

**FLUXO PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL
PORTA DE ENTRADA: ATENÇÃO BÁSICA**

PONTO DE IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

DEMANDA ESPONTÂNEA

**DEMANDA
PROGRAMÁTICA**

ESCUTA INICIAL
(RECEPÇÃO, POSSO AJUDAR, ACS,
TÉCNICO DE ENFERMAGEM, AUXILIAR
ADMINISTRATIVO, ENTRE OUTROS)

**REALIZAR ESCUTA QUALIFICADA
ÀS DEMANDAS DE SOFRIMENTO
PSÍQUICO**

**PERCEPÇÃO DE DEMANDA DE
SOFRIMENTO PSÍQUICO**

SEGUIR FLUXO 2

**DIRECIONAR PARA
ACOLHIMENTO POR
PROFISSIONAL
QUALIFICADO**

**REALIZAR ESCUTA QUALIFICADA
ÀS DEMANDAS DE SOFRIMENTO
PSÍQUICO**

SEGUIR FLUXO 1

FLUXO 1



Prefeitura de Jundiá

PORTA DE ENTRADA: ATENÇÃO BÁSICA

PONTO DE IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADO: DEMANDA ESPONTÂNEA

- Sofrimentos mentais devido a mudanças de vida (desemprego, luto, por exemplo)
- Pessoas com deficiência intelectual, sem sinais de crise aguda
- Desânimo, desinteresse, pouca interação social
- Insônia, distúrbios do sono e mudanças de hábitos alimentares
- Crise suicida, com baixo risco (vide protocolo de classificação de risco suicida)
- Crianças e adolescentes com queixas escolares e comportamentais
- Uso de substâncias sem grande impacto no cotidiano

Condutas iniciais:

Discussão do caso com equipe e-Multi para definição de PTS

Definição de Projeto Terapêutico Singular:

- Inserção em grupos terapêuticos e/ou promoção da saúde
- Agendamento de consulta médica na UBS
- Discussão do caso em matriciamento
- Inserção em atividades culturais, de socialização no território
- Encaminhamento para entidades reabilitadoras, de acordo com protocolos vigentes

Definição de referência para o caso junto à Atenção Básica, para monitoramento e organização do cuidado

Percepção de agravamento ou maior complexidade do caso

Condutas:

- Rediscussão do caso com equipe e-Multi
- Inserção em atendimentos de núcleo com a equipe e-Multi
- Acionamento da teleinterconsulta em Psiquiatria
- Acionamento do atendimento compartilhado com psiquiatra da equipe e-Multi
- Encaminhamento qualificado ao CAPS de referência (vide modelo de GRCR)

- Desânimo, desinteresse, pouca interação social, com prejuízo nas atividades da vida diária
- Quadros de ansiedade com manifestações que prejudiquem as atividades de vida diária
- Dependência química, com sinais de abstinência leves
- Histórico de tratamento psiquiátrico devido a tentativa de suicídio prévia, com crise suicida atual com baixo risco (vide protocolo de classificação de risco suicida)
- Quadros puerperais e/ou sofrimentos relacionados à gestação e cuidados com o recém-nascido que não apresentem risco para a mãe ou o bebê
- Extrema dependência das telas: crise de ansiedade, agressividade ou nervosismo se é impedido(a) de usar o dispositivo eletrônico

Condutas iniciais:

- Discussão do caso com equipe e-Multi para definição de PTS
- Agendamento de consulta médica (clínico, GO, pediatra, médico de família) na UBS

Condutas pós-consulta:

- Continuidade de atendimento com médico da UBS
- Inserção em ofertas da equipe e-Multi
- Acionamento da teleinterconsulta em Psiquiatria
- Acionamento do atendimento compartilhado com psiquiatra da equipe e-Multi
- Discussão do caso com equipe da UBS

Definição de referência para o caso junto à Atenção Básica, para monitoramento e organização do cuidado

Percepção de agravamento ou maior complexidade do caso

Condutas:

- Rediscussão do caso com equipe e-Multi
- Discussão do caso em matriciamento, com equipe CAPS para seguimento compartilhado
- Discussão e encaminhamento qualificado ao CAPS de referência (vide modelo de GRCR)

- Quadro psicótico com prejuízo de funcionalidade
- Desestabilização importante do quadro de saúde mental, com sintomas de agitação psicomotora, exaltação do humor, delírios, alucinações, desorganização do comportamento e do pensamento
- Quadro depressivo grave com prejuízo de funcionalidade
- Prejuízo grave do autocuidado em decorrência de quadros de saúde mental, sem urgências clínicas associadas
- Situação de abuso ou negligência envolvendo crianças e adolescentes, violência identificada no contexto vivencial, vínculos protetivos fragilizados, que indiquem risco psicossocial
- Transtornos alimentares com prejuízos funcionais e riscos para a saúde física
- Ideação suicida com risco moderado ou alto, com ou sem comportamentos de autolesão (vide protocolo de classificação de risco suicida)
- Transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas
- Primeira crise psicótica (discurso delirante, "estranho", "bizarro", comportamento desorganizado)
- Quadros puerperais e/ou sofrimentos relacionados à gestação graves, com sintomatologias que apresentem riscos à mãe e/ou bebê

Condutas iniciais:

Discussão com CAPS de referência e encaminhamento qualificado (vide modelo de GRCR)

Definição de referência para o caso junto à Atenção Básica, para monitoramento do caso e eventuais discussões com CAPS

Avaliação do CAPS da indicação de inserção no serviço

Avaliação do CAPS da NÃO indicação de inserção no serviço

Condutas do CAPS:

- Devolutiva à Atenção Básica sobre a inserção no CAPS
- Construção do PTS
- Seguimento do caso no CAPS

Estabilização do quadro

Condutas do CAPS:

- Discussão do caso com UBS e encaminhamento de GRCR qualificada, com descrição da avaliação do caso e condutas (vide modelo de GRCR)

- Risco iminente de auto ou heteroagressão, com total recusa de cuidados ofertados
- Planejamento suicida concreto, com acesso aos meios e ausência de rede de suporte, com observação de postura ativa de autolesão atual (ex.: tenta se machucar ou evadir do local para realizar a tentativa de suicídio)
- Ingesta abusiva de medicações (intoxicação exógena), com repercussões clínicas e/ou rebaixamento do nível de consciência e/ou agitação psicomotora com risco para si e para terceiros
- Agitação psicomotora, intensa, sem possibilidade de manejo verbal e/ou medicamentoso, e que represente risco a si ou a terceiros
- Autonegligência (perda do autocuidado) grave que indicam risco à vida com repercussões clínicas, como desnutrição, alterações metabólicas e desidratação, associadas com transtornos mentais, tais como os alimentares, de humor e psicóticos.

Condutas iniciais:

Encaminhamento aos serviços de Urgência / Emergência, com acionamento do SAMU

Monitoramento do caso, com busca ativa, para referenciamento ao CAPS no momento da alta do serviço de urgência

Condutas:

Discussão e encaminhamento qualificado ao CAPS de referência (vide modelo de GRCR)

A avaliação no CAPS é realizada por equipe multiprofissional, não sendo, necessariamente, avaliação psiquiátrica

Condutas do CAPS:

- Garantia de discussão do caso com UBS, com oferta de atendimento ao usuário neste nível de atenção
- Encaminhamento de GRCR qualificada, com descrição da evolução do caso e condutas (vide modelo de GRCR)
- Se caso de maior complexidade, garantir discussão em matriciamento

FLUXO 2

PORTA DE ENTRADA: ATENÇÃO BÁSICA PONTO DE IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADO: DEMANDA PROGRAMÁTICA

