Secretaria Municipal da Saúde

Orientações sobre a atenção às crises em saúde mental e o acompanhamento longitudinal dos casos na Rede de Atenção Psicossocial no Município de São Paulo

Estratificação e Classificação de Risco em Saúde Mental

SUS

CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE

VERSÃO 2

2023

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Ricardo Nunes

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE
Luiz Carlos Zamarco

SECRETÁRIO ADJUNTO
Mauricio Serpa

CHEFE DE GABINETE
Roberto Carlos Rossato

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Sandra Maria Sabino Fonseca

COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA
Giselle Cacherik

DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL/CAB/SMS - DIRETORA DE DIVISÃO
Claudia Ruggiero Longhi

GRUPO TÉCNICO

Adriana Brazão Pileggi de Oliveira
Ana Cecília Andrade de Moraes Weintraub
Camila Braz Bortoluci
Carolina Dellamonica Gonçalves
Liamar de Abreu Ferreira
Wagner Hideki Lourenço e Laguna

DIAGRAMAÇÃO

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO - ASCOM/SMS
Jonathan da Silva Aparecido Muniz - Coordenador
Marcos Vinicius Lopes Cotrim Negreiros - Designer Gráfico

I. Estratificação e Classificação de Risco em Saúde Mental

APRESENTAÇÃO

Em consonância com as diretrizes mais atuais da Secretaria Municipal de Saúde, apresentamos a primeira parte da Linha de Cuidado em Saúde Mental: "Orientações sobre a atenção às crises em saúde mental e o acompanhamento longitudinal dos casos na Rede de Atenção Psicossocial no Município de São Paulo: Estratificação e Classificação de Risco em Saúde Mental". O documento foi elaborado a partir da necessidade de qualificar o acolhimento em saúde mental nos diferentes serviços que integram as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e orientar os fluxos na rede conforme o grau de risco implicado em cada caso.

A noção de integralidade do cuidado significa que prover assistência de qualidade às demandas que envolvam sofrimento mental exige que estas sejam acolhidas e avaliadas de modo que os usuários se beneficiem do tratamento mais resolutivo possível desde a atenção básica, passando pelos serviços especializados, até o nível hospitalar. Preconiza-se que uma pessoa que se apresenta em qualquer porta de entrada do Sistema Único de Saúde deve ser encaminhada ao nível de cuidado que mais se adapta à sua necessidade atual de tratamento, considerando o equilíbrio entre os benefícios pretendidos e os riscos potenciais que esses Pontos de Atenção devem articular-se entre si.

O material é inspirado no protocolo vigente no estado do Espírito Santo e na classificação de risco Manchester, bem como em outras publicações sobre o tema citadas nas referências. As ferramentas foram avaliadas por especialistas e adaptadas para os diferentes pontos da RAPS na cidade de São Paulo, levando em conta as particularidades do contexto assistencial, as diferentes atribuições dos Pontos de Atenção e das categoriais profissionais presentes em toda RAPS paulistana.

O objetivo é fornecer subsídios práticos para a operacionalização do cuidado, do apoio matricial e das referências e contrarreferências da forma mais realista e articulada possível, prezando sempre pelo melhor uso dos recursos da RAPS e pela integralidade do cuidado. Nesse sentido, a estratificação e classificação de risco também apoia o dimensionamento correto da demanda em saúde mental por níveis de intensidade de cuidados relacionados a diferentes graus de risco. O material ressalta as atribuições dos equipamentos que integram a rede, o papel desempenhado pelas equipes nos diferentes Pontos de Atenção e o impacto de fatores protetivos e vulnerabilidades em cada caso. Ressaltamos a importância da construção, manutenção e fortalecimento dos espaços de matriciamento em Saúde Mental entre as equipes, de modo a possibilitar a garantia da horizontalidade, corresponsabilização e construção compartilhada de intervenções longitudinais para o território e seus cidadãos.

O processo de estratificação e classificação de risco em saúde mental deve servir como norteador das condutas, fornecendo aos profissionais responsáveis pelo cuidado um método de entendimento comum sobre a gravidade envolvida em cada caso e, consequentemente, sobre quais recursos deverão ser acionados conforme o grau de risco implicado.

A proposta toma como fundamento a noção de risco e deliberadamente não se concentra na avaliação diagnóstica

Por mais que as demandas em saúde mental sejam relativamente comuns no dia-a-dia de toda a equipe de saúde, as situações mais graves podem exigir intervenção imediata e atenção especializada. Em geral, são situações em que há risco significativo de dano grave ou morte para o paciente ou para terceiros, e estão associadas com condições que provocam intenso sofrimento psíquico.

Por outro lado, mesmo situações que não envolvem crises suscitam dúvidas junto às equipes e população sobre qual equipamento se encarregará de orientar o tratamento e executar as ações necessárias.

É fundamental que as equipes de assistência disponham de recursos práticos para diferenciar as situações de maior gravidade, seja em casos novos, seja em casos já conhecidos e mesmo entendidos como crônicos. Concomitantemente é necessário criar estratégias que facilitem a sustentação do cuidado longitudinal pois a recidiva de certas crises pode gerar ainda mais prejuízos ao longo do tempo e alguns danos podem ser irreversíveis se o usuário não for assistido oportunamente. O presente documento se propõe a oferecer uma ferramenta que avalie, em um momento no tempo de acompanhamento do caso, seu estado atual. Desse modo, ele não visa substituir o diagnóstico situacional do território que cada equipamento e RAPS deve fazer continuamente sobre a prevalência e incidência de transtornos mentais comuns, transtornos mentais severos e persistentes e suas condições muitas vezes crônicas. O conhecimento, por parte das equipes, do contingente de pessoas vivendo com condições crônicas de sofrimento psíquico é fundamental para a organização e dimensionamento das ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

O processo de estratificação de risco resulta na identificação das ações mais assertivas para a diminuição e estabilização dos agravos. Os elementos necessários para realizarmos esta avaliação são as próprias dimensões humanas de expressão: aspectos físicos, psíquicos, sociais e a gravidade clínica decorrente do transtorno e outras comorbidades.

A estratificação de risco pretende subsidiar a intervenção (oferta de cuidado) e orientar o tempo oportuno em que a intervenção deve acontecer.A prioridade da atenção e o tipo de equipamento que se encarregará das ações deve ser determinada tanto por critérios clínicos como por critérios sociais, econômicos, culturais e familiares. Qualificar a demanda para facilitar o acesso é uma etapa importante, tal como o desenvolvimento e a aplicação de estratégias que garantam o seguimento do caso e o acompanhamento longitudinal. Essa

qualificação implica em uma escuta ativa, interessada, eticamente orientada, que gerará uma proposta de conduta à partir da avaliação da singularidade do caso em questão.

Algumas premissas precisam também ser consideradas: a proposta da estratificação e classificação de risco insere-se em uma compreensão de que a saúde mental não comporta uma definição objetiva, uma precisão inequívoca sobre o estado atual e o prognóstico dos modos de sofrimento de cada pessoa. Considera-se, aqui, que em meio às diversas contingências e determinações vividas por cada um, sempre haverá alguma possibilidade de invenção e produção de novos resultados e consequências, que podem ser mais ou menos elásticas a depender de cada indivíduo ou mesmo a depender de momentos diferentes da vida de uma mesma pessoa. Isso torna, então, o processo de avaliação do risco por parte das equipes um processo, no limite, sempre único e referido à cada demanda diferente que é avaliada.

A estratificação e classificação de risco é, ainda, um elemento que se propõe a qualificar e efetivar o acesso e as estratégias de acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico que procuram atendimento no SUS municipal. Essas estratégias seguem sendo definidas em cada um dos Pontos de Atenção à depender de seu escopo de atuação e da disponibilidade técnico-prática para a criação, sustentação e efetivação de dispositivos clínicos de cuidado. Nesse sentido, este documento é apenas a primeira parte de uma Linha de Cuidado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial a ser reescrita e publicada.

A efetivação do cuidado depende, ainda, de uma rotina de apoio bem estabelecida a partir de **matriciamentos,** discussões qualificadas e da troca de conhecimento entre os membros das diferentes equipes que compõem a RAPS, a fim de assegurar o amplo entendimento dos critérios que subsidiam a classificação do risco.

