospitais Gerais e Psiquiátricos) e de encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas custeadas pelo Estado do nos últimos 3 (três) anos? Qual foi a quantia total gasta com elas?

Como já explanado com relação às CTs, trata-se de demanda de âmbito da Secretaria de Estado de Governo.

Abaixo o quantitativo de internações efetivadas via SESA nos últimos três anos:

Público	2019	2020	2021
Adulto	1.619	2.503	2.760
Infantojuvenil	706	327	427
Total	**2325**	**2830**	**3187**

Com relação aos valores gastos com internações nos últimos três anos:

GASTOS COM INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL	2019	2020	2021
Clínicas Credenciadas	R$ 34.127.330,58	R$ 24.987.348,88	R$ 27.178.518,09
Hospitais Gerais da Rede	R$ 2.917.257,20	R$ 2.737.733,32	R$ 2.782.614,56
Hospitais Gerais da Rede Própria HIMABA			
Hospitais Psiquiátricos - CAPAAC	R$ 2.190.949,74	R$ 2.116.376,70	R$ 2.327.013,23
Hospitais Psiquiátricos - HEAC			
TOTAL	**R$ 39.235.537,52**	**R$ 29.841.458,90**	**R$ 32.288.145,88**

O número de internações em hospitais gerais e psiquiátricos, separadamente, foi solicitado ao NERI.

1.9. Qual o número de internações compulsórias, seja na rede pública ou privada, ou seja, aquelas determinadas pela Justiça? Qual a origem de tais casos, para onde são encaminhados e quanto se gastou com elas nos últimos 3 (três) anos?

Foi solicitado ao NERI o número de internações compulsórias, seja na rede pública ou privada, bem como os municípios que solicitaram as internações.

Os casos, após alta, são encaminhados aos diversos pontos de atenção da Rede, com base na territorialidade, integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Com relação aos valores gastos com internações compulsórias nos últimos três anos, aguardamos retorno de outros setores da SESA com tal informação.

1.9 Qual o número de Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI) no âmbito do Estado? Elas são devidamente notificadas ao Ministério Público e Acompanhadas pela Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias, conforme previsto na portaria nº 2391/2002 do Ministério da Saúde?

Foi solicitado ao NERI o número de Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI) no âmbito do Estado.

A Portaria GM/MS nº 2.391 regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias, e foi incorporada pela Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03, de 28/09/2017, no Anexo V - Título IV - Do Controle das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV). No Estado do Espírito Santo, a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias e Voluntárias que porventura sejam transformadas em involuntárias (IPVI) foi instituída pela Portaria nº 275-S, de 14 de novembro 2003, com a seguinte composição: representantes da Secretaria de Estado da Saúde Área Técnica de Saúde Mental Comissão de Direitos Humanos Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim/ Núcleo de Regulação Ministério Público Estadual.

Apesar da instituição da supramencionada Portaria Estadual que criou a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias (CORIPI) não houve publicação de Portaria com nomeação dos membros, e não há registro quanto à atuação da Comissão, ainda que sem nomeação formal de seus membros. Há apenas registros de ações da Comissão Intersetorial de Desinstitucionalização dos

2022-LRH6LG - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL 15/07/2022 16:51 PÁGINA 25 / 26

pacientes da Clínica de Repouso Santa Isabel, implementada em 2016 para desospitalização e reinserção social das pessoas com longos períodos de internação naquela instituição.

Diante do exposto, a Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria e Estado da Saúde redigiu minuta de portaria, que institui a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias – CORIPI/ES no âmbito do Sistema Único de Saúde, no Espírito Santo, e define sua composição e atribuições, e sugeriu a publicação da mesma.

Tal portaria está tramitando via E-DOCS 2022-F8DW8K - ONBASE 1065-2019, em que consta Parecer da Área Técnica Estadual da RAPS Nº277/2022 - Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias.