- Sofrimentos mentais devido a mudanças de vida (desemprego, luto, por exemplo)
- Pessoas com deficiência intelectual, sem sinais de crise aguda
- Desânimo, desinteresse, pouca interação social
- Insônia, distúrbios do sono e mudanças de hábitos alimentares
- Crise suicida, com baixo risco (vide protocolo de classificação de risco suicida)
- Crianças e adolescentes com queixas escolares e comportamentais
- Uso de substâncias sem grande impacto no cotidiano

Condutas iniciais:

- Sinalização do caso para gestão local
- Discussão do caso com equipe e-Multi para definição de PTS

Definição de Projeto Terapêutico Singular:

- Inserção em grupos terapêuticos e/ou promoção da saúde
- Discussão do caso em matriciamento
- Inserção em atividades culturais, de socialização no território
- Encaminhamento para entidades reabilitadoras, de acordo com protocolos vigentes

Definição de referência para o caso junto à Atenção Básica, para monitoramento e organização do cuidado

Percepção de agravamento ou maior complexidade do caso

Condutas:

- Rediscussão do caso com equipe e-Multi
- Inserção em atendimentos de núcleo com a equipe e-Multi
- Acionamento da teleinterconsulta em Psiquiatria
- Acionamento do atendimento compartilhado com psiquiatra da equipe e-Multi
- Encaminhamento ao CAPS de referência

- Desânimo, desinteresse, pouca interação social, com prejuízo nas atividades da vida diária
- Quadros de ansiedade com manifestações que prejudiquem as atividades de vida diária
- Dependência química, com sinais de abstinência leves
- Histórico de tratamento psiquiátrico devido a tentativa de suicídio prévia, com crise suicida atual com baixo risco (vide protocolo de classificação de risco suicida)
- Quadros puerperais e/ou sofrimentos relacionados à gestação e cuidados com o recém-nascido que não apresentem risco para a mãe ou o bebê
- Extrema dependência das telas: crise de ansiedade, agressividade ou nervosismo se é impedido(a) de usar o dispositivo eletrônico

Condutas:

- Sinalização do caso para gestão local
- Discussão do caso com equipe e-Multi para definição de PTS
- Continuidade de atendimento médico clínico, GO, pediatria ou generalista
- Acionamento da teleinterconsulta em Psiquiatria
- Acionamento do atendimento compartilhado com psiquiatra da equipe e-Multi

Definição de referência para o caso junto à Atenção Básica, para monitoramento e organização do cuidado

Percepção de agravamento ou maior complexidade do caso

Condutas:

- Rediscussão do caso com equipe e-Multi para reformulação de PTS
- Discussão do caso em matriciamento, com equipe CAPS para seguimento compartilhado
- Discussão e encaminhamento qualificado ao CAPS de referência (vide modelo de GRCR)

- Quadro psicótico com prejuízo de funcionalidade
- Desestabilização importante do quadro de saúde mental, com sintomas de agitação psicomotora, exaltação do humor, delírios, alucinações, desorganização do comportamento e do pensamento
- Quadro depressivo grave com prejuízo de funcionalidade
- Prejuízo grave do autocuidado em decorrência de quadros de saúde mental, sem urgências clínicas associadas
- Situação de abuso ou negligência envolvendo crianças e adolescentes, violência identificada no contexto vivencial, vínculos protetivos fragilizados, que indiquem risco psicossocial
- Transtornos alimentares com prejuízos funcionais e riscos para a saúde física
- Ideação suicida com risco moderado ou alto, com ou sem comportamentos de autolesão (vide protocolo de classificação de risco suicida)
- Transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas
- Primeira crise psicótica (discurso delirante, "estranho", "bizarro", comportamento desorganizado)
- Quadros puerperais e/ou sofrimentos relacionados à gestação graves, com sintomatologias que apresentem riscos à mãe e/ou bebê

Condutas iniciais:

- Discussão com CAPS de referência e encaminhamento qualificado (vide modelo de GRCR)

Definição de referência para o caso junto à Atenção Básica, para monitoramento do caso e eventuais discussões com CAPS

Avaliação do CAPS da indicação de inserção no serviço

Avaliação do CAPS da NÃO indicação de inserção no serviço

Condutas do CAPS:

- Devolutiva à Atenção Básica sobre a inserção no CAPS
- Construção do PTS
- Seguimento do caso no CAPS

Condutas do CAPS:

- Discussão do caso com UBS e encaminhamento de GRCR qualificada, com descrição da avaliação do caso e condutas (vide modelo de GRCR)

Estabilização do quadro

- Risco iminente de auto ou heteroagressão, com total recusa de cuidados ofertados
- Planejamento suicida concreto, com acesso aos meios e ausência de rede de suporte, com observação de postura ativa de autolesão atual (ex.: tenta se machucar ou evadir do local para realizar a tentativa de suicídio)
- Ingesta abusiva de medicações (intoxicação exógena), com repercussões clínicas e/ou rebaixamento do nível de consciência e/ou agitação psicomotora com risco para si e para terceiros
- Agitação psicomotora, intensa, sem possibilidade de manejo verbal e/ou medicamentoso, e que represente risco a si ou a terceiros
- Autonegligência (perda do autocuidado) grave que indicam risco à vida com repercussões clínicas, como desnutrição, alterações metabólicas e desidratação, associadas com transtornos mentais, tais como os alimentares, de humor e psicóticos.

Condutas iniciais:

- Encaminhamento aos serviços de Urgência / Emergência, com acionamento do SAMU

Definição de referência para o caso junto à Atenção Básica para monitoramento do caso, com busca ativa, para referenciamento ao CAPS no momento da alta do serviço de urgência

Condutas:

- Discussão e encaminhamento qualificado ao CAPS de referência (vide modelo de GRCR)

A avaliação no CAPS é realizada por equipe multiprofissional, não sendo, necessariamente, avaliação psiquiátrica

Condutas do CAPS:

- Garantia de discussão do caso com UBS, com oferta de atendimento ao usuário neste nível de atenção
- Encaminhamento de GRCR qualificada, com descrição da evolução do caso e condutas (vide modelo de GRCR)
- Se caso de maior complexidade, garantir discussão em matriciamento



FLUXO DE ATENDIMENTO NO CAPS

PORTA DE ENTRADA: DEMANDA ESPONTÂNEA
ATENDIMENTO REALIZADO DIANTE DA BUSCA DA POPULAÇÃO, PRESCINDINDO DE ENCAMINHAMENTO DE QUAISQUER PONTOS DA REDE

Atendimento em acolhimento inicial - identificação das necessidades de cuidado em saúde
Realizado por profissional de nível superior, nos **dias úteis, das 8h às 16h**

Avaliação de necessidade de reabilitação psicossocial com inserção no CAPS para atendimento eletivo

Avaliação de crise atual, com necessidade de atendimento médico imediato

Avaliação de não indicação para inserção em CAPS

Definição de técnico de referência para o cuidado. Construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir das necessidades identificadas, com ofertas nos campos: atendimento psiquiátrico, atendimento multidisciplinar (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermagem), grupos e oficinas

Atendimento médico no CAPS

Encaminhamento para PS HSVP ou HU

Não avaliada necessidade de qualquer seguimento em Saúde Mental:
- Orientações acerca do funcionamento do CAPS e demandas apresentadas
- Alta

Avaliada necessidade de seguimento em saúde mental em outro ponto de cuidado:
- Preenchimento da GRCR qualificada, com informações da avaliação realizada
- Orientação ao usuário para buscar o acolhimento inicial da UBS

Hospitalidade noturna

Monitoramento do caso pelo CAPS

Necessidade de reabilitação psicossocial e/ou permanência de quadro psíquico com gravidade

Estabilização do quadro psíquico e objetivos de reabilitação psicossocial alcançados

Alta

Alta

Continuidade do cuidado no CAPS

Encaminhamento para continuidade do cuidado junto à Atenção Básica
- Garantia de discussão do caso com UBS, com oferta de atendimento ao usuário neste nível de atenção
- Encaminhamento de GRCR qualificada, com descrição da evolução do caso e condutas (vide modelo de GRCR)
- Se caso de maior complexidade, garantir discussão em matriciamento