A estratificação e classificação de risco em saúde mental requer levar em conta, além das queixas e sintomas, também o vínculo, a vulnerabilidade, os fatores de proteção e os eventuais prejuízos à funcionalidade do sujeito

SAÚDE E DOENÇA MENTAL: ALGUMAS REFLEXÕES

Saúde mental é um estado dinâmico de equilíbrio interno que possibilita que o indivíduo use de suas habilidades em harmonia com valores universais da sociedade: habilidades sociais e cognitivas básicas, habilidade de reconhecer, expressar e modular as próprias emoções, bem como empatizar com outras pessoas, flexibilidade e habilidade para lidar com eventos adversos da vida e também para transitar por diferentes papéis sociais, harmonia entre corpo e mente: são todos componentes da saúde mental que contribuem, em graus variados, para o estado de equilíbrio interno dinâmico, influenciado também pelas fases e acontecimentos da vida. (Galderisi et al, 2017). Este ser humano, porém, é

produto de uma história peculiar, que se faz nas suas relações sociais, em que o sujeito é ao mesmo tempo parte ativa e também passiva. O tipo e o caráter das principais relações sociais das pessoas vai, aos poucos, 'tomando corpo' nelas mesmas e mesmo que o modo como cada um irá absorver este contexto seja absolutamente singular, este processo dialético afeta, em princípio, a pessoa como um todo (Martin-Baró, 1988).

Por outro lado, o termo "transtornos mentais" – que podem acometer qualquer pessoa – é usado para nomear uma gama de disfunções mentais e cognitivas, descritas em diferentes categorias da Classificação Internacional de Doenças, a CID-X. Essas disfunções incluem aquelas que geram um grande sofrimento na saúde individual e coletiva, como por exemplo, a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia, os transtornos ansiosos, os distúrbios neurocognitivos, o abuso de substâncias, as deficiências intelectuais e os transtornos do desenvolvimento que ocorrem mais frequentemente na infância. (OMS, 2013).

A saúde mental – e por consequência, também os transtornos que podem acometê-la – é determinada não apenas por questões individuais como as descritas acima, mas também por fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como por exemplo, políticas de saúde e proteção social, condições de vida e moradia, condições de trabalho e suporte comunitário e social. A exposição a fatores adversos na infância e juventude é, por exemplo, um fator que aumenta o risco de desenvolvimento de transtornos mentais na idade adulta e, no mesmo sentido, é um fator passível de prevenção por meio de políticas públicas adequadas. No entanto, é importante notar que, em uma sociedade, alguns indivíduos e grupos sociais experienciam um risco significativamente maior de desenvolver transtornos mentais. Esses grupos podem incluir pessoas vivendo em situação de extrema vulnerabilidade, com deficiência e/ou outros agravos à saúde, crianças e jovens expostos a maus tratos e negligência, vivências de consumo nocivo de substâncias psicoativas, idosos, pessoas que sofrem discriminação e preconceitos em função de sua origem étnica, racial ou mesmo de sua identidade (povos indígenas, população negra, população LGBTQIA+, refugiados, imigrantes, entre outros) população encarcerada e privada de liberdade, além de pessoas expostas a desastres ou acontecimentos sociais traumáticos (OMS, 2013).

Se considerarmos a saúde em seu aspecto amplo é válido ressaltar que indivíduos que sofrem em função de transtornos mentais possuem um alto grau de morbidade e mortalidade. Os agravos à saúde mental estão relacionados com outras condições de saúde e doença, tais como quadros cardiovasculares, câncer, HIV/AIDS, entre outras. Por conta disso requerem mobilização e esforços coletivos no seu cuidado e acompanhamento (OMS, 2013).

Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde, se somados os transtornos mentais, neurológicos e relacionados ao consumo de substâncias, teremos totalizado cerca de 13% da carga global de doenças do mundo. A depressão, sozinha, representa 4,3% desta carga global e é a maior causa única de incapacidade, especialmente para mulheres (OMS, 2013).

Para Caponi (2009), a saúde, seguindo os passos de Georges Canguilhem, pode ser entendida

> *"(...) em relação à possibilidade de enfrentar situações novas, pela margem de tolerância (ou de segurança) que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades de seu meio" (p. 65):(...). É assim, um conceito que foge de tentativas de padronização e determinações fixas pré-estabelecidas - é uma possibilidade de ficar doente e poder se recuperar, na relação daquele ser com seu meio, que nada tem a ver com adaptar-se, mas sim com um certo "luxo biológico" (p. 68),*

ou seja, com a possibilidade sempre dinâmica de interação entre ser e meio, numa cena em que ambos alteram-se independentemente mas afetando-se continuamente.

Para Caponi é aí que se insere o grande debate sobre determinantes, determinações e determinismos do processo saúde-doença. Diz a autora:

> *"Diversas são as questões a serem consideradas com relação ao vínculo saúde-sociedade. Existem condições de vida impostas, convivência em um meio com determinadas características que não são nem poderiam ser escolhidas: alimentação deficiente, analfabetismo ou escolaridade precária, distribuição perversa da riqueza, condições de trabalho desfavoráveis, condições sanitárias deficientes. (...) Porém existem estilos de vida escolhidos, eleições e condutas individuais pertencentes ao âmbito do privado que também consideramos como dados a serem explicitados quando falamos de "etiologia social'" (Caponi, 2009, p. 67).*

Assim, o estudo dos fatores de risco e proteção para a experiência da saúde ou da doença, do sofrimento ou do bem-estar, é sempre fruto da complexidade de interações entre diferentes fatores ao longo da vida de cada um (Chiaverini et al, 2011; OMS 2022).

Uma das importantes tentativas de conceituar a "saúde mental" partiu de Almeida Filho, junto com Coelho e Peres (1999). Para os autores:

> *"O patológico não significa ausência de normas, mas a presença de outras normas vitalmente inferiores, que impossibilitam ao indivíduo viver o mesmo modo de vida permitido aos indivíduos sadios (...) a saúde constitui uma certa capacidade de ultrapassar as crises determinadas pelas forças da patologia para instalar uma nova ordem fisiológica (...) A saúde deixa*

> *de se limitar à perspectiva da adaptação, não sendo mais a obediência irrestrita ao modelo estabelecido. Ela é mais do que isso, na medida em que pode se constituir pela não obediência e através da transformação" (Almeida Filho et al, 1999, p. 114/5).*

Assim, a conceituação da "saúde mental" não seria o oposto das várias maneiras de nomear a "doença" mental ou o sofrimento psíquico – visto que essa diferença entre a normalidade e a patologia não seria dada pela forma da oposição, mas sim:

> *"(...) a saúde mental significa um socius saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, eqüidade, enfim, qualidade de vida. Por mais que se decrete o fim das utopias e a crise dos valores, não se pode escapar: o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política." (Almeida Filho et al, 1999, p. 123).*

Dessa forma, as tentativas de padronizar as experiências de adoecimento psíquico, dada sua singularidade, são paradoxais para a proposta que se quer fazer como atendimento. No entanto, há, no cotidiano da saúde mental coletiva (Fagundes, 2020), a necessidade prática de categorizar, seja por implicações legais, seja por facilitar a comunicação entre profissionais e entre serviços, seja por outros motivos. De que modo a clínica e o cuidado se dão em meio a esses dilemas?

Interessa notar então que as classificações de sofrimento, ou melhor, do que é sofrimento e do que não é, são inscritas nas sociedades a partir de uma conformação de contingências de várias ordens: a expectativa do que é o "certo" e do que é o "desviante" (ou seja, a moral), a relação com o que é possível de ser tratado, a relação com o que é possível de ser "reparado", entram nesta equação com pesos diferentes ao longo da história. A própria American Psychiatric Association (APA) admite essa fluidez diagnóstica na versão V de seu Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais ao dizer que *"Em suma, reconhecemos que os limites entre transtornos são mais permeáveis do que se percebia anteriormente"* (APA, 2014, p. 6). Por outro lado, há que se considerar o esforço empreendido pelas tentativas classificatórias para contribuir com a especificidade do campo da saúde mental e da busca por melhor qualidade de vida para aqueles que sofrem, em que pese todos os desejos latentes e efeitos imprevistos que elas possam ter.

Entramos, então, no debate sobre o sofrimento psíquico agudo. Para Alvarenga: *"(...) as urgências psiquiátricas são definidas como crises agudas que podem ocorrer tanto nas psicoses quanto nas neuroses, em situações bem diversas, que podem ser divididas em três grupo: os estados agudos de agitação, de depressão e de angústia"* (Alvarenga, 2022, p. 54, apud Ey, 1981)".