1.10 Quaisquer outras informações pertinentes

Segue anexo as Diretrizes Clínicas em Saúde Mental, o Protocolo Estadual de Classificação de Risco em Saúde Mental, a planilha final da PGASS, Fluxos e Notas Técnicas, dentre outros.

Respeitosamente,

Vitória, 15 de julho de 2022.

Franciely da Costa Guarnier
Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE

Gabriela Bertulozo Ferreira
Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE

Jordana Cristina Santos da Silva
Chefe do Núcleo Especial de Atenção Especializada

ASSINATURAS (3)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GABRIELA BERTULOZO FERREIRA
PSICOLOGO - QSS
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 12:41:42 -03:00

JORDANA CRISTINA SANTOS DA SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 13:00:59 -03:00

FRANCIELY DA COSTA GUARNIER
PSICOLOGO - DT
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 15/07/2022 16:51:11 -03:00

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 15/07/2022 16:51:11 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA BERTULOZO FERREIRA (PSICOLOGO - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-LRH6LG

REGISTRO DE ENCAMINHAMENTO
2022-JLCF07

Disponível em https://e-docs.es.gov.br/e/2022-JLCF07

Realizado em: **21/07/2022 16:48:24** - Horário de Brasília - UTC-3

DE
GIOVANNA GIRIBALDI ALVES DA SILVA (ASSISTENTE GESTAO - DT - GEDEJ - SESA - GOVES)

PARA
GOVES - SESA - GEDEJ - GERENCIA DE DEMANDAS JUDICIAIS EM SAUDE

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS (12)
2022-JLCF07 - REGISTRO DO ENCAMINHAMENTO 2022-JLCF07
2022-R7NNDN - REGISTRO DO ENCAMINHAMENTO 2022-XNJHBB
2022-9MJS74 - RAPS. Desenho e Pactuações ATUALIZADA COM LEITOS FINAL COMPLETA - EXTERNA
2022-8BVQHK - Imagem Protocolo de Classificação de Risco
2022-V2XCZ4 - PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL
2022-W332V1 - FLUXO DE INSERÇÃO EM SRT
2022-FNVZDG - Fluxo regulatório revisado
2022-H92JSJ - Fluxo RAPS ES
2022-6P11BN - DIRETRIZES CLÍNICAS SAÚDE MENTAL
2022-FHHFLF - NOTA TÉCNICA 13-2022 - Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre o funcionamento após COVID-19
2022-MG95FZ - NOTA TÉCNICA 11-2022 - Internações em Saúde Mental
2022-LRH6LG - NOTA INFORMATIVA N007- Onbase 4352 Defensoria Pública

---

MENSAGEM

Prezados,

Segue manifestação da GEPORAS referente OFÍCIO CDH Nº 208.2022.

Atenciosamente,

Giovanna Giribaldi Alves da Silva
Equipe de Apoio e Suporte as Setoriais
Gerência de Demandas Judiciais em Saúde mandadosjudiciais@saude.es.gov.br
(27) 3347-5807 GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Estado da Saúde SESA | Gabinete |Gerência de Demandas Judiciais em Saúde
www.saude.es.gov.br

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GIOVANNA GIRIBALDI ALVES DA SILVA
ASSISTENTE GESTAO - DT
GEDEJ - SESA - GOVES
assinado em 21/07/2022 16:48:24 -03:00

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 21/07/2022 16:48:24 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GIOVANNA GIRIBALDI ALVES DA SILVA (ASSISTENTE GESTAO - DT - GEDEJ - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2022-JLCF07

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PODER JUDICIÁRIO
Juízo de Iúna - 1ª Vara
Rua Galaos Rius, 301, Fórum Desembargador Waldemar Pereira, Centro, IÚNA - ES - CEP: 29390-000
Telefone:(28) 35451070

PROCESSO Nº **5000069-24.2024.8.08.0028**
AÇÃO CIVIL PÚBLICA (65)
AUTOR: DEFENSORIA PUBLICA DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO

REU: MUNICIPIO DE IUNA

CERTIDÃO CONFERÊNCIA INICIAL

Certifico que os dados cadastrados **estão conforme** o conteúdo dos documento(s) anexado(s).

