SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE
HORTOLÂNDIA

MANUAL DE PSICOLOGIA E SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE HORTOLÂNDIA

José Nazareno Gomes
PREFEITO MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA

Carlos Augusto César
VICE-PREFEITO MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA

Dênis André José Crupe
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Jennifer Bazilio
SECRETÁRIA ADJUNTA DA SAÚDE

Cilene Aparecida de Oliveira Mantuan
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Christiane Fonseca da Silva
CHEFE DE DIVISÃO ADMINISTRATIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Juliana Davoli Sturaro
CHEFE DE DIVISÃO - GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Andréa Carmona Rovagnelli
APOIADORA TÉCNICA DA PSICOLOGIA/SAÚDE MENTAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA
2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE HORTOLÂNDIA

ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

JULIANA DAVOLI STURARO
CHEFE DE DIVISÃO - GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA E GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL

ANDREA CARMONA ROVAGNELLI
PSICÓLOGA
APOIADORA TÉCNICA DA PSICOLOGIA/SAÚDE MENTAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
APOIADORA INSTITUCIONAL

NÍVIA LUIZA DA SILVA BASSANI
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA
2025

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMDAH/CEI - Centro Especializado em Doenças Infectocontagiosas e IST/AIDS
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CCIH - Centro de Convivência Incluir Hortolândia
CEM - Centro de Especialidades Médicas
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CIER - Centro Integrado de Educação e Reabilitação
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CNR - Consultório na Rua
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CRF - Centro de Reabilitação Física
DSO - Divisão de Saúde Ocupacional
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EMULTI - Equipe Multiprofissional
ESF - Equipe de Saúde da Família
ESM - Equipe de Saúde Mental
ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQI+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais e Assexuais "+" abrange todas as outras identidades e orientações sexuais que não estão explicitamente na sigla
MS – Ministério da Saúde
NEM - Núcleo Educacional Multiprofissional
PADO - Programa de Atendimento Domiciliar
PCD - Pessoa com Deficiência
PICS - Práticas Integrativas Complementares em Saúde
PSE - Programa Saúde na Escola
PTS - Plano Terapêutico Singular
RAS - Rede de Atenção à Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial à Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência
SRT - Serviço de Residência Terapêutica
SUS – Sistema Único de Saúde
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA - Transtorno do Espectro do Autismo
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
VD - Visita Domiciliar
VI - Visita Institucional

SUMÁRIO

1.A Saúde Mental na Atenção Primária 10
Ações terapêuticas comuns aos profissionais da APS 11
Equipamentos da RAS.....12
Integrantes da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial.....13

2.O Psicólogo na Atenção Primária 14

3.Atribuições da Psicologia na Atenção Primária......15

4.Agenda Padrão da Psicologia na Atenção Primária 16
Agenda Padrão da Psicologia do CFP (Conselho Federal de Psicologia).....17
Agenda Padrão da Psicologia na Atenção Primária.....18
Fluxograma de Ações da Psicologia na APS.....19
Fluxograma Geral de encaminhamentos na APS.....20
Fluxograma de encaminhamentos para Psicologia na APS.....21
Indicadores de Saúde para monitoramento da Agenda da Psicologia.....22

5.Matriciamento.....24
Diretrizes do Matriciamento.....25
Dimensões operacionais do Matriciamento.....26
Instrumentos do Matriciamento.....27
Divisão por Territórios 28
Ações Prioritárias do Matriciamento 29

6.EMULTI......30
Dimensões operacionais da EMULTI.....31
Composição da EMULTI.....33
Atividades Coletivas da EMULTI.....34
Planejamento das Ações da EMULTI.....35

7.Linha de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária......36
ESM- Equipes de Saúde Mental 37
Atribuições da ESM 38
Comparações entre as Equipes da RAPS 39
Acolhimento da demanda de Saúde Mental na APS.....40
Fluxograma de Acolhimento da demanda de Saúde Mental na APS.....41
Fluxograma de Triagem das demandas de Saúde Mental na APS.....42
Estratificação de risco.....43

8. Protocolo de Risco de Suicídio.......46
Cuidados com o paciente em risco de suicídio.....47
Fatores de risco de suicídio.....49
Fatores de proteção de suicídio.....51
Avaliação de risco de suicídio.....52
Estratificação de risco de suicídio.....53
Fluxograma de avaliação de risco de suicídio.....55
Fluxograma de manejo de usuários em crise suicida na APS.....56
Fichas de Avaliação de Risco de Suicídio.....57
Fichas de Notificação Compulsória.....64
Protocolo de encaminhamento de funcionários com queixas de Saúde Mental e risco de suicídio.....66

9. Protocolo de enfrentamento às violências......67
Revelação Espontânea.....68
Fichas de Notificação Compulsória.....69

10. Protocolo de atendimento do PCD (Pessoa Portadores de Deficiência) e pacientes com TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) na APS.....71
Classificação do Autismo.....72
Comorbidades do TEA.....73
Cuidados com o paciente com TEA.....75
Fluxograma de encaminhamentos de TEA.....76
Fluxograma de encaminhamentos da APS (UBS) para o CIER - saúde....77
Orientações de encaminhamentos para o CIER - saúde.....78
Orientações Gerais.....79

11.Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS) na Atenção Primária.......80
Benefícios das PICS 82
Liang Gong.....83
Auriculoterapia.....84
Caminhada.....85

12. Programa Saúde na Escola - PSE......86
Eixos de ação do PSE.....87

13. **Referências Bibliográficas**.....88

INTRODUÇÃO

Em agosto de 2023, a Secretaria da Saúde iniciou a Reestruturação das Ações da Psicologia na Atenção Primária à Saúde, embasada pela resolução número 17, de 19 de julho de 2022 do Conselho Federal de Psicologia, que trata sobre os parâmetros para as práticas psicológicas em contextos de Atenção Primária, Secundária e Terciária de saúde.

Tendo como parâmetro também, o Código de ética do Psicólogo, o Caderno da Atenção Básica e as diretrizes do Ministério da Saúde, em julho de 2025 a Reestruturação foi concluída em todos os Territórios que compõem o Município de Hortolândia.

Objetivando a padronização das ações pela categoria na APS, um trabalho efetivo e a qualificação do cuidado, o Manual de Psicologia e Saúde Mental é um instrumento técnico - normativo que define condutas, fluxos, responsabilidades e limites de atuação e executa ações de forma autônoma e segura, dentro do escopo legal da profissão.