É frequente na literatura a comparação entre os termos "urgência em

saúde mental", "crise" e "acontecimento traumático". Continua Alvarenga: *"Crise é um termo interessante para pensar o que se manifesta como urgência: um acontecimento traumático, que abala o sujeito porque ele não tem como coloca-lo em palavras, nomeá-lo ou compreendê-lo. Mas crise, que vem do grego krisis, significa também distinção, decisão, sentença, juízo, separação. Um instante em que o sujeito percebe alguma coisa e precisa de um tempo para compreender e depois concluir, decidir o que fazer"* (Alvarenga, 2022, p. 54). A autora, fazendo referência aos escritos de Jacques Lacan, relembra que, para esse autor, há três tempos no que tange o sofrimento psíquico: o instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir. Acolher a urgência subjetiva, a crise, o sofrimento psíquico agudo ou os sinais e sintomas graves é também uma oportunidade de construção de novos caminhos e escolhas, diferentes das anteriores, para cada um – além de ser uma situação comum no encontro entre um profissional de saúde, principalmente de saúde mental, e uma pessoa em busca de escuta para seu sofrimento.

Para Castiel (2009) também dois pontos sobre a noção de risco são importantes: o fato dela se constituir como uma forma de prever o futuro. O risco, ao considerar uma diferença entre o tempo presente e o futuro, iguala no tempo presente a possibilidade dessas ocorrências, em uma situação em que, apesar dos esforços da saúde coletiva e principalmente da epidemiologia na tentativa de sua matematização, pode também ser compreendido por meio da narrativa e da relação entre o paciente e o cuidador em saúde que o acolhe.

Levando este importante e extenso debate em consideração – que não se encerra aqui - passamos então à ferramenta proposta.

ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO

ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Nível de Atenção	Tipo de Serviço	Descrição	Acesso	Critérios para admissão
ATENÇÃO BÁSICA	**UBS**	A UBS é o principal Ponto de Atenção à Saúde na Atenção Básica e a principal Porta de Entrada do SUS. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos 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.	Porta Aberta (territorializado)	Qualquer munícipe que viva no território adscrito
	Consultório na Rua	Realiza abordagem e cadastramento por meio de escuta qualificada e formação de vínculo com as pessoas em situação de rua. Realiza o acompanhamento em saúde com consultas, orientações, assistência integral à saúde da mulher, gestante e puérpera, crianças e adolescentes, população LGBTIA+, idosos e a todos os grupos populacionais de todas as etnias. É responsável por ampliar o acesso à RAS, articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua em determinado território.	Porta Aberta (territorializado)	Qualquer munícipe que viva no território adscrito
	CECCO	Tem como proposta promover a convivência entre todas as pessoas, sobretudo as pessoas com transtornos mentais, com deficiências, idosos, crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, dentre outros à população que habitualmente freqüentam esses espaços públicos.	Porta Aberta (territorializado)	Qualquer munícipe que viva no território adscrito
	Profissionais em Equipes Multiprofissionais da Atenção Básica	Composta por profissionais das seguintes categorias: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional e psicólogo. As especialidades médicas indicadas para compor a eMulti são: ginecologia, pediatria e psiquiatria. Os profissionais da eMulti devem desenvolver suas atividades em todas as UBS, com um trabalho integrado junto às equipes de Saúde, dependente do modelo (ESF, Tradicional ou Mista), compartilhando práticas e saberes no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, ampliando o escopo de ofertas da Atenção Básica.	Porta Aberta (territorializado)	Qualquer munícipe que viva no território adscrito
	Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica I	São caracterizados pela articulação dos serviços de abordagem territorial e escuta qualificada das Secretarias Municipais da Saúde e de Assistência e Desenvolvimento Social com a finalidade de realizar busca ativa e articular o acesso às redes municipais de saúde e assistência social. Também presta atenção integral à saúde aos indivíduos que sejam identificados como usuários abusivos de substâncias psicoativas localizados em cenas de uso aberto e adjacências.	Porta Aberta (territorializado)	Qualquer munícipe que viva no território adscrito
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	**Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): Adulto, Infantojuvenil e Álcool e Drogas, nas moadalidades II (segunda a sexta, das 7 às 19hs) e III (24hs, 7 dias por semana, com acolhimento de segunda a sexta das 7 às 19hs)**	Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atuam sob a ótica transdisciplinar. Realizam prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São serviços substitutivos ao modelo asilar.	Porta Aberta (territorializado)	Qualquer munícipe que viva no território adscrito
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	**Pontos de Economia Solidária**	Os empreendimentos se organizam com base no modelo de cooperativas sociais, constituídas com a finalidade de inserir pessoas em desvantagem no mercado econômico por meio do trabalho, de maneira a levar em conta e minimizar as dificuldades gerais e individuais das pessoas que nelas trabalharem, conforme Lei 9867. Na prática, os empreendimentos são formados por um grupo de usuários/trabalhadores fixo e que tenha manifestado interesse na sua adesão ao empreendimento, e tenha sido aceito pelo grupo, com a intermediação da equipe técnica do serviço. Ao ingressar em um empreendimento, os trabalhadores/usuários ou seus curadores tomam ciência e concordam assinam com as regras de funcionamento dos empreendimentos e suas relações, através da assinatura do Termo de Adesão , elaborado em Assembléia.	Grupo de acolhimento mensal Porta aberta	Qualquer munícipe que viva no território adscrito (acima de 18 anos)

ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO I

Nível de Atenção	Tipo de Serviço	Descrição	Acesso	Critérios para admissão
ATENÇÃO RESIDENCIAL EM CARÁTER TRANSITÓRIO	**Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)**	As Unidades de Acolhimento (UA) são serviços residenciais de caráter transitório que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, acolhem temporariamente pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e precisam de acompanhamento terapêutico e proteção temporária.	CAPS AD de referência	Qualquer munícipe que viva no território adscrito (acima de 18 anos)
	Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAIJ)		CAPS IJ de referência	Qualquer munícipe que viva no território adscrito (crianças e adolescentes de 10 até 18 anos incompletos)
	Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica II (SIAT II)	O SIAT II situa-se próximo às cenas de uso aberto de drogas em equipamento com instalações físicas para tratamento em saúde na lógica da redução de danos e acolhida de curto prazo, incluindo estratégias para promover higiene, tratamento em saúde, ressocialização, descanso e lazer. Funciona de forma integrada entre saúde e assistência social, visando dar respostas mais imediatas às necessidades de cada indivíduo nestes dois aspectos, sensibilizando-o para seguimento do tratamento a médio e longo prazo através do encaminhamento ao SIAT III ou outros equipamentos da rede de saúde e assistência, incluindo a possibilidade de retorno familiar.	Encaminhamento da equipe de abordagem de rua (SIAT I)	Qualquer munícipe que viva no território adscrito (acima de 18 anos)
	Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica III (SIAT III)	O Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica - Tratamento e Profissionalização - SIAT III se caracteriza como ação integrada de serviços e equipamentos das Secretarias Municipais da Saúde, de Assistência e Desenvolvimento Social e de Desenvolvimento Econômico e Trabalho para acolhida de médio prazo com tratamento em saúde, ações de assistência social e de qualificação profissional.	Encaminhamento via SIAT II, CAPS, CREAS, Centro Pop	Qualquer munícipe que viva no território adscrito (acima de 18 anos)
	Serviço de Cuidados Prolongados (SCP)	O SCP é um serviço voltado para pessoas que façam uso abusivo de álcool e outras drogas e estejam em situação de vulnerabilidade ou risco social que oferece 39 leitos, acompanhamento e tratamento fundamentados na lógica da abstinência, com permanência possível por até 90 dias e posterior seguimento do cuidado.	Porta referenciada (via Hospital Cantareira ou CAPS AD do município)	
DESINSTITU-CIONALIZAÇÃO	**Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)**	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar de pessoas com transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, exclusivamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção, de acordo com as diretrizes descritas na Portaria nº 106 (Brasil, 2000) e normativas relacionadas). São dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização.	Demandas avaliadas pela Secretaria Municipal da Saúde pela Divisão da Saúde Mental	Ter vivido ou seguir vivendo por dois anos ou mais, ininterruptos, em instituição asilar caracterizada como Hospital Psiquiátrico ou Hospital de Custódia;

ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO I

Nível de Atenção	Tipo de Serviço	Descrição	Acesso	Critérios para admissão
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	**Unidades de Pronto Atendimento (UPA)**	As UPAs e PSs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem atender grande parte das urgências e emergências. Prestam atendimento resolutivo e qualificado, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento. Mantem pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminham aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192.	Porta Aberta	Qualquer munícipe independente do território
	Pronto Socorro (PS)	Unidade especializada para pronto atendimento a quadros psiquiátricos agudos e graves, que indicam importante risco à segurança do usuário e seu entorno. Após a avaliação e estabilização da crise é feita a referência a continuidade do cuidado no território, ou acionado o suporte hospitalar se necessária observação prolongada	Porta Aberta	Qualquer munícipe independente do território
	SAMU	O 192 é um serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência	Central 192	Qualquer munícipe independente do território
ATENÇÃO HOSPITALAR	**Leitos em Hospital Geral**	Oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica. O acesso aos leitos neste Ponto de Atenção deve ser regulado com base em critérios clínicos. No caso do usuário acessar a rede por meio deste Ponto de Atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso. A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.	Solicitação de leito para Regulação Municipal via CAPS AD III IJ II e III, UPA, PS, outro Hospital	