IÚNA-ES, 17 de janeiro de 2024.

ALESSANDRO CARVALHO FRANCO
ANALISTA JUDICIÁRIO

Assinado eletronicamente por: ALESSANDRO CARVALHO FRANCO - 17/01/2024 12:25:48
https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=24011712254838000000034927882
Número do documento: 24011712254838000000034927882
Num. 36532512 - Pág. 1
Documento digital, verifique em: https://iuna.essencialbpms.com.br/governo-digital.html#!/portal/
Identificador: [illegible]

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PODER JUDICIÁRIO
Juízo de Iúna - 1ª Vara
Rua Galaos Rius, 301, Fórum Desembargador Waldemar Pereira, Centro, IÚNA - ES - CEP: 29390-000
Telefone:(28) 35451070

PROCESSO Nº **5000069-24.2024.8.08.0028**
AÇÃO CIVIL PÚBLICA (65)
AUTOR: DEFENSORIA PUBLICA DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO

REU: MUNICIPIO DE IUNA

DECISÃO

Vistos em inspeção

A Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo ajuizou a presente Ação Civil Pública em desfavor do Município de Iúna/ES, todos devidamente qualificados nos autos.

Narra o autor que a Defensoria Pública Estadual instaurou procedimento de nº PP 000238/2022 para execução do Projeto Fortalecendo a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) dos municípios capixabas, dentre estes municípios, o município de Iúna/ES.

Informa que um procedimento específico para o acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial de Iúna/ES foi instaurado sob o nº PP000105/2023 e aos 09 de maio de 2023 requisitou informações acerca das medidas adotadas para a implementação e para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, nos termos do ofício CDH nº 075/2023.

Argumenta que o pedido de informações foi reiterado aos 09 de agosto de 2023 e aos 23 de novembro de 2023, contudo, até o momento do ajuizamento desta ação não foram localizadas respostas acerca dos pedidos de esclarecimentos.

Segundo a Defensoria Pública, o município de Iúna/ES não conta com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e que diante da ausência, configurada como omissão injustificável do equipamento do tipo CAPS I foi necessário o ajuizamento da presente ação.

Pelos motivos expostos, em sede liminar, pugna a Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo que o Município de Iúna/ES seja compelido a **(i)** apresentar em até 120 (cento e vinte dias) o plano de implementação de sua Rede de Atenção Psicossocial que contemple a ampliação do quantitativo de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Que no plano constem as informações sobre eventuais alterações legislativas orçamentárias e sobre a reserva de recursos para a implantação do equipamento CAPS.

Em seguida, e em até 180 (cento e oitenta) dias, **(ii)** implante um CAPS I em sua Rede de Atenção Psicossocial assegurando-se estrutura e equipe técnica mínima completa, bem como **(iii)** se abstenha de adotar qualquer medida administrativa que possa levar à diminuição da atual Rede de Atenção Psicossocial local; e ao final, pugna que seja a municipalidade compelida a **(iv)** efetuar previsão, reserva ou suplementação orçamentária à Secretaria Municipal de Saúde ou a qualquer outro órgão pertinente dos recursos financeiros para a implementação dos pedidos aqui realizados.

Na oportunidade, a Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo requer que o município de Iúna/ES adote como parâmetros os valores apresentados pela Defensoria Pública, cujo quadro expositivo segue anexo na exordial.

Com a inicial foram acostados documentos.

É o breve **relatório**.

Decido (fundamentação).

Recebo a inicial por preencher os requisitos essenciais legais.

Inicialmente, a ação foi proposta com o objetivo de, em síntese, compelir o Município de Iúna/ES a implantar um CAPS I em sua Rede de Atenção Psicossocial, apresentando previamente o plano da implementação e efetuando previsão, reserva ou suplementação orçamentária para o cumprimento da medida.

Informa a parte autora que a ausência de equipamento do tipo CAPS I no Município de Iúna/ES configura-se como omissão injustificável, uma vez que compete ao Poder Público Municipal a implantação de um CAPS I.