Este protocolo estabelece diretrizes para o acolhimento, avaliação, classificação de risco, priorização de casos, condutas terapêuticas, registros em prontuário e articulações com outros profissionais e serviços do município. Além disso, orienta estratégias de comunicação com a rede socioassistencial, educacional e demais setores envolvidos no cuidado integral aos usuários.

Dessa forma, o presente documento busca apoiar a atuação técnica dos profissionais, promover o alinhamento entre as equipes e assegurar um cuidado qualificado, resolutivo e centrado nas necessidades da população de Hortolândia, refletindo o compromisso do município com a valorização profissional, a eficiência da gestão em saúde e a humanização do atendimento.

1. A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Definida como elemento fundamental na construção de modelos de assistência mais equânimes e eficazes, a Atenção Primária à Saúde (APS), representada no município de Hortolândia, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes Multiprofissionais (EMULTI), configura não só uma porta de entrada no sistema, mas um espaço privilegiado para o acolhimento da pessoa em sofrimento e para a construção de vínculo longitudinal, ambas diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Humanização.

A Atenção Primária tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental.

Nesse 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.

O cuidado em saúde mental na Atenção Primária é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. A Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

As práticas em saúde mental na Atenção Primária podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, onde as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades.

AÇÕES TERAPÊUTICAS COMUNS AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida. É necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas.

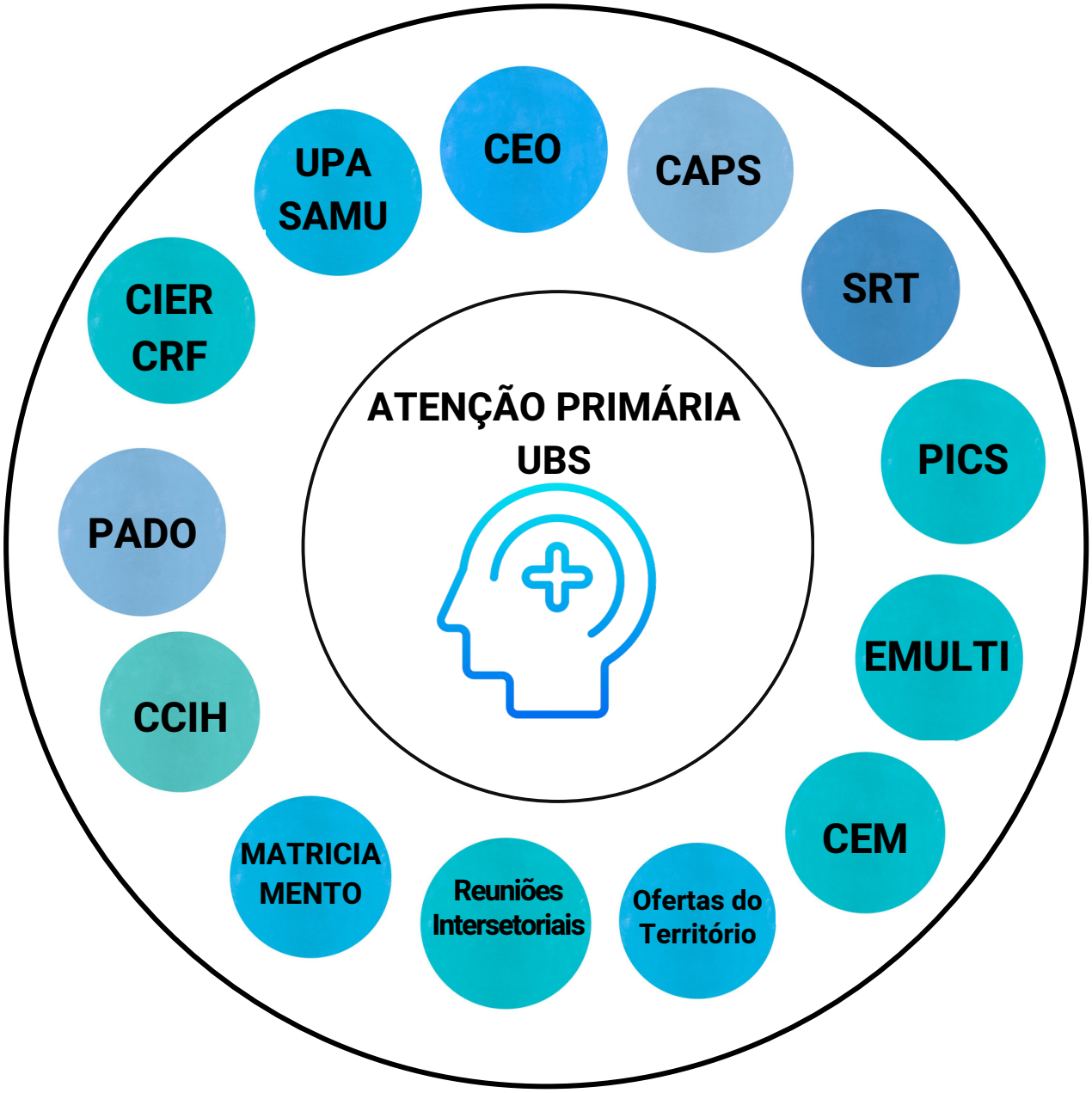
Na Atenção Primária, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir;
- Exercer boa comunicação;
- Exercitar a habilidade de empatia;
- Desempenhar a Escuta Qualificada;
- Acolher o usuário e suas queixas como legítimas;
- Oferecer suporte.

EQUIPAMENTOS DA RAS

SMS - Secretaria Municipal de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde (17 Unidades)
CAS - Central de Abastecimento de Saúde
CAPS VIDA - Centro de Atenção Psicossocial Adulto 24 horas
CAPS IJ - Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEM - Centro de Especialidades Médicas
CESM - Centro Especializado na Saúde da Mulher
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CRF - Centro de Reabilitação Física
CIER - Centro de Educação e Reabilitação
CVZ - Centro de Vigilância e Zoonoses
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência
PADO - Programa de Atendimento Domiciliar
CCIH - Centro de Convivência Incluir Hortolândia
CEI - Centro Especializado em Doenças Infectocontagiosas e IST/AIDS
Central de Ambulância
Hospital Geral

INTEGRANTES DA RAPS - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



2. O PSICÓLOGO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Na Atenção Primária, o Psicólogo surge como protagonista no seu Território, capaz de realizar ações no cuidado com o usuário, a família e a comunidade.