Definição de técnico de referência para o cuidado. Construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir das necessidades identificadas, com ofertas nos campos: atendimento psiquiátrico, atendimento multidisciplinar (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermagem), grupos e oficinas

Necessidade de reabilitação psicossocial e/ou permanência de quadro psíquico com gravidade

Estabilização do quadro psíquico e objetivos de reabilitação psicossocial alcançados

Continuidade do cuidado no CAPS

Encaminhamento para continuidade do cuidado junto à Atenção Básica
- Garantia de discussão do caso com UBS, com oferta de atendimento ao usuário neste nível de atenção
- Encaminhamento de GRCR qualificada, com descrição da evolução do caso e condutas (vide modelo de GRCR)
- Se caso de maior complexidade, garantir discussão em matriciamento

A avaliação no CAPS é realizada por equipe multiprofissional, não sendo, necessariamente, avaliação psiquiátrica



FLUXO DE ATENDIMENTO NO CAPS

PORTA DE ENTRADA: REFERENCIAMENTO PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / AMBULATÓRIOS
ATENDIMENTO REALIZADO MEDIANTE ENCAMINHAMENTO DE GRCR QUALIFICADA, COM DESCRIÇÃO DA DEMANDA OBSERVADA QUE GEROU O ENCAMINHAMENTO

Atendimento em acolhimento inicial - identificação das necessidades de cuidado em saúde
Realizado por profissional de nível superior, nos **dias úteis, das 8h às 16h**

Avaliação de necessidade de reabilitação psicossocial com inserção no CAPS para atendimento eletivo

Avaliação de crise atual, com necessidade de atendimento médico imediato

Avaliação de não indicação para inserção em CAPS

Definição de técnico de referência para o cuidado. Construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir das necessidades identificadas, com ofertas nos campos: atendimento psiquiátrico, atendimento multidisciplinar (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermagem), grupos e oficinas

Atendimento médico no CAPS

Encaminhamento para PS HSVP ou HU

Encaminhamento para continuidade do cuidado junto à Atenção Básica
Conduções do CAPS:
- Garantia de discussão do caso com UBS, com oferta de atendimento ao usuário neste nível de atenção
- Encaminhamento de GRCR qualificada, com descrição da avaliação do caso (vide modelo de GRCR)

Necessidade de reabilitação psicossocial e/ou permanência de quadro psíquico com gravidade

Estabilização do quadro psíquico e objetivos de reabilitação psicossocial alcançados

Hospitalidade noturna

Monitoramento do caso pelo CAPS

Alta

Alta

Continuidade do cuidado no CAPS

Encaminhamento para continuidade do cuidado junto à Atenção Básica
- Garantia de discussão do caso com UBS, com oferta de atendimento ao usuário neste nível de atenção
- Encaminhamento de GRCR qualificada, com descrição da evolução do caso e condutas (vide modelo de GRCR)
- Se caso de maior complexidade, garantir discussão em matriciamento

Definição de técnico de referência para o cuidado. Construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir das necessidades identificadas, com ofertas nos campos: atendimento psiquiátrico, atendimento multidisciplinar (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermagem), grupos e oficinas

Necessidade de reabilitação psicossocial e/ou permanência de quadro psíquico com gravidade

Estabilização do quadro psíquico e objetivos de reabilitação psicossocial alcançados

Continuidade do cuidado no CAPS

Encaminhamento para continuidade do cuidado junto à Atenção Básica
- Garantia de discussão do caso com UBS, com oferta de atendimento ao usuário neste nível de atenção
- Encaminhamento de GRCR qualificada, com descrição da evolução do caso e condutas (vide modelo de GRCR)
- Se caso de maior complexidade, garantir discussão em matriciamento

A avaliação no CAPS é realizada por equipe multiprofissional, não sendo, necessariamente, avaliação psiquiátrica