Pois bem. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)[1] são lugares onde oferecem serviços de saúde abertos para a comunidade. Uma equipe diversificada trabalha em conjunto para atender às necessidades de saúde mental das pessoas, incluindo aquelas que enfrentam desafios relacionados as necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Denoto que a **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde** balizou as diretrizes para implementação dos chamados CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPS i II e CAPS ad II.

O art. 3º, parágrafo único da Portaria supracitada estabelece que os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

O denominado CAPS I perquirido nesta demanda, diz respeito ao serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 (vinte mil) e 70.000 (setenta mil) habitantes.

O **art. 4º da Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde** estabelece as seguintes atividades ao CAPS I, senão vejamos:

> **“4.1.1 – A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:**
>
> a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
>
> b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
>
> c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
>
> d - visitas domiciliares;
>
> e - atendimento à família;
>
> f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
>
> g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias”.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, deverá ser composta por: 01 (um) médico com formação em saúde mental; 01 (um) enfermeiro; 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão, nos termos do mesmo **art. 4º da Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, item 4.1.2**.

A **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde** elenca também direcionamentos acerca dos Centros de Atenção Psicossocial, dando conta que o Centro de Atenção Psicossocial é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo, conforme o **art. 7º**.

O **art. 7º, § 2º, da Portaria nº 3.088/2011** estabelece que as atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

O **art. 7º, § 4º, da Portaria nº 3.088/2011** estabelece que dentre os Centros de Atenção Psicossocial está a modalidade I, denominada como rede que atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, além de ser indicado para municípios com população acima de vinte mil habitantes. Prossigo.

É importante consignar que a **Constituição Federal** assegura a todos os cidadãos, como princípio fundamental, o direito à vida. A saúde é decorrência desse direito e representa consequência constitucional indissociável do mesmo.

Digo isto, pois a intenção da Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo é permitir que a sociedade, precipuamente, as camadas mais frágeis tenham acesso aos serviços de saúde de que necessitam, reduzindo as taxas de suicídio, internações psiquiátricas desnecessárias, amparando as pessoas em situação de rua e as mais carentes, além do fortalecimento dos cuidados para crianças e adolescentes institucionalizados.

O **art. 196 da CRFB** assim preceitua:

> “**Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”**

No caso dos autos, foi instaurado procedimento específico para o acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial de Iúna/ES sob o nº PP000105/2023 e mesmo após expedido ofício aos 09 de maio de 2023, reiterado aos 09 de agosto de 2023 e aos 23 de novembro de 2023, não se obteve resposta do município réu.

Assim, em razão dos fatos noticiados e devidamente comprovados na exordial, entendo que a parte autora possui razão em seu intento.

Passo a análise dos pedidos de tutela antecipada requeridos em caráter de urgência.

Examinei detidamente os autos e tenho que **estão** presentes os requisitos para a concessão de tutela de urgência, conforme previsto no **art. 300 do CPC, c/c arts. 4º, 11 e 12, da Lei nº 7.347/1985 (LACP).** E a medida somente será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

Quanto à **probabilidade do direito e prova inequívoca das alegações**, observo que a parte autora comprovou pelos diversos documentos juntados aos autos que veementemente incitou o Município de Iúna/ES a informar acerca das medidas adotadas para a implementação e para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, nos termos do ofício CDH nº 075/2023.

Frise-se que o ofício CDH nº 075/2023, constante em documento de Id.

36514815, não foi respondido, mesmo após ser duplamente reiterado.