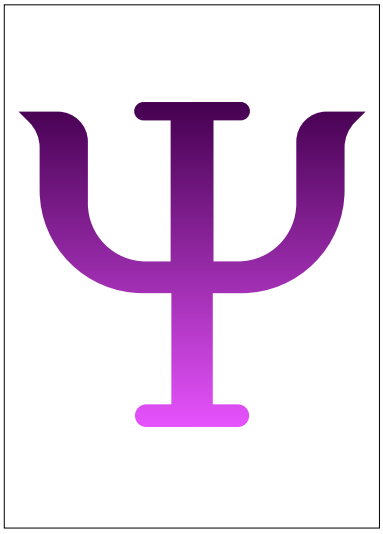
Desempenha um papel de articulador na Rede de Atenção à Saúde e facilitador do trabalho em equipe de Saúde Mental.

Precisa ser visto como um integrante da equipe.

Na sua atuação como profissional de apoio, é conhecedor das demandas do Território buscando a promoção da prevenção à saúde, encaminhamentos para especialidades e matriciamento dos casos.

Pode-se dizer que o perfil do Psicólogo na Atenção Primária é o de um profissional atuante, dinâmico, integrador, articulador e facilitador.

3. ATRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



- Orientação e suporte à cuidadores e familiares
- Estimulação Precoce e Desenvolvimento Infantil
- Atendimento Individual
- Educação em Saúde
- Grupos Terapêuticos, Grupos Operativos e Oficinas
- Reuniões de Equipe e Intersetoriais
- ESM - Equipe de Saúde Mental na UBS
- MATRICIAMENTO
- PSE
- EMULTI
- PICS
- Visita Domiciliar/Visita Institucional
- Ações Extramuros/PSE
- Elaboração de documentos e laudos
- Adolescentes, Adultos e Idosos
- Promoção e cuidado da Saúde Mental
- Educação Permanente, Capacitações, Cursos
- Interconsultas
- Acolhimento de demandas de Saúde Mental

4. AGENDA PADRÃO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Com a implantação da Agenda Padrão da Psicologia na Atenção Primária, o município de Hortolândia se adequa as normativas e diretrizes estabelecidas pelos Órgãos competentes.

A Agenda se torna flexível, focada nos atendimentos grupais (grupos terapêuticos, educativos e oficinas) e nas práticas de trabalho em equipe multiprofissional.

O Psicólogo passa a ter mais autonomia nas condutas e contribui na multidisciplinaridade do trabalho.

O Matriciamento e as EMULTI fortalecem a atuação da Categoria. O Psicólogo se torna referência em Saúde Mental no Território.

As práticas de Educação Permanente são enfatizadas, contribuindo na qualificação profissional.

O desenvolvimento de Ações Extramuros e Reuniões intersetoriais permite que o Psicólogo transite pelo Território, o conheça e se aproprie dele, efetivando o cuidado ao paciente.

Afirmamos assim, que a Nova Agenda da Psicologia é um avanço no cuidar.

AGENDA PADRÃO DA PSICOLOGIA DO CFP
(CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA)

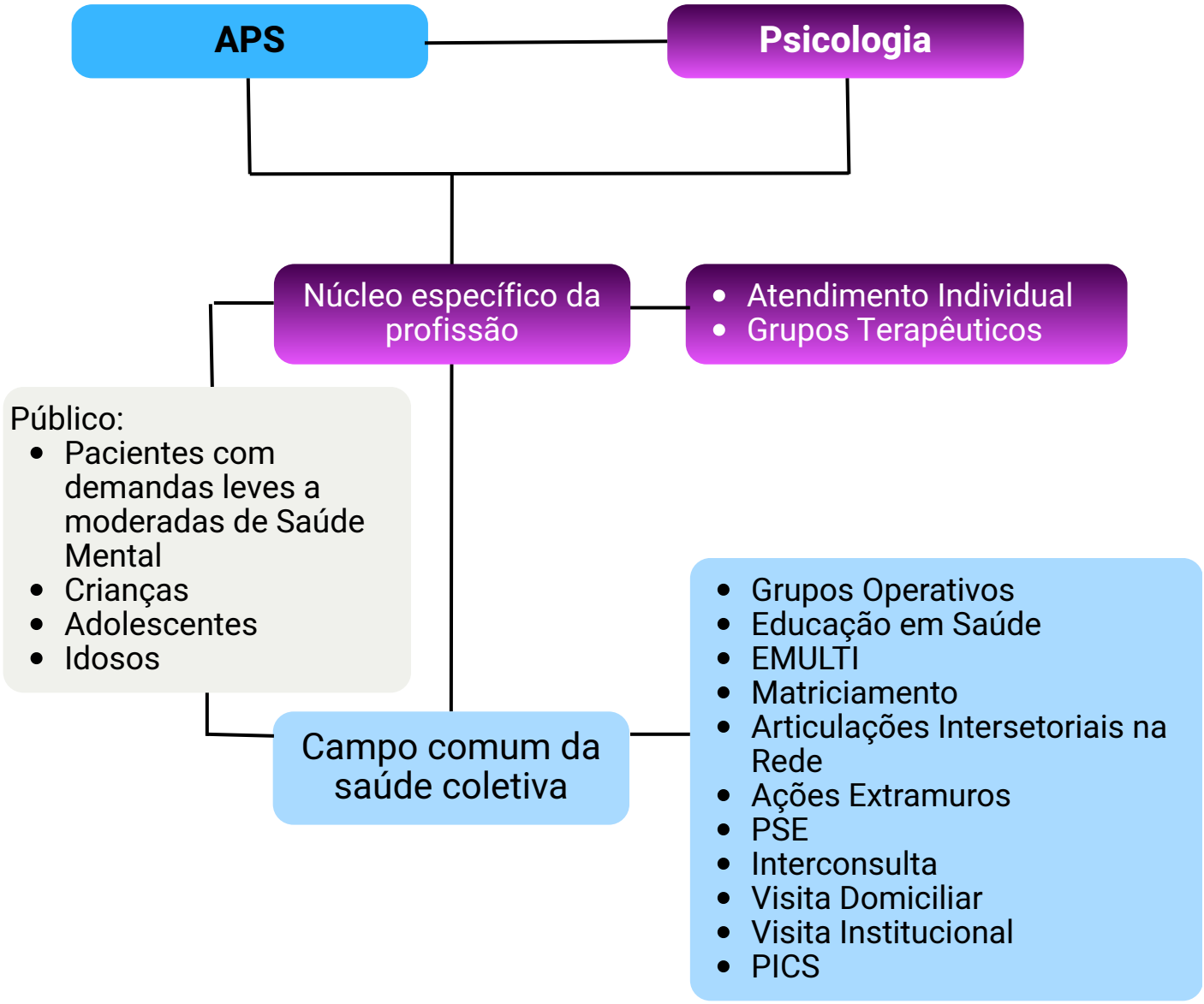
	AÇÃO	DURAÇÃO DA AÇÃO	PROPORÇÃO DA AÇÃO POR MÊS
ATENDIMENTO ESPECÍFICO	Atendimento individual	30 - 45 minutos	5 - 15%
	Acolhimento	30 - 45 minutos	5 - 10%
	Educação Permanente	90 - 120 minutos	5 - 15%
AÇÕES COMPARTILHADAS	Atendimento Compartilhado/ Interconsulta	30 - 45 minutos	5 - 15%
	Práticas Grupais	60 - 90 minutos	5 - 15%
	Discussão de casos e elaboração de PTS	90 - 120 minutos	25 - 35%
	Reuniões de Equipe	60 - 180 minutos	
	Atenção a familiares	60 - 90 minutos	5%