SOBRE A FERRAMENTA E SUA APLICAÇÃO:

Os sistemas de classificação de risco e triagem de prioridades são tecnologias de saúde usadas a princípio nos serviços de urgência e emergência, em situações onde a demanda de pacientes acaba excedendo a capacidade de resposta imediata. Essas propostas tomaram corpo na Inglaterra nos anos 1990 e chegaram ao Brasil em meados dos anos 2000:

> *[a] classificação de risco [...] requer que o profissional defina a queixa ou o motivo que levou o usuário a procurar o serviço de urgência, selecione uma das várias apresentações e, então, procure um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica.* (MACKWAY JONES et al., 2017, p.4)

São conceitos aplicáveis aos serviços de urgência, mas também encontram potencial de aplicação nos demais pontos de atenção:

> *o método não foi projetado para julgar se os pacientes deveriam estar ou não num serviço de urgência, mas para assegurar que aqueles que precisam de cuidados de urgência e emergência os recebam de forma adequada e rápida.* (MACKWAY JONES et al., 2017, p.6)

A proposta de uma ferramenta de classificação de risco em saúde mental possibilita a priorização e o ordenamento dos atendimentos de demanda espontânea mas também confere uma direção aos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Sua aplicação – que pode ocorrer em qualquer momento do processo de cuidado do usuário em questão, e não apenas no acolhimento inicial - exige uma escuta qualificada pois a compreensão do risco deve ser um processo dialógico no qual o usuário, sua família e meio social devem ser incluídos na avaliação. Espera-se, assim, aumentar a chance de oferecer ao munícipe o cuidado necessário no Ponto de Atenção mais adequado para aquele momento, fortalecendo vínculos e contribuindo com a reabilitação psicossocial e a autonomia.

Reiteramos a importância dos momentos voltados para a discussão dos casos e trocas de conhecimento entre os membros das equipes, buscando consenso sobre os critérios, os sinais e os sintomas que subsidiam a estratificação e a subsequente classificação do risco em cada caso.

DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL E O TRABALHO EM REDES:

Ao escutar de forma qualificada queixas potencialmente relacionadas com transtornos mentais, principalmente quando o vínculo entre usuário e equipe (ainda) não foi estabelecido de forma segura, ou ainda não se dispõe de maiores informações sobre o contexto vivencial do sujeito, se faz necessário apurar de forma criteriosa que elementos estão associados com o sofrimento relatado ou observado e qual o grau de risco que a queixa indica, como: ideação suicida, conflitos familiares, quadros de agitação psicomotora e demais situações que podem necessitar de atendimento prioritário ou imediato.

De acordo com estudos e normativas internacionais, a prevalência de transtornos mentais na população em geral tem mais ou menos esta configuração em relação aos níveis de atenção do SUS:

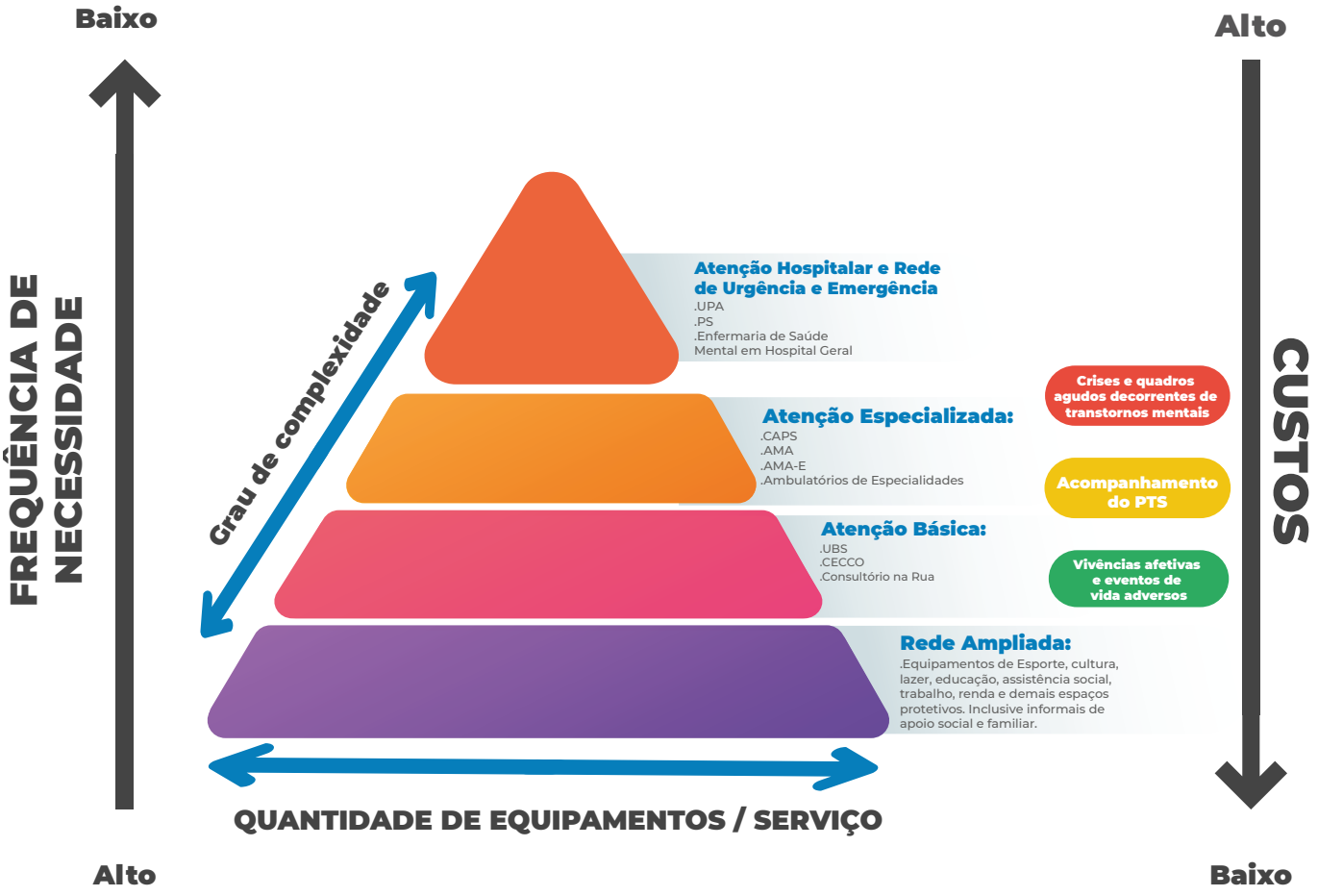

Figura 1: Correlação entre prevalência de transtornos mentais e níveis de atenção no SUS. Adaptado de IASC, 2007.

A figura serve para ilustrar, em âmbito geral, uma menor prevalência de crises agudas em saúde mental que precisarão ser atendidas em nível hospitalar, quando comparado ao volume das demais necessidades atendidas na atenção básica, atenção especializada e também notadas em âmbitos além da rede de saúde formal. Fica claro, pela figura, que uma grande parte da promoção à saúde mental, prevenção de agravos e mesmo intervenções em direção ao aumento da qualidade de vida e bem estar psíquico podem – e ocorrem – fora do âmbito da saúde, na chamada Rede Ampliada ou Intersetorial. Ao favorecer a integralidade, a proposta da estratificação e classificação de risco em saúde mental combina a dimensão epidemiológica com os princípios que orientam as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes, 2011). Ressalta-se, porém, que, conforme as necessidades identificadas ao longo do tratamento, o usuário poderá ser assistido em diferentes Pontos de Atenção:

Figura 2: Integrantes da Rede de Atenção Psicossocial

DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL E O TRABALHO EM REDES:

O processo de estratificação e classificação de risco passa por três etapas sucessivas que podem ser aplicadas durante as consultas agendadas, no acolhimento inicial, em momentos de crise, em atendimentos compartilhados, em discussões de caso ou em reuniões de matriciamento:

- Avaliação dos sinais e sintomas – Tabela 1
- Identificação de vulnerabilidades e fatores de proteção – Tabela 2
- Equipamentos de saúde e conduta por risco avaliado – Tabela 3

Essas etapas sucessivas servem tanto como norteadoras, durante os primeiros contatos do paciente com a equipe, quanto como no sentido de qualificar novas necessidades identificadas e orientar a repactuação do PTS junto aos usuários já acompanhados. Não são "scores" ou escalas que definam diagnósticos: são norteadoras de avaliação da situação em que se encontra o caso em questão. Ainda salientamos:

- a ferramenta tem como objetivo avaliar o risco presente e não é voltada a delimitar diagnósticos;
- a clínica é soberana, no sentido em que o conhecimento do caso, do território, da Rede, do vínculo e das relações psicossociais do paciente em questão devem ser considerados, bem como os diferentes campos de saber que compõem a equipe no entendimento do caso;
- desigualdades e determinações sociais precisam ser avaliadas em cada caso, exemplo: um paciente em crise que conta com retaguarda familiar está vivenciando um grau menor de risco que uma pessoa, vivenciando semelhante crise, mas em situação de rua ou que não dispõe de apoio social.