Na oportunidade, o município ora réu foi instado a informar, dentre outras, **(1)** a quantidade dos equipamentos, a especificação das respectivas equipes técnicas existentes, com detalhamento da forma de contratação; **(2)** se existia planejamento para expansão e instalação de novos equipamentos, segundo normativas existentes no âmbito desta Secretaria de Saúde; **(3)** se existia Plano de Ação Municipal para expansão da RAPS e como estaria o seu cumprimento; **(4)** se há verbas já liberadas (quando/quais/valores) pelo Ministério da Saúde e recebidas pelo Município para execução de serviços e/ou equipamentos da RAPS não executados (data do recebimento, valores, destinação e justificativa da não execução); **(5)** Qual o orçamento e como está a execução orçamentária da política de saúde mental e de álcool e outras drogas, nos últimos 05 (cinco) anos e por modalidade de serviço/ponto de atenção da RAPS; **(6)** Quais os dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em Unidade de Pronto Atendimento e em Hospitais de referência em relação a demandas em saúde mental, inclusive os referentes a álcool e outras drogas e a população em situação de rua; **(7)** Quais os critérios para a internação em leitos psiquiátricos (em Hospital Geral e, se existente, Psiquiátrico - inclusive da rede privada, como “Clínicas Psiquiátricas"), e, no caso de leitos regionais, quais são os critérios para encaminhamento do paciente e como se organiza o fluxo para outros Municípios; **(8)** Qual foi o número de internações psiquiátricas (em Hospitais Gerais e Psiquiátricos) e de encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas custeadas pelo Município nos últimos 03 (três) anos e q ual a quantia total gasta com elas; **(9)** Qual o número de internações compulsórias, seja na rede pública ou privada, ou seja, aquelas determinadas pela Justiça; **(10)** Qual a origem de tais casos, para onde são encaminhados e quanto se gastou com elas nos últimos 03 (três) anos; **(11)** Qual o número de Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI) no âmbito do Município; e, **(12)** Quaisquer outras informações pertinentes.

O **receio de dano de difícil reparação está** consubstanciada na omissão do poder público municipal em promover a ampliação do quantitativo de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assegurada a estrutura e equipe técnica mínima completa, desamparando os mais necessitados como as pessoas em situação de rua, crianças e adolescentes institucionalizados, além da privação de liberdade de pessoas que deveriam ser submetidas ao tratamento médico adequado.

Neste ponto vejo por bem citar o disposto na **Lei 13.146/2015**, conhecido como **Estatuto da Pessoa com Deficiência,** que assim dispõe em seu **art. 2º, § 1º**:

> **"Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.**
>
> § 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:
>
> I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
>
> II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
>
> III - a limitação no desempenho de atividades; e
>
> IV - a restrição de participação". (Grifei).

Digo isto pelo perfil de usuários dos serviços CAPS I que (Id. 36514813, pág. 03), conforme disposto na peça de ingresso pela Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo, se encaixam no **conceito social de deficiência.**

O conceito se encontra insculpido no **art. 1º da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência**, dispondo que "Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, **em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas".**

A omissão do Poder Público Municipal configura tal barreira.

Diante de todo o exposto demonstrado verifico que restaram devidamente comprovados os requisitos para o deferimento da tutela de urgência (probabilidade do direito alegado e a existência de risco associado à demora no julgamento da demanda).

Com efeito, as provas apresentadas, nesta fase de cognição sumária, tornam plausível o direito alegado, qual seja o direito à saúde, que é bem jurídico de relevância ímpar, o qual não pode aguardar até a solução definitiva da matéria após a devida instrução processual, sob pena de possível perecimento do próprio titular do direito, que neste caso é a coletividade iunense, mediante agravamento da situação relatada nos autos.

Oportuno mencionar que existem três situações em que cabe a intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas, quais sejam: quando a omissão ou a política já implementada não oferecer condições mínimas de existência humana; se o pedido de intervenção for razoável; e, do ponto de vista administrativo, a omissão ou a política seja desarrazoada.

O tema em questão foi discutido na famosa **ADPF nº 45** e parâmetros para a intervenção do Judiciário foram traçados por um importante posicionamento oriundo do Ministro Celso de Mello e, me arrisco a dizer que se trata de posicionamento muito representativo em favor da intervenção do Judiciário no controle de Políticas Públicas.