	AÇÃO	DURAÇÃO DA AÇÃO	PROPORÇÃO DA AÇÃO POR MÊS
AÇÕES NO TERRITÓRIO	Articulação de Rede Intra e Intersetorial	120 - 240 minutos	5 - 15%
	Visita Institucional	90 - 120 minutos	
	Visita Domiciliar	90 - 120 minutos	5 - 15%
OUTRAS AÇÕES	Elaboração de Documentos	60 - 90 minutos	5%
	Evolução no Prontuário	10 - 15 minutos	
	Supervisão de Estágios/Tutoria/ Preceptoria	90 - 120 minutos	5 - 10%
	Participação e Orientação de Trabalhos/Pesquisas/ Monografias /Artigos	90 - 120 minutos	

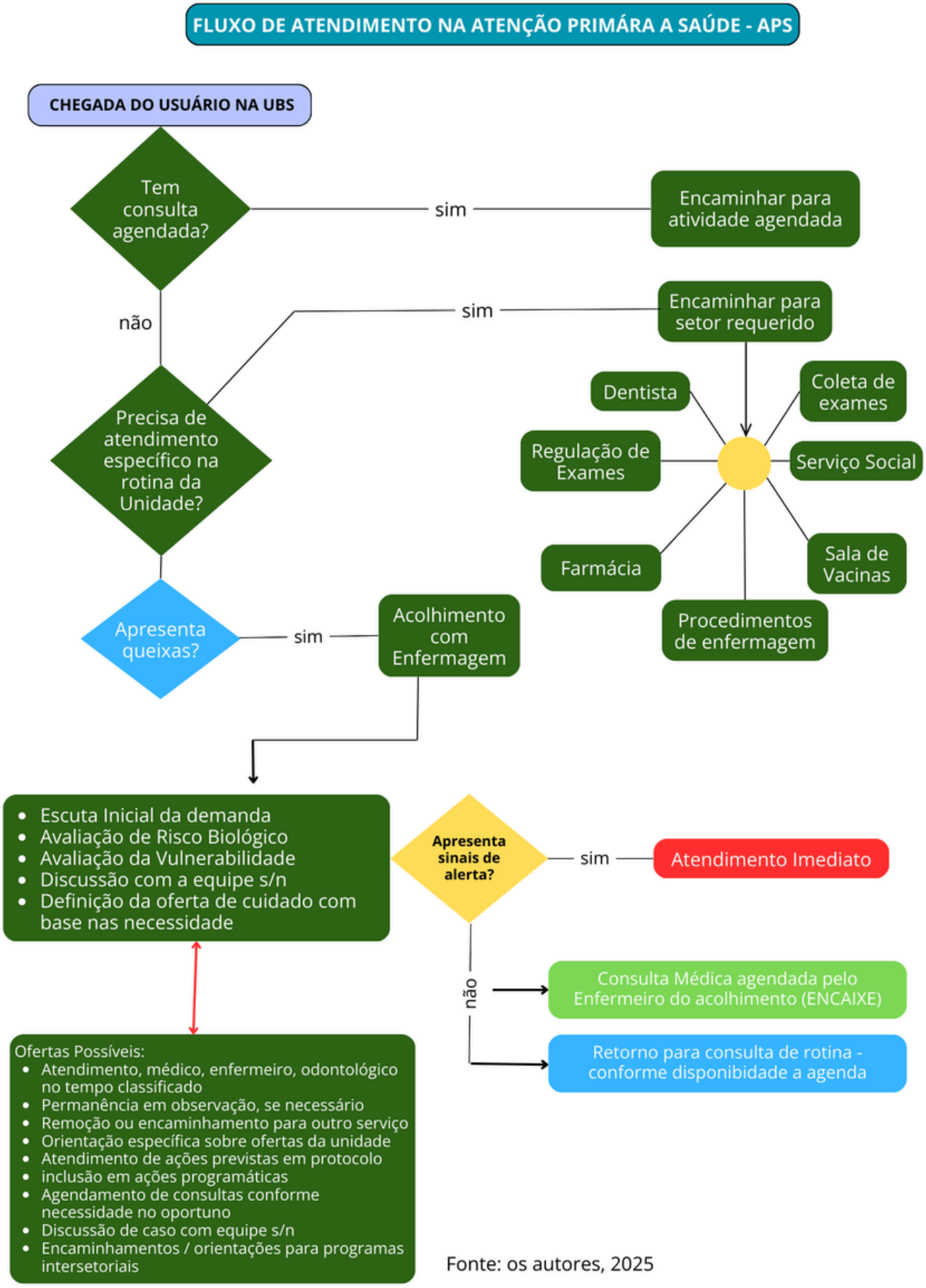
AGENDA PADRÃO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ações da Psicologia	Descrição	Carga horária 200 mensais
Atendimento Individual Acolhimento Interconsulta	• Atendimento de crianças, adolescentes e adultos referente a demandas de saúde mental. Ludoterapia. • Escuta qualificada de casos com demanda de saúde mental. • Consulta conjunta com outros profissionais	72 horas mensais
Educação Permanente	Participação em capacitações, formações e cursos.	até 4 horas mensais
Matriciamento	Discussão de casos, elaboração de PTS conjunto com Equipes dos CAPS e do CIER	4 horas mensais
Visita domiciliar Visita institucional	Visita conjunta multiprofissional	2 horas mensais
Reuniões de equipe Reuniões de EMLTI Reuniões Intersetoriais	Participação em reuniões com equipes multiprofissionais e com serviços de outras Secretarias para articulação do cuidado	até 10 horas mensais
Elaboração de documentos	Elaboração de Relatórios, laudos, evolução no prontuário	até 4 horas mensais
Atendimento em Grupo Atividades Coletivas	• Grupos Terapêuticos • Grupos Operativos (Oficinas) • PICS • Educação em Saúde (Palestras)	até 100 horas mensais
Ações Extramuros	Ações realizadas em Escolas, Comunidade e outras instituições	até 4 mensais

FLUXOGRAMA DE AÇÕES DA PSICOLOGIA NA APS

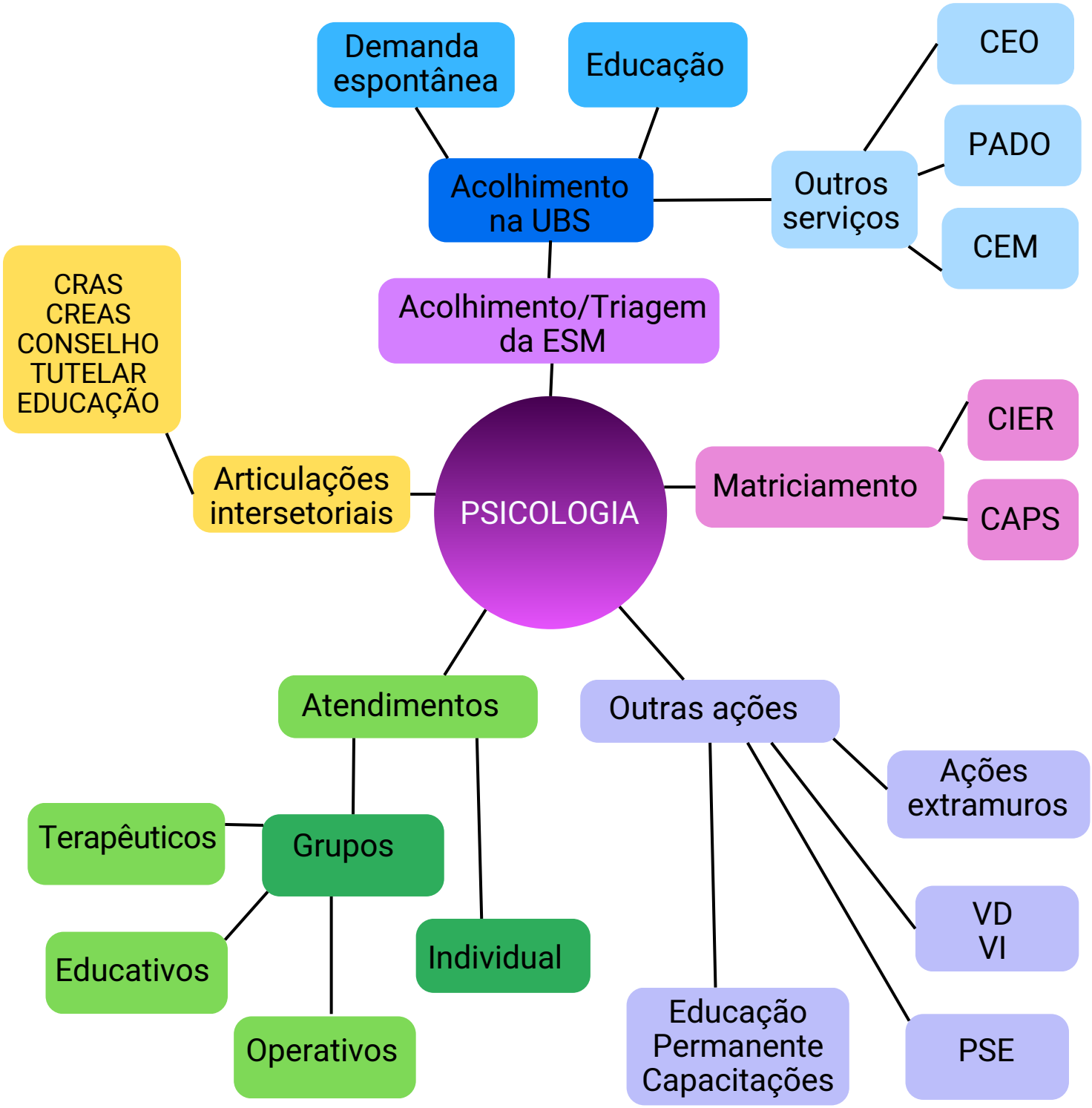


FLUXOGRAMA GERAL DE ENCAMINHAMENTOS NA APS



Fonte: os autores, 2025

FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS PARA PSICOLOGIA NA APS



INDICADORES DE SAÚDE PARA MONITORAMENTO DA AGENDA DA PSICOLOGIA NA APS

Indicadores de Estrutura

Indicador	Descrição
Cobertura de Psicólogos	Número de Equipes com Psicólogos
	Território Nova Hortolândia
	Território Novo Ângulo
	Território Santa Clara
	Território Rosolém
	Território Amanda
Carga Horária	Horas Semanais Ofertadas
Adequação de Ambiente	Sala privativa e espaço para grupo
Protocolos Vigentes	Existência de protocolos atualizados

Indicadores de Processo

Indicador	**Descrição**
Atendimentos Individuais	Consultas Psicológicas
Grupos Operacionais	Grupos e Oficinas
Grupos Terapêuticos	Atendimentos em grupo
Matriciamento	Reuniões realizadas
Visita Domicilar/Visita Institucional	VD compartilhadas
Educação em Saúde	Ações Educativas
Absenteísmo	Faltas x Agendamentos
Tempo de Espera	Dias até o primeiro atendimento

Indicadores de Processo

Indicador	Descrição
Grupos Operacionais e Terapêuticos	Grupos
	Grupos com Emulti Território Rosolém
	Grupos com Emulti Território Novo Angulo
	Grupos com Emulti Território Santa Clara
	Grupos com Emulti Território Dom Bruno
	Grupos com Emulti Território Rosolém
	Grupos com Emulti Território Amanda

Indicadores de Resultado

Indicador	Descrição	Método	Periodicidade
Redução de Sintomas	Analise de dados semestrais	Pré-Pós	Semestral - 2026
Satisfação do usuário	Percepção do cuidado	Questionario	Semestral - 2026

4. MATRICIAMENTO

Matriciamento ou Apoio Matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Nos encontros matriciais serão discutidos os aspectos clínicos, protocolos, fluxos e orientações para condução dos casos no contexto da família, ambiente social, de trabalho e território.

O Apoio Matricial é uma estratégia de aproximação dos pontos de atenção envolvidos no cuidado integral ao usuário, visando a corresponsabilização das equipes e fortalecimento do vínculo do usuário com a Atenção Primária.

O Matriciamento compõe-se de diferentes núcleos profissionais e de saberes, dialogando entre si e trocando conhecimentos para construir um campo adequado às necessidades de saúde expressas de forma singular e coletiva. Dessa forma, possibilitando a criação, junto às equipes apoiadas , de Projetos Terapêuticos Singulares e Projetos de Saúde Coletiva.

O termo matriz, carrega vários sentidos e significa também o lugar onde se geram e se criam coisas. Procura assim, superar a lógica de encaminhamentos que fragmenta o cuidado e compromete a responsabilização clínica durante o cuidado interdisciplinar.

A metodologia do Apoio Matricial busca promover e ativar espaços de comunicação e de deliberação conjunta, para o compartilhamento de saberes e para a organização de fluxos na rede de atenção à saúde, onde os profissionais de áreas especializadas oferecem retaguarda e suporte técnico pedagógico às equipes da Atenção Primária, aprimorando o compartilhamento do cuidado.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
DIRETRIZES DO MATRICIAMENTO	
Profissionais envolvidos	Todos os profissionais que atuam na UBS. Equipe multidisciplinar dos CAPS, CIER, AMDAH, NEM.
Objetivos	• Possibilitar a aproximação das relações interprofissionais com formas de contato pessoal; • Estabelecer critérios de risco que ordenem as prioridades para o compartilhamento do cuidado; • Estabelecer a cogestão com núcleos de saberes diferentes, objetivando a ampliação do manejo; • Realizar Educação Permanente, criando espaços de reflexão e aprendizado; Trabalhar em formato de Territorialização possibilitando a construção de vínculos concretos com os usuários.
Recursos necessários	Sala ampla de atividade grupal.
Diretrizes do Matriciamento	• Reconhecer a equipe da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e o usuário como protagonista, envolvendo-os no processo de Matriciamento; • Organizar o Matriciamento em todas as especialidades, por profissionais de diferentes formações, elaborar manuais de boas práticas; • Utilizar as diversas tecnologias no Matriciamento (visita domiciliar, discussão de casos, educação permanente, interconsultas, discussões de casos); • Garantir a manutenção de espaços sistemáticos de construção coletiva sobre o Matriciamento; • Garantir institucionalmente agenda da equipe da Atenção Primária e da Atenção Especializada para as atividades de Matriciamento; • Capacitar os profissionais para que as atividades de Matriciamento se deem na perspectiva de troca de saberes e fortalecimento da Rede; • Resgatar o papel das Reuniões de equipe de referência das UBS; • Organizar o Apoio Matricial por Território; Organizar a agenda do Matriciamento;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
DIMENSÕES OPERACIONAIS DO MATRICIAMENTO	
Diratrizes do Matriciamento	As articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em duas dimensões fundamentais: **DIMENSÃO CLÍNICO-ASSISTENCIAL** São as intervenções realizadas junto ao usuário/família e comunidade, para atendimento às suas necessidades. Compreende: **atividades coletivas;** **visitas domiciliares;** **consultas individuais;** **interconsulta;** **teleconsulta.** **DIMENSÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA** São espaços de trocas de saberes, que tem como objetivo aumentar a capacidade resolutiva das Unidades para problemas de saúde encontrados no território e que não estão relacionados ao atendimento direto do usuário. Compreende: **reuniões de equipe;** **articulações intersetoriais;** **educação permanente;** **ações de vigilância em saúde.**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
	INSTRUMENTOS DO MATRICIAMENTO
Descrição	**a) Discussão de casos** A Discussão de casos no Apoio Matricial deve ser previamente organizada para que todas as Unidades sejam contempladas. **b) Elaboração de PTS conjunto** Talvez esse seja o principal objetivo do Matriciamento. É nesse encontro que deve surgir toda a proposta de atendimentos para o usuário. Juntos, equipe de referência e equipe matriciadora elaboram o PTS. O mesmo pode e deve ser revisitado e reelaborado sempre que preciso. **c) Reuniões Intersetoriais** Por vezes, as equipes veem a necessidade de organizar reuniões intersetoriais com outros serviços e Secretarias: Educação, Inclusão, Cultura, Esporte, Vigilância Sanitária, Conselho Tutelar ou do Idoso e outros, numa busca de cuidados envolvendo ajuda mútua. **d) Visitas Domiciliares conjuntas** No Matriciamento podem ser acordadas visitas domiciliares conjuntas entre as equipes de referência e a equipe matriciadora. Essas visitas conjuntas possibilitam a observação e intervenção do caso por ambos os cuidados de forma complementar. **e) Interconsultas** As interconsultas são instrumentos bastante potentes, permitindo o cuidado de profissionais de referência e especialistas simultaneamente. Podem ser acordadas entre nas equipes sempre que necessário. **f) Educação Permanente** Na esfera Técnico - Pedagógica, a Educação Permanente é uma constante no Apoio Matricial. Temas surgem incansavelmente durante o trabalho das equipes, assim se faz necessário a busca por conteúdos que contribuam com o trabalho. O espaço do Matriciamento pode e deve ser utilizado para esses estudos em conjunto. O mediador deve oferecer conteúdo, capacitações e formações para os profissionais, incentivar a Educação Permanente e promover esses espaços.

DIVISÃO POR TERRITÓRIOS

Território Rosolem

UBS Rosolem
UBS Adelaide
UBS Santa Esmeralda

Território Amanda

UBS Amanda 1
UBS Amanda 2
UBS São Bento
UBS Taquara Branca

Território Nova Hortolândia

UBS Orestes Ongaro
UBS Dom Bruno
UBS Parque do Horto
UBS São Jorge

Território Novo Ângulo

UBS Novo Ângulo
UBS Santiago
UBS Nova Europa

Território Santa Clara

UBS Santa Clara
UBS Campos Verdes
UBS Figueiras
CEO

AÇÕES PRIORITÁRIAS DO MATRICIAMENTO

5. EMULTI

As equipes multiprofissionais na APS - EMULTI, são equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais que operam de maneira complementar e integrada às outras equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Essas equipes atuam juntas, sendo responsáveis pela mesma população e território.

O Ministério da Saúde pretende facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde, por meio do trabalho colaborativo entre profissionais das eMulti e das outras equipes de saúde da APS, impulsionando o cuidado compartilhado na Atenção Primária e buscando superar barreiras na integração com os demais serviços das redes regionais, incorporando também saberes e práticas de especialistas e fortalecendo a atenção interprofissional no SUS.

É preciso reconhecer e potencializar o quanto o saber específico de cada categoria profissional da EMULTI pode agregar aos cuidados em saúde na APS.

A EMULTI apresenta um leque diversificado de opções de atuação e, a determinação para a escolha da ferramenta adequada deve se dar pela demanda em questão. É crucial compreender que a abordagem deve ser integral e construída em diálogo com a equipe vinculada, com o objetivo constante de solucionar as questões de saúde mais recorrentes que se apresentam à APS, aproveitando os saberes específicos dos profissionais da EMULTI.

O Psicólogo, está inserido em todas as equipes EMULTI do município, integrando à sua Agenda Padrão as ações realizadas em EMULTI.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

DIMENSÕES OPERACIONAIS DA EMULTI

Descrição

DIMENSÃO CLÍNICO-ASSISTENCIAL

São as intervenções realizadas junto ao usuário/família e comunidade, para atendimento às suas necessidades. Compreende:

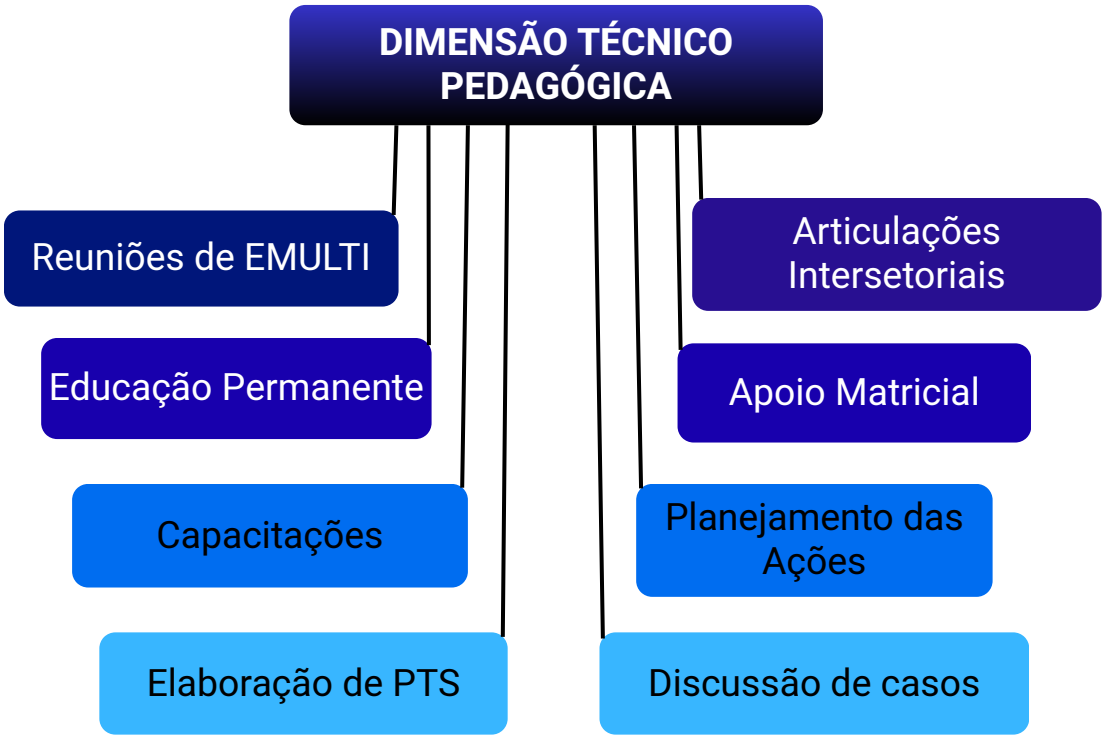
Essas ações deverão compor 70% da carga horária total do profissional.

DIMENSÕES OPERACIONAIS DA EMULTI

Descrição

DIMENSÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA

São espaços de trocas de saberes, que tem como objetivo aumentar a capacidade resolutiva das Unidades para problemas de saúde encontrados no território e que não estão relacionados ao atendimento direto do usuário. Compreende:



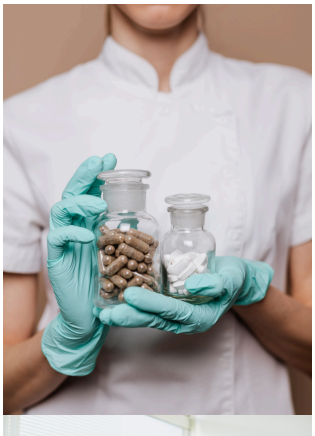
Essas ações deverão compor 30% da carga horária total do profissional.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

COMPOSIÇÃO DA EMULTI

Descrição	Categorias profissionais que estão aptas para compôr as EMULTI

Assistente Social
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Psicólogo
Nutricionista
Educador Físico
Terapeuta Ocupacional
Psiquiatra
Ginecologista
Pediatra
Farmacêutico



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
ATIVIDADES COLETIVAS DA EMULTI	
Profissionais envolvidos	Profissionais que compõem a EMULTI
Objetivos	Desenvolver ações em equipe multiprofissional, ofertando suporte às equipes de Estratégia de Saúde da Família do Território.
Recursos necessários	Sala de grupo, tenda e outros
Descrição	As atividades coletivas, por ampliarem as possibilidades de atuação dos profissionais, oportunizando a integração, socialização, troca de experiências, construção de projetos coletivos, assim como favorecendo a corresponsabilização, devem ser priorizadas. É uma prática imprescindível na Atenção Primária, e tem como propósito trabalhar as principais questões em saúde diagnosticadas no território. Essas práticas podem ser realizadas na Unidade ou em ações extramuros. Os profissionais da EMULTI devem traçar os objetivos analisando as demandas de saúde dos usuários, famílias e comunidade. Estabelecer a duração e coordenar a atividade. **GRUPOS TERAPÊUTICOS** **PICS** **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** **GRUPOS OPERATIVOS**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DA EMULTI		
Profissionais envolvidos	Profissionais que compõem a EMULTI	
Objetivos	Desenvolver ações em equipe multiprofissional, ofertando suporte às equipes de Estratégia de Saúde da Família do Território.	
Recursos necessários	Sala de grupo ou de reuniões	
Descrição	1	Levantar as demandas e necessidades do Território
	2	Definir o público alvo
	3	Definir o número de participantes
	4	Definir o local
	5	Elencar os Profissionais envolvidos na Ação
	6	Estabelecer os objetivos
	7	Elaborar estratégia para o desenvolvimento da Ação
	8	Definir os recursos necessários para a realização da Ação
	9	Avaliar os resultados obtidos

6. LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

As demandas de Saúde Mental são muito comuns na Atenção Primária.

Considerando a posição estratégica que a APS ocupa em um modelo de atenção à saúde que organiza seus serviços a partir da lógica da Territorialização, o nível de Atenção Primário, é fundamental no planejamento de ações em Saúde Mental eficazes e humanizadas.

A Saúde Mental deve ser parte do cuidado cotidiano.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
ESM - EQUIPES DE SAÚDE MENTAL	
Profissionais envolvidos	Equipe de Saúde Mental das UBS
Objetivos	Ações de prevenção de agravos; ações de tratamento; ações de promoção de Saúde Mental
Conceitos	As ESM - Equipes de Saúde Mental na Atenção Primária, são grupos de profissionais que atuam junto às equipes das UBS para fortalecer o cuidado em Saúde Mental no Território. Elas fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O trabalho com uma equipe de Saúde Mental dentro da UBS facilita o fluxo dos acolhimentos, as propostas de cuidado e os encaminhamentos necessários. A equipe deve ser formada por profissionais que que se identificam com a demanda. Cabe a gestão elencar os profissionais que formarão a equipe. A equipe deve ser composta de no mínimo 3 profissionais dentre essas categorias: Psicólogo, Assistente Social, Médico, Enfermeiro, Nutricionista, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta. Ainda pode contar com o apoio de: • 1 técnico de enfermagem; • 1 ACS.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

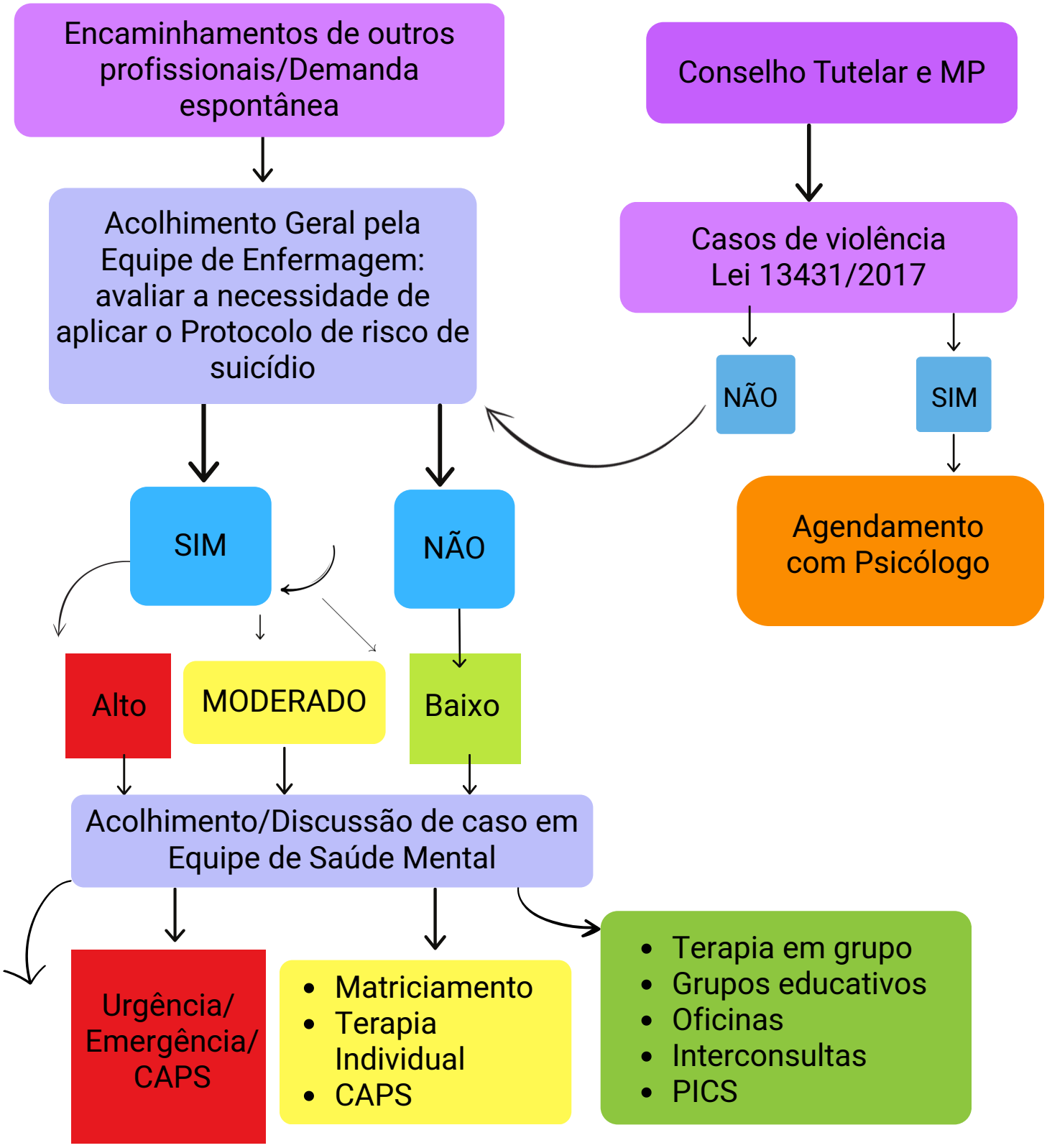
ATRIBUIÇÕES DA ESM		
Descrição	1	Apoiar os profissionais da UBS no manejo de casos de sofrimento psíquico.
	2	Fazer atendimentos compartilhados com outros profissionais;
	3	Realizar a triagem de casos com demandas de Saúde Mental;
	4	Promover ações de prevenção e promoção da Saúde Mental (grupos, oficinas, rodas de conversa, palestras educativas);
	5	Articular o cuidado com outros pontos da Rede (CAPS, CRAS, CREAS e outros);
	6	Ampliação das ofertas de cuidado nas UBS;
	7	Visão do paciente na lógica de equipe multiprofissional;
	8	Otimização da lista de espera da Psicologia;
	9	Envolvimento de mais categorias profissionais no cuidado de Saúde Mental.

COMPARAÇÕES ENTRE AS EQUIPES DA RAPS