A ferramenta de estratificação e classificação de risco em saúde mental se propõe a abordar as situações de maneira ampla e geral e por isso não delimita critérios específicos em termos de gênero, raça-cor e faixa etária – reconhecemos que estes são elementos importantes quando consideramos as desigualdades envolvidas nas situações de sofrimento e por conta disso é altamente recomendado que as equipes contextualizem esses fatores na elaboração das condutas.

O profissional, em qualquer ponto da RAPS, pode se valer destas três tabelas para definir uma proposta de atendimento e orientar o usuário em relação aos equipamentos que se encarregarão de executar as ações necessárias:

Na Tabela 1 são apresentadas de forma resumida, as principais queixas, sinais e sintomas comuns nas demandas em saúde mental, os graus correspondentes indicam o nível de atenção a ser acionado de acordo com a gravidade avaliada. O profissional de saúde deve utilizá-la no primeiro momento para situar a queixa trazida.

Após a identificação dos sinais e sintomas, na Tabela 2 está contido um questionário onde são apresentadas 10 perguntas que orientam a investigação sobre os fatores de vulnerabilidade e proteção. Ao considerar estes fatores, dependendo do resultado do questionário, é possível que o nível de gravidade seja maior que a avaliação da queixa isolada.

Por fim, na Tabela 3 há um diagrama indicando os equipamentos onde as demandas deverão ser atendidas e posteriormente acompanhadas. Trata-se de uma orientação de conduta por risco avaliado, em que são mencionados os profissionais e equipamentos de saúde que prestarão a assistência e que, posteriormente, farão o seguimento longitudinal do caso.

O resultado da ferramenta propicia um enquadre, sendo importante destacar que todo o fundamento que orienta a classificação de risco em saúde mental não deve ser no sentido de orientar condutas rígidas. O cuidado em saúde mental leva em conta a complexidade, a singularidade e a dinâmica própria dos casos, embora seja importante que os critérios da classificação sejam de comum entendimento na rede.

Importa notar, no entanto, que todo acolhimento e/ou avaliação que implique em uma suspeita de risco "vermelho" ou "laranja" demanda, necessariamente, que seja acionada a equipe de enfermagem e médica do Ponto de Atenção em questão, visto serem condições que necessitam de uma avaliação clínica para então ser decidida a conduta.

Para concluir ressaltamos que o processo de estratificação e classificação de risco deve orientar a conduta mais oportuna possível ao usuário. Independente do ponto da RAPS acionado, a Atenção Básica é o nível responsável pelo acompanhamento longitudinal das questões de saúde/doença de todos os habitantes de seu território, aí incluídos os agravos em saúde mental. Por conta disso, é preciso que este nível de atenção tenha ciência e conhecimento das condutas tomadas pelos outros Pontos de Atenção e que sempre que possível seja envolvido nos processos de avaliação e cuidado.

Salientamos, também, que as ações devem encontrar respaldo nas informações obtidas por meio de uma escuta qualificada, respeitosa e orientada para a resolutividade no menor tempo possível.

Quadro-resumo:

√ A quem se destina o documento: a todos os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial: profissionais de nível médio, profissionais de nível superior;

√ Objetivo: fornecer subsídios práticos para a operacionalização do cuidado compartilhado, do apoio matricial e das referências e contrarreferências da forma mais realista e articulada possível, prezando sempre pelo melhor uso dos recursos da RAPS e pela integralidade do cuidado por meio de orientações sobre a identificação de diferentes sinais e sintomas de gravidade em saúde mental, independentemente do momento do tratamento ou do Ponto de Atenção em que a pessoa esteja;

√ Atenção: Os níveis de gravidade LARANJA e VERMELHO demandam uma avaliação técnica da equipe de enfermagem e médica para então ser decidida a conduta. Nesse sentido, os profissionais da equipe multi (de nível médio e de nível superior), ao identificarem sinais e sintomas que indiquem esses níveis de gravidade, devem acionar suas equipes e/ou os Pontos de Atenção listados abaixo para avaliação e conduta;

√ Expectativa: Que as orientações abaixo contribuam para o acolhimento, o cuidado, o acompanhamento e o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico nos espaços mais apropriados da Rede de Atenção Psicossocial de acordo com seu grau de risco e/ou de sofrimento;

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS

COR	CLASSFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO
VERMELHO	Caso **GRAVÍSSIMO**, presença de complicações do quadro clínico orgânico e necessidade de suporte hospitalar. Condições onde o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração que ameaçam a própria vida ou de terceiros. Situações que obrigatoriamente devem ser referenciadas à outros Pontos de Atenção da RAPS após a atenuação do risco.	Violência autoprovocada - usuário em situação PRESENTE de auto ou hétero agressão e/ou apresenta ferimentos ferimentos profundos, com necessidade de sutura/ ou com intenção de tirar a própria vida, está ativamente tentando se machucar ou está tentado evadir para tal finalidade. A confirmação do risco pode ser ao observar elementos como a postura (tensa ou com punhos cerrados), o padrão de discurso (alto, com palavras ameaçadoras) e a atividade psicomotora (inquietação, impulsividade...). A situação de alto risco pode ser agravada quando há acesso a armas, potenciais vítimas por perto e falas ameaçadoras direcionadas, em especial na presença de sinais de perda do controle, prejuízos ao julgamento, orientação e sensopercepção. Autonegligência (perda do autocuidado) grave que indicam risco a vida com repercussões clínicas como, desnutrição, alterações metabólicas e desidratação associadas com transtornos mentais como transtornos alimentares, transtornos graves do humor e/ou dos impulsos e quadros psicóticos. Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e/ou outras drogas) com repercussões clínicas e/ou rebaixamento de nível de consciência e/ou agitação psicomotora com risco para si ou terceiros (delirium / abstinência grave) Suspeita de overdose ou envenenamento - informação que pode vir de terceiros ou avaliada na presença de caixas de remédios vazias, produtos tóxicos e outros elementos no ambiente. Quadro psicótico agudo com manifestação de delírios, alucinações, prejuízos no julgamento com alterações do comportamento que indique risco para si e para terceiro assim como quadros psicóticos refratarios que necessitem suporte hospitalar para a estabilização. Quadros confusionais agudos (ex: rebaixamento de consciência, não conseguir responder a perguntas básicas sobre si ou sobre o ambiente em que está) que necessitam de investigação clínica imediata. Uso nocivo de álcool e outras drogas, com agitação e/ou agressividade auto ou heterodirigida, refratária à abordagem. Quadros de delirium ou abstinência. Negativa ou ausência de resposta para adesão ao tratamento ambulatorial e evidente risco à vida – manejo para internação involuntária segundo a Nota Técnica 08/2023. Situação de abuso ou negligencia envolvendo crianças ou adolescentes, violência identificada no contexto vivencial, vínculos protetivos fragilizados, que se apresentem associadas a um estado de intensa fragilidade clínica (tais como desnutricao, alteracoes metabólicas,intoxicacoes exógenas, ferimentos, queixas somáticas que necessitem de investigacao imediata) e/ou psiquica (rebaixamento de nível de consciencia, sintomas psicóticos, agitacao psicomotora). Determinações judiciais de internação compulsória amparadas pela Lei 10.216 /2001 e Nota Técnica SMS/ CAB no. 08/2023.	**- UPA** **- PS ENFERMARIA** **- PSIQUIATRIA** **- HOSPITAL GERAL** (de preferência no seu território de origem) **- ENFERMARIA PEDIÁTRICA** (no caso de crianças e adolescentes)