> “ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. A QUESTÃO DA LEGITIMIDADE CONSTITUCIONAL DO CONTROLE E DA INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, QUANDO CONFIGURADA HIPÓTESE DE ABUSIVIDADE GOVERNAMENTAL. DIMENSÃO POLÍTICA DA JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL ATRIBUÍDA AO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. INOPONIBILIDADE DO ARBÍTRIO ESTATAL À

> EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS. CARÁTER RELATIVO DA LIBERDADE DE CONFORMAÇÃO DO LEGISLADOR. CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA CLÁUSULA DA 'RESERVA DO POSSÍVEL'. **NECESSIDADE DE PRESERVAÇÃO, EM FAVOR DOS INDIVÍDUOS, DA INTEGRIDADE E DA INTANGIBILIDADE DO NÚCLEO CONSUBSTANCIADOR DO 'MÍNIMO EXISTENCIAL'. VIABILIDADE INSTRUMENTAL DA ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO NO PROCESSO DE CONCRETIZAÇÃO DAS LIBERDADES POSITIVAS (DIREITOS CONSTITUCIONAIS DE SEGUNDA GERAÇÃO). " (Grifei).**

A referida Arguição de Descumprimento a Preceito Fundamental questionava um veto presidencial a um dispositivo da lei que, segundo o autor da ação, violaria o dispositivo constitucional que garantiria um financiamento mínimo à saúde e, em que pese, a perda do objeto da ação, por ter sido editada lei que corrigia a lacuna, o r. Ministro demonstrou seu posicionamento sobre o assunto.

Vejo por bem mencionar alguns trechos do voto, senão vejamos:

> **"É certo que não se inclui, ordinariamente, no âmbito das funções institucionais do Poder Judiciário – e nas desta Suprema Corte, em especial – a atribuição de formular e de implementar políticas públicas [...], pois, nesse domínio, o encargo reside, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo. Tal incumbência, no entanto, embora em bases excepcionais, poderá atribuir-se ao Poder Judiciário, se e quando os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem, vierem a comprometer, com tal comportamento, a eficácia e a integridade de direitos individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional, ainda que derivados de cláusulas revestidas de conteúdo programático. (...) Não**

> **deixo de conferir (...) significativo relevo ao tema pertinente à "reserva do possível" (...), notadamente em sede de efetivação e implementação [sempre onerosas] dos direitos de segunda geração [direitos econômicos, sociais e culturais], cujo adimplemento, pelo Poder Público, impõe e exige, deste, prestações estatais positivas concretizadoras de tais prerrogativas individuais e/ou coletivas. É que a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais (...) depende, em grande medida, de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias do Estado, de tal modo que, comprovada, objetivamente, a incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal, desta não se poderá razoavelmente exigir, considerada a limitação material referida, a imediata efetivação do comando fundado no texto da Carta Política. Não se mostrará lícito, no entanto, ao Poder Público, em tal hipótese - mediante indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa - criar obstáculo artificial que revele o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência. Cumpre advertir, desse modo, que a cláusula da "reserva do possível" - ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível - não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade. [...] não se pode esquecer que a finalidade do Estado ao obter recursos, para, em seguida, gastá-los sob a forma de obras, prestação de serviços, ou qualquer outra política pública, é exatamente realizar os objetivos fundamentais da Constituição. A meta central das Constituições**

> **modernas, e da Carta de 1988 em particular, [...] está em assegurar as condições de sua própria dignidade, que inclui, além da proteção dos direitos individuais, condições materiais mínimas de existência. Ao apurar os elementos fundamentais dessa dignidade [o mínimo existencial], estar-se-ão estabelecendo exatamente os alvos prioritários dos gastos públicos. Apenas depois de atingi-los é que se poderá discutir, relativamente aos recursos remanescentes, em que outros projetos se deverá investir.”**

Finalizo meu posicionamento com os ideais de fundamentos jurídicos e de fatos até aqui elencados, amparados pela posição da Suprema Corte, que é favorável ao controle de Políticas Públicas pelo Judiciário, desde que presentes os requisitos de **(a)** limite fixado pelo mínimo existencial a ser garantido ao cidadão e a garantia ao mínimo existencial; **(b)** a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público, a proporcionalidade e, **(c)** a existência de disponibilidade financeira do Estado para tornar efetivas as prestações positivas dele reclamadas, a chamada reserva do possível.

Todavia, importante ressaltar que a presente decisão é proferida em sede de cognição sumária, postergando o contraditório. Sendo assim, a revogabilidade paira sobre a manifestação judicial ora lançada.

Ante o exposto, observando que embora neste momento ainda não tenha sido exercido o contraditório (o que me autoriza o **art. 12, *caput*, da Lei nº 7.347/1985 - LACP**[2]), a presente demanda em suas razões exordiais atende perfeita e amplamente ao disposto no **art. 300, § 3º, do CPC** (de aplicação ao microssistema da Lei n° 7.347/1985 – LACP) vigente, eis que perfeitamente reversíveis os efeitos dela decorrentes.

Ante o exposto, considerando o interesse coletivo, a relevância social da matéria e a urgência que a medida requer, **defiro o pedido de tutela provisória de**

urgência (art. 300 do CPC, c/c arts. 4º, 11 e 12, da Lei nº 7.347/1985 - LACP) e, por conseguinte, determino ao Município de Iúna/ES que: **(i)** apresente em até 120 (cento e vinte dias) o plano de implementação de sua Rede de Atenção Psicossocial que contemple a ampliação do quantitativo de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Que no plano constem as informações sobre eventuais alterações legislativas orçamentárias e sobre a reserva de recursos para a implantação do equipamento CAPS; **(ii)** implante um CAPS I em sua Rede de Atenção Psicossocial assegurando-se estrutura e equipe técnica mínima completa; bem como **(iii)** se abstenha de adotar qualquer medida administrativa que possa levar à diminuição da atual Rede de Atenção Psicossocial local; **(iv)** efetue previsão, reserva ou suplementação orçamentária à Secretaria Municipal de Saúde ou a qualquer outro órgão pertinente dos recursos financeiros para a implementação dos pedidos aqui realizados; **(v)** adote como parâmetros os valores apresentados pela Defensoria Pública, cujo quadro expositivo segue anexo na exordial em Id. 36514813, pág. 04.

A medida deverá ser nos prazos fixados, sob pena de multa de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), sem prejuízo de outras implicações legais, na seara administrativa, civil, por improbidade administrativa e penal, inclusive, dos agentes públicos recalcitrantes, consoante dispõe o **art. 11**[3] **da Lei nº 7.347/1985 - LACP**.

Notifique-se o Município de Iúna/ES para que se justifique, em 72 (setenta e duas horas), nos termos do art. 2º da Lei nº 8.437/1992.

Em razão da urgência, **intime-se o Município de Iúna/ES** por meio de seu representante legal para ciência e cumprimento da ordem. Bem como **cite-o** para apresentar resposta aos termos da petição inicial no prazo de 30 (trinta) dias úteis, contados na forma do **art. 335, III, do CPC, c/c o art. 183 do mesmo *Códex*.**

Intime-se as partes acerca desta decisão, **com urgência.**

Expeça-se edital de intimação pelo prazo de 30 (trinta) dias a fim de que eventuais interessados possam intervir no processo como litisconsortes.

Na esteira do **art. 139, VI do CPC**, a fim de outorgar a celeridade processual e, em especial, assegurar a razoável e justa duração do processo, determino à Serventia que destaque na missiva de citação que o réu deverá, já em sede de contestação, especificar detalhadamente as provas que deseja produzir, justificando-as e especificando-as, sob pena de preclusão.

Notifique-se o Ministério Público nos termos do **art. 5º, § 1º, da Lei nº 7.347/85 – LACP.**

Cumpra-se com urgência.

Vistos em inspeção.

Diligencie-se.

IÚNA-ES, 25 de março de 2024

AKEL DE ANDRADE LIMA
Juiz de Direito

---

[1] Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps

[2] Art. 12. Poderá o juiz conceder mandado liminar, **com ou sem justificação prévia**, em decisão sujeita a agravo. *(destaquei)*

[3] Art. 11. Na ação que tenha por objeto o **cumprimento de obrigação de fazer** ou não fazer, o **juiz determinará o cumprimento da prestação da atividade devida** ou a cessação da atividade nociva, sob pena de execução específica, ou de **cominação de multa diária**, se esta for suficiente ou compatível, independentemente de requerimento do autor. *(destaquei)*

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PODER JUDICIÁRIO
Juízo de Iúna - 1ª Vara
Rua Galaos Rius, 301, Fórum Desembargador Waldemar Pereira, Centro, IÚNA - ES - CEP: 29390-000
Telefone:(28) 35451070

PROCESSO Nº **5000069-24.2024.8.08.0028**
AÇÃO CIVIL PÚBLICA (65)
AUTOR: DEFENSORIA PUBLICA DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO

REU: MUNICIPIO DE IUNA

INTIMAÇÃO ELETRÔNICA

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito da Iúna - 1ª Vara, foi encaminhada a ***intimação eletrônica*** ao(à) Sr(a). procurador(a) da parte interessada para que se justifique, em 72 (setenta e duas horas), nos termos do **art. 2º da Lei nº 8.437/1992.**

IÚNA-ES, 11 de abril de 2024.

Assinado eletronicamente por: GUILHERME NORONHA EVANGELISTA - 11/04/2024 15:52:17
https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=24041115521752700000039290451
Número do documento: 24041115521752700000039290451
Num. 41194925 - Pág. 1
Documento digital, verifique em:https://iuna.essencialbpms.com.br/governo-digital.html#!/portal/
Identificador: [illegible]

Ministério Público do Estado do Espírito Santo
Promotoria de Justiça de Iúna
1º Promotor de Justiça

GAMPES: 2024.0007.8534-32

MM. Juiz,

Ciente da r. Decisão ID nº 40346766.

Iúna/ES, 11 de abril de 2024.

ANTONIO CARLOS GOMES DA SILVA JÚNIOR
Promotor de Justiça

Assinado eletronicamente por: ANTONIO CARLOS GOMES DA SILVA JUNIOR - 15/04/2024 10:58:09
https://pje.tjes.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=24041511013329600000039411726
Número do documento: 24041511013329600000039411726
Num. 41324369 - Pág. 1
Documento digital, verifique em: https://iuna.essencialbpms.com.br/governo-digital.html#!/portal/
Identificador: [illegible]

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PODER JUDICIÁRIO
Juízo de Iúna - 1ª Vara
Rua Galaos Rius, 301, Fórum Desembargador Waldemar Pereira, Centro, IÚNA - ES - CEP: 29390-000
Telefone:(28) 35451070

PROCESSO Nº **5000069-24.2024.8.08.0028**
AÇÃO CIVIL PÚBLICA (65)
AUTOR: DEFENSORIA PUBLICA DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO

REU: MUNICIPIO DE IUNA

EDITAL DE CITAÇÃO

PRAZO DE 30 DIAS

MM. Juiz(a) de Direito da Iúna - 1ª Vara do Estado do Espírito Santo, por nomeação na forma da lei etc.

FINALIDADE:

DAR PUBLICIDADE A TODOS QUE O PRESENTE EDITAL VIREM que fica(m) devidamente **CITADO(S) EVENTUAIS INTERESSADOS**, de todos os termos da presente ação civil pública para, querendo, intervir, nos termos do art. 94 do CDC.

ADVERTÊNCIAS:

a) PRAZO: O prazo para manifestação na presente ação é de 15 (quinze) dias, a partir do prazo supracitado.

E, para que chegue ao conhecimento de todos, o presente edital vai publicado na forma da lei.

IÚNA, 15/04/2024

GUILHERME NORONHA EVANGELISTA

Chefe de secretaria substituto