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS

COR	CLASSFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO
LARANJA	Condições que potencialmente ameaçam à vida e requerem rápida intervenção. Urgência considerada de **RISCO ELEVADO**, com necessidade de atenção imediata, que justifica avaliação clínica e atendimento especializado devido o potencial risco de complicações e agravamento do caso.	Quadro psicótico agudo, com manifestação de delírios, alucinações, prejuízos no julgamento com alterações do comportamento, agitação psicomotora ou prostração/ catatonia. Perda da capacidade crítica e/ou sinais de agressividade, alterações importantes nas faculdades de julgamento, orientação e sensopercepção.	**- CAPS na modalidade III ou IV quando o usuário é conhecido pela equipe e não houver risco clínico iminente** **- UPA** **- PRONTO SOCORRO**
		Autonegligência (perda do autocuidado) com repercussões clínicas (emagrecimento, desnutrição, alterações metabólicas e desidratação) associadas com transtornos mentais como transtornos alimentares, transtornos graves do humor e/ou dos impulsos e quadros psicóticos a serem esclarecidas e acompanhadas em avaliação especializada.	
		Alcoolismo, consumo nocivo ou dependência de substâncias com sinais de abstinência leve ou moderada. Prejuízos vivenciais e presença de outros agravos agudos à saúde física que podem ser acentuados pelo risco social.	
		Quadro de intoxicação comprovada ou referida, sem sinais evidentes de rebaixamento de consciência ou alterações metabólicas, hemodinâmicas, traumas físicos ou déficits focais.	
		Episódios conversivos/dissociativos, transtornos do humor com sinais de deterioração psíquica com alteração aguda do comportamento e risco à própria integridade e/ou terceiros.	
		Crianças, jovens e adultos com sinais de automutilação /violência autoprovocada e discurso com ideação suicida estruturada.	
		Sinais de emagrecimento intenso e intencional sem crítica com riscos para a saúde física e/ou ideação suicida associada com quadro de impulsividade.	
		Criança ou adolescente em situação de violência, abuso e/ou negligência, com risco de auto agressão e/ou presença comportamento disruptivo com manejo familiar limitado. Identificação de riscos ao desenvolvimento psíquico a serem avaliados por equipe multiprofissional.	
		Determinações judiciais com demandas de avaliação, acolhimento e formulação de PTS (se direcionadas a estes serviços).	
		Quadros puerperais, sofrimento relacionado à gestação e dificuldades do cuidado com recém-nascido que apresentem risco para a mãe ou o bebê.	

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS

COR	CLASSFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO
AMARELO	Casos que indicam gravidade moderada. Condições que podem evoluir para um problema sério se não forem acompanhadas. **RISCO MODERADO**, que justifica avaliação em CAPS em tratamento em conjunto com Atenção Primária com apoio da Equipe Multiprofissional da Atenção Básica.	Quadro psicótico crônico estabilizado, sem sinais presentes no momento de agitação psicomotora e/ou agressividade auto ou heterodirigida, com ou sem apoio sócio familiar, mas que possibilite abordagem e tratamento extra-hospitalar no território.	- CAPS - UBS
		Crianças, jovens ou adultos com sinais de automutilação / violência autoprovocada, discurso com ideação suicida inconsistente ou pouco estruturada, sem questões clínicas ou prejuízos físicos evidentes.	
		Alcoolismo, consumo nocivo ou dependência de substâncias sem sinais de abstinência ou com manifestações leves. Prejuízos vivenciais e presença de agravos à saúde que podem ser acentuados pelo risco social.	
		Histórico de tratamento psiquiátrico devido a tentativa de suicídio, quadros de impulsividade e hospitalização prévia. Sem manifestação aguda presente de risco para si ou terceiros.	
		Primeiro episódio de crise psicótica, manifestações delirantes, alucinações, sensação de estranhamento de si mesmo, relatos de sofrimento devido medo de perda do controle ou da realidade, prejuízo da funcionalidade sem histórico pregresso de tratamentos em saúde mental.	
		Quadros que indiquem presença de transtornos mentais comuns ou alterações importantes do humor, da rotina e dos impulsos. Situações que requeiram mudança de prescrição medicamentosa e necessidade de monitoramento da evolução clínica.	
		Quadros puerperais, sofrimento relacionado à gestação e dificuldades do cuidado com recém-nascido que não apresentem risco para a mãe ou o bebê.	
		Avaliações e elaboração de PTS nas situações que envolvam transtornos de acumulação.	
		Egressos de internação psiquiátrica prolongada, abrigamento, reclusão, detenção penitenciária, situações com necessidade de reconstrução de vínculos e formulação ou revisão de PTS.	
		Determinações judiciais com demandas de avaliação, acolhimento e formulação de PTS (se direcionadas a estes serviços).	

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS

COR	CLASSFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO
VERDE	Situações que apresentam potencial para complicações. Quadros clínicos com sinais e sintomas considerados de **BAIXO RISCO,** sem indicação de atenção intensiva ou risco à vida. Quadros que justificam a continuidade do tratamento no nível da Atenção Primária à Saúde, com apoio da EMAB e dos CECCOs.	Seguimento de transtornos mentais comuns: ansiedade, quadros depressivos sem risco para si ou terceiros ou quadros psicóticos crônicos estabilizados.	**- UBS** **- CECCO**
		Insônia, mudanças bruscas e importantes do padrão do sono e dos hábitos alimentares.	
		Síndromes conversivas/dissociativas sem risco para si ou para terceiros. Desmaios sem febre; Sem alterações respiratórias, metabólicas, hemodinâmicas; sem quadro infeccioso concomitante e descartadas possíveis alterações neurológicas.	
		Sintomas psicossomáticos, crises de ansiedade e relatos difusos de angústia.	
		Episódios de uso nocivo/abusivo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas sem prejuízos importantes para o cotidiano do paciente	
		Demandas escolares, pedidos para avaliação de comportamento de crianças e adolescentes.	
		Sofrimento decorrente de luto e reações adaptativas às perdas (familiar, afetiva, trabalho e demais laços).	
		Avaliação de questões em saúde mental relacionadas à gestação, ao acompanhamento pré- natal e ao planejamento familiar.	
		Insegurança e queixas relacionadas a dificuldades financeiras, dívidas, dificuldades no recebimento de benefícios ou situações que provoquem sofrimento.	
		Condições psiquiátricas crônicas estabilizadas. Investigação de demandas ou situações de sofrimento trazidas pela equipe de acolhimento da unidade ou agentes da Estratégia Saúde da Família.	

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS

COR	CLASSFICAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO
AZUL	Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos sem alterações dos sinais vitais. Situações inespecíficas, prestação de informações e orientações, sinais e/ou sintomas considerados **NÃO URGENTES**, sem sofrimento evidente que justifique atendimento especializado. Acompanhamento por meio dos recursos da Atenção Primária, ações de cuidado em saúde mental longitudinal nos quadros estabilizados e sem agravos imediatos.	Manutenção do acompanhamento médico, farmacológico e/ ou orientação multiprofissional para pacientes com transtornos mentais comuns, em uso ou não de medicação e estabilizados. Orientações, ações de cuidado e proteção aos familiares e construção de redes sociais de apoio. Revisão / elaboração de PTS, propostas de atividades vivenciais e de cuidado voltadas à prevenção e qualidade de vida.	**- UBS** **- CECCO** - CAPS (se o caso **estiver em acompanhamento** pelo CAPS)

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS			
COR	**CLASSFICAÇÃO**	**SINAIS E SINTOMAS**	**SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO NO MOMENTO**
BRANCO	Outras demandas derivadas do quadro de saúde e questões que não necessitem de pronta intervenção ou revisão do PTS.	Queixas administrativas: trocas e requisições de receitas, laudos médicos, relatórios para fins de previdência, transporte e demais processos.	**- UBS** - CAPS (se o caso **estiver em acompanhamento** pelo CAPS)

LEGENDA	
VERMELHO	Caso gravíssimo com necessidade de atendimento imediato. Situações que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros. Situações passíveis de serem estabilizados apenas com aparato hospitalar
LARANJA	Risco significativo. Condições que potencialmente ameaçam à vida, que requerem rápida intervenção e seguimento posterior, com eventual necessidade presente de suporte pré-hospitalar
AMARELO	Casos de gravidade moderada. Condições que podem evoluir e elevar o risco se não forem avaliadas e acompanhadas pela Atenção Especializada em conjunto com Atenção Básica
VERDE	Condições psíquicas estabilizadas, mas que apresentam um potencial para complicações caso não haja acompanhamento longitudinal
AZUL	Condições não agudas, não urgentes ou quadros crônicos estáveis, sem alterações significativas. Ações voltadas à promoção e prevenção em saúde mental
BRANCO	Eventos ou situações que não exigem intervenção sobre o estado de saúde. Demandas administrativas

ORIENTAÇÕES GERAIS

Sinais e indicadores de risco:

• Rebaixamento do nível de consciência (sonolência excessiva, maior tempo de latência entre pergunta e resposta);
• Estados confusionais (falas sem sentido, não compreende o que é questionado);
• Agitações psicomotoras (anda de um lado para o outro, não consegue se manter sentado, verbaliza ameaças, tem acesso a meios para se machucar ou machucar os outros);
• Comportamento Impulsivo; Abuso de Drogas; Quadro de Hipomania / Mania / Euforia;
• Manifestações psicóticas (delírios ou alucinações);
• Ideação suicida com planejamento estruturado;
• Ferimentos que necessitem de atenção imediata (arma de fogo, arma branca ou feridas abertas);
• Dificuldade para respirar;
. Febre;
• Convulsões;
• Vivência de institucionalização prolongada (sistema penitenciário, Fundação Casa, abrigamento, SAICA...);
• Contexto familiar e social vulnerável e/ou atravessado por violência;

TABELA 2 - ESTRATIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

Nome:_____

Data:_____ **CNS/SUS:**_____

TABELA AVALIAÇÃO COMBINADA DE VULNERABILIDADES E FATORES DE PROTEÇÃO PARA O RISCO EM SAÚDE MENTAL					
Siga o questionário com o usuário, marque todas as perguntas com 'Sim' ou 'Não', ao final conte as respostas e identifique o número total de respostas nas colunas **Vulnerabilidade** e **Proteção**					
	Está impossibilitado de responder ao questionário? (Usuário inconsciente, extremamente delirante, agitação intensa, problemas de idioma, dificuldades em relação a linguagem ou sem possibilidades de comunicação de modo crônico ou temporário?)	Sim ( )	Não ( )		Se a resposta for SIM, considerar o RISCO apenas de acordo com os SINAIS e SINTOMAS
		Vulnerabilidade	Proteção	Indiferente	Contar as respostas na coluna **VULNERABILIDADE**. Se o número de respostas na coluna **VULNERABILIDADE** for maior ou igual wa 6 aumentar a classificação final de risco em um nível. Se for igual a 9: aumentar **dois** níveis.
1	Tem acesso à meios para se machucar/ machucar outros? (armas de fogo, instrumentos perfurocortantes, grande quantidade de medicamentos, de drogas ou venenos; outros instrumentos potencialmente lesivos; tem fácil acesso a lugares altos ou locais de onde possa pular?)	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
2	O CAPS III está disponível, no território, para uma possibilidade de acolhida 24hs? (atentar para horário de funcionamento, vínculo do paciente com o serviço e disponibilidade de vagas)	Não ( )	Sim ( )	Não se aplica ( )	
3	Frequenta regularmente o CAPS / UBS / CECCO ou outros espaços de tratamento em saúde mental?	Não ( )	Sim ( )	Não se aplica ( )	
4	É pessoa em situação de rua?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
5	Apresenta qualquer uma destas condições: comorbidade psiquiátrica? Histórico de internação em psiquiatria? Histórico ou situação presente de institucionalização, asilamento ou reclusão?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
6	Foi vítima ou relata situação de violência ou discriminação por raça, orientação sexual, gênero, cor ou origem?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
7	É pessoa com deficiência?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
8	A rede de apoio, se presente, (familiares, amigos, acompanhantes, companheiro[a] afetivo) pode se corresponsabilizar e estar próxima ao caso?	Sim ( )	Não ( )	Não se aplica ( )	
9	Tem vínculos sociais? (trabalha, estuda, frequenta espaços comunitários ou religiosas)?	Não ( )	Sim ( )	Não se aplica ( )	
	TOTAL DE RESPOSTAS POR COLUNA				

TABELA 3 - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE E CONDUTA POR RISCO AVALIADO

Equipamento	Risco Classificado	Ação, intervenção e conduta geral	Profissionais	Serviço que prestará os cuidados no momento	Equipamentos que podem acompanhar o caso longitudinalmente
- UBS tradicional - Mista - eAP - eSF	Vermelho	Acolher e Encaminhar para UPA/PS	Clínica Médica | Psiquiatria | Enfermagem	UPA/PS ou Leito de enfermaria	UBS | CAPS
	Laranja	Acolher, atender e discutir o caso com eMulti e CAPS	Clínica Médica | Psiquiatria | Enfermagem | EMAB	CAPS III ou UPA | PS | Leito de enfermaria	UBS | CAPS
	Amarelo	Acolher, atender e discutir o caso com EMAB e CAPS	eMulti | Psquiatria	eMulti | CAPS	UBS | CAPS
	Verde	Acolher a Avaliar PTS	Enfermagem | eMulti	UBS	UBS | CECCO
	Azul	Acolher e Avaliar PTS	Enfermagem | eMulti	UBS	UBS | CECCO
	Branco	Acolher	eMulti | Equipe Admnistrativa	UBS	UBS
CECCO	Vermelho	Acolher e Encaminhar para UPA/PS	Clínica Médica | Psiquiatria | Enfermagem | eMulti	UPA/PS ou Leito de enfermaria	UBS | CAPS
	Laranja	Acolher, atender e discutir o caso com EMAB da UBS e rede hospitalar	Clínica Médica | Psiquiatria | Enfermagem | eMulti da UBS	CAPS III ou UPA | PS | Leito de enfermaria	UBS | CAPS
	Amarelo	Acolher, atender e discutir o caso com eMulti da UBS	eMulti | Psiquiatria	UBS | CAPS	UBS | CAPS
	Verde	Acolher e avaliar PTS	Equipe Multiprofissional | eMulti da UBS	UBS	UBS | CECCO
	Azul	Acolher e avaliar PTS	Equipe Multiprofissional	UBS	UBS | CECCO
	Branco	Acolher	Equipe Multiprofissional | Administrativa	UBS | CAPS	UBS | CECCO
CAPS	Vermelho	Encaminhar para UPA/PS	Clínica médica | Psiquiatria | Enfermagem	UPA/PS ou Leito de enfermaria	UBS | CAPS
	Laranja	Acolher, atender e discutir o caso com eMulti da UBS e rede hospitalar	Clínica médica | Psiquiatria | Enfermagem | eMulti da UBS	CAPS III ou UPA | PS | Leito de enfermaria	UBS | CAPS
	Amarelo	Acolher, atender e discutir o caso com eMulti da UBS	eMulti | Psiquiatria	UBS | CAPS	UBS | CAPS
	Verde	Acolher e avaliar PTS	Equipe Multiprofissional | eMulti da UBS	UBS	UBS | CECCO
	Azul	Acolher e avaliar PTS	Equipe Multiprofissional	UBS | CECCO	UBS | CECCO
	Branco	Acolher	Equipe Multiprofissional | Administrativa	UBS | CAPS	UBS | CAPS
- AMA - AMA-E	Vermelho	Acolher e encaminhar para UPA/PS	Clínica Médica | Psiquiatria | Enfermagem	UPA/PS ou Leito de enfermaria	UBS | CAPS
	Laranja	Acolher, atender e discutir o caso com eMulti e CAPS	Clínica médica | Psiquiatria | Enfermagem | eMulti da UBS	CAPS III ou UPA | PS | Leito de enfermaria	UBS | CAPS
	Amarelo	Acolher, atender e discutir o caso com eMulti e CAPS	eMulti da UBS | Psiquiatria	EMAB | CAPS	UBS | CAPS
	Verde	Acolher e avaliar PTS	Enfermagem | eMulti da UBS	UBS	UBS | CECCO
	Azul	Acolher e avaliar PTS	Enfermagem | eMulti da UBS	UBS | CECCO	UBS | CECCO
	Branco	Acolher	AMA | UBS | Equipe Administrativa	UBS	UBS
- UPA -Pronto Socorro	Vermelho	Atender e discutir o caso com CAPS	Clínica Médica | Psiquiatria | Enfermagem	UPA | PS | Leito de enfermaria	CAPS
	Laranja	Discutir o caso com CAPS e prestar atendimento	Clínica Médica | Psiquiatria | Enfermagem	UPA | PS | CAPS III	CAPS
	Amarelo	Acolher, atender e encaminhar para CAPS	eMulti | Psiquiatria	UBS | CAPS	CAPS | UBS
	Verde	Atender e Encaminhar UBS	Enfermagem | eMulti	UBS | CAPS	UBS | CECCO
	Azul	Atender e Encaminhar UBS	Enfermagem | eMulti	UBS | CAPS	UBS | CECCO
	Branco	Encaminhar UBS	eMulti | Equipe Administrativa	UBS	UBS
- Enfermaria - Hospital Geral	Vermelho	Atender e discutir o caso com CAPS	Clínica Médica | Psiquiatria | Enfermagem	Leito de enfermaria	CAPS
	Laranja	Discutir o caso com CAPS e prestar o atendimento	Clínica Médica | Psiquiatria | Enfermagem	Leito de enfermaria | CAPS	CAPS
	Amarelo	Encaminhar para CAPS	eMulti | Psiquiatria	UBS | CAPS	CAPS | UBS
	Verde	Encaminhar UBS	Enfermagem | eMulti	UBS | CAPS	UBS | CECCO
	Azul	Encaminhar UBS	Enfermagem | eMulti	UBS | CAPS	UBS | CECCO
	Branco	Encaminhar UBS	eMulti | Equipe Administrativa	UBS	UBS

ANEXO I – SUGESTÕES DE LEITURA

• **Sobre intervenções possíveis para não -especialistas:**
MI GAP: 20190215-MH-GAP-OMS_portuguese.pdf (mpce.mp.br) – quadros de sinais e sintomas

• **Primeiros Cuidados Psicológicos**: Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo (paho.org) – exemplo de documento para não-especialistas

• **Guia IASC:** iasc_mhpss_guidelines_portuguese.pdf (interagencystandingcommittee.org) com propostas de atendimento sobretudo para situações de emergências de grandes proporções

· **Sobre matriciamento em saúde mental**
Guia Matriciamento: guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

Nota Técnica Acolhimento Noturno SMS/CAB no. 08/2023:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Nota_Tecnica_Acolhimento_Noturno.pdf"

ANEXO II – ACOLHIMENTO NOTURNO NOS CAPS III

Procedimento SIA-RAAS: 03.01.08.002-0 - Acolhimento noturno de paciente em centro de atenção psicossocial

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o equipamento responsável pelo cuidado das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS tipo III dispõem de estrutura física e equipe dimensionada para a oferta de atenção integral (24 horas) por meio de acolhimento noturno e aos finais de semana. Segundo a Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012, esse procedimento consiste em:

> Ação de hospitalidade noturna realizada nos Caps como recurso do Projeto Terapêutico Singular [PTS] 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).

Em outras palavras, o acolhimento noturno representa uma possibilidade de intervenção quando se faz necessário um serviço de atenção contínua, em especial nas situações de crise decorrentes de transtornos graves, quando há acentuação de vulnerabilidades e que podem indicar maior risco para o usuário e as pessoas em seu convívio.

A necessidade de acolhimento noturno deve ser avaliada de forma participativa e corresponsável. Ao propor a atenção integral o profissional de referência deve envolver o usuário, quando possível sua família e a rede de apoio, mediando as expectativas e receios. Ademais, as informações mais relevantes sobre o caso devem ser compartilhadas com toda a equipe técnica e, conforme as necessidades, discutidas com outros serviços integrantes da rede.

Esta ação não deve ser equiparada à internação hospitalar ou à observação na rede de urgência e emergência. O acolhimento noturno segue os mesmos princípios que orientam as demais propostas dos Caps: tratamento territorial em liberdade, voluntariedade e vínculo – que pode, por vezes, demandar a capacidade de manejo da equipe ao negociar com o usuário possíveis sentimentos ambivalentes frente à proposta, afirmando a responsabilidade técnica dos profissionais frente à avaliação de aumento do risco.

DIRETRIZES PARA O ACIONAMENTO OPORTUNO DESTE RECURSO:

• O acolhimento noturno não deve ser um fim em si, é necessário que esteja ligado a um contexto e objetivos maiores – portanto é fundamental em cada caso a elaboração de um PTS longitudinal, com metas voltadas à independência e autonomia do sujeito;

• Não se trata de uma ação tutelar, mas sim orientada à reabilitação psicossocial, o que significa favorecer a promoção de direitos enquanto o usuário estiver sob os cuidados intensivos;

• É uma importante estratégia de cuidado para diminuir o grau de risco imediato, tensões entre usuário e família e/ou sua rede de apoio próxima, e também minimizar as limitações provocadas pelos transtornos mentais ou pela intensificação do consumo de substâncias;

• O acolhimento noturno deve ser pautado na resolutividade. As intervenções durante a crise devem ser orientadas a se evitar a internação ou a hospitalização prolongada. Portanto, todos os recursos clínicos da equipe devem ser articulados: escutar, avaliar e discriminar as demandas para intervir com a conduta mais apropriada.

• Oportunizar intervenções ampliadas e aproveitar os recursos da rede, exemplo: realizar uma VD e avaliar as necessidades da família enquanto o usuário está acolhido, aplicar AMPI caso se trate de uma pessoa idosa, solicitar na rede avaliações e atendimentos compartilhados com profissionais que não integram as equipes dos Caps como nutrição, fisioterapia, neurologia e demais especialidades conforme as necessidades do caso e, no mesmo sentido, promover diagnóstico diferencial se houver suspeita de quadros orgânicos;

• Cuidados intensivos significa atenção e apoio a questões fundamentais como higiene, alimentação, administração e avaliação dos efeitos das medicações. O dispositivo também pode facilitar o manejo de aspectos práticos, exemplo: se o usuário precisar fazer um exame, que seja necessário ficar em jejum ou abstinente, mas sua rede de apoio não consegue garantir essas condições, o acolhimento noturno pode ser uma estratégia interessante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. COELHO, M.T.A. PERES, M.F.T. O conceito de saúde mental. Revista USP. 1999; vol 43, pp. 100-125.

ALVARENGA, E. O manejo das urgências subjetivas. In: OLIVEIRA, R. M. (org). Urgências psiquiátricas & atenção à crise na rede de saúde mental. Belo Horizonte: Artesã, 2022, pp 54-60.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária: Atenção à demanda espontânea na APS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad28.pdf. Acesso em: 23 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012. Altera a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 17 jan. 2023.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (orgs). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª ed, 2009, pp 59-82.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (orgs). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª ed, 2009, pp. 83-100.

CHIAVERINI, D. H. et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. 2011.Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 30 mai. 2023

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 661/2021, de 9 de março de 2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Brasília, DF, 11 mar. 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html. Acesso em: 23 mai. 2022.

DESVIAT, M. Coabitar a diferença: da Reforma Psiquiátrica à Saúde Mental Coletiva. São Paulo: Zagodoni, 2018.

DUNKER, C.I.L. Estrutura e constituição da clínica psicanalítica. São Paulo: Annablume, 2011.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental. Espírito Santo, 2018. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf#:~:text=O%20Protocolo%20de%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco%20em%20Sa%C3%BAde,gest%C3%A3o%20do%20risco%20cl%C3%ADnico%20que%20tem%20por%20objetivo. Acesso em: 23 mai. 2022.

FAGUNDES, S.M.S. Àguas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

GALDERISI, S. HEINZ, A. KASTRUP, M. Et al. A proposed new definition of mental health. Psychiatr. Pol., 2017, vol 51, n. 3, pp 407-411.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE. Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias. Tradução: Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2007.

MACKWAY-JONES, J.J.; WINDLE, J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2ª ed. Versão brasileira: Welfane Cordeiro Júnior; Maria do Carmo Paixão Rausch. Belo Horizonte: Folium, 2017.

MARTIN-BARÓ, 1988. La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. Revista de Psicologia de El Salvadaor, 1988, vol VII, no. 28. Pp 123-141.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: OPAS/OMS/CONASS, 2011. Disponível em: redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 22 mai 23.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mental health action plan 2013-2020. Genebra: WHO, 2013. Disponivel em: 9789241506021_eng.pdf

World Mental Health Report. Genebra: 2022. Disponível em: World Mental Health Report (who.int)

SILVA, T. C. S. et al. Acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial III. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0964. Acesso em: 17 jan. 2023.

TELESSAÚDE ES. WebPalestra: Urgências Psiquiátricas na APS. Disponível em: http://youtube.com/watch?v=ELPkrvqo-34. Acesso em: 23 mai. 2022.

TELLES, N. N. et al. Perfil dos usuários do acolhimento noturno de um CAPS III do Município de São Paulo. Research, Society and Development, v. 10, n. 10, p. e164101018758-e164101018758, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18758. Acesso em: 17 jan. 2023

SUS

CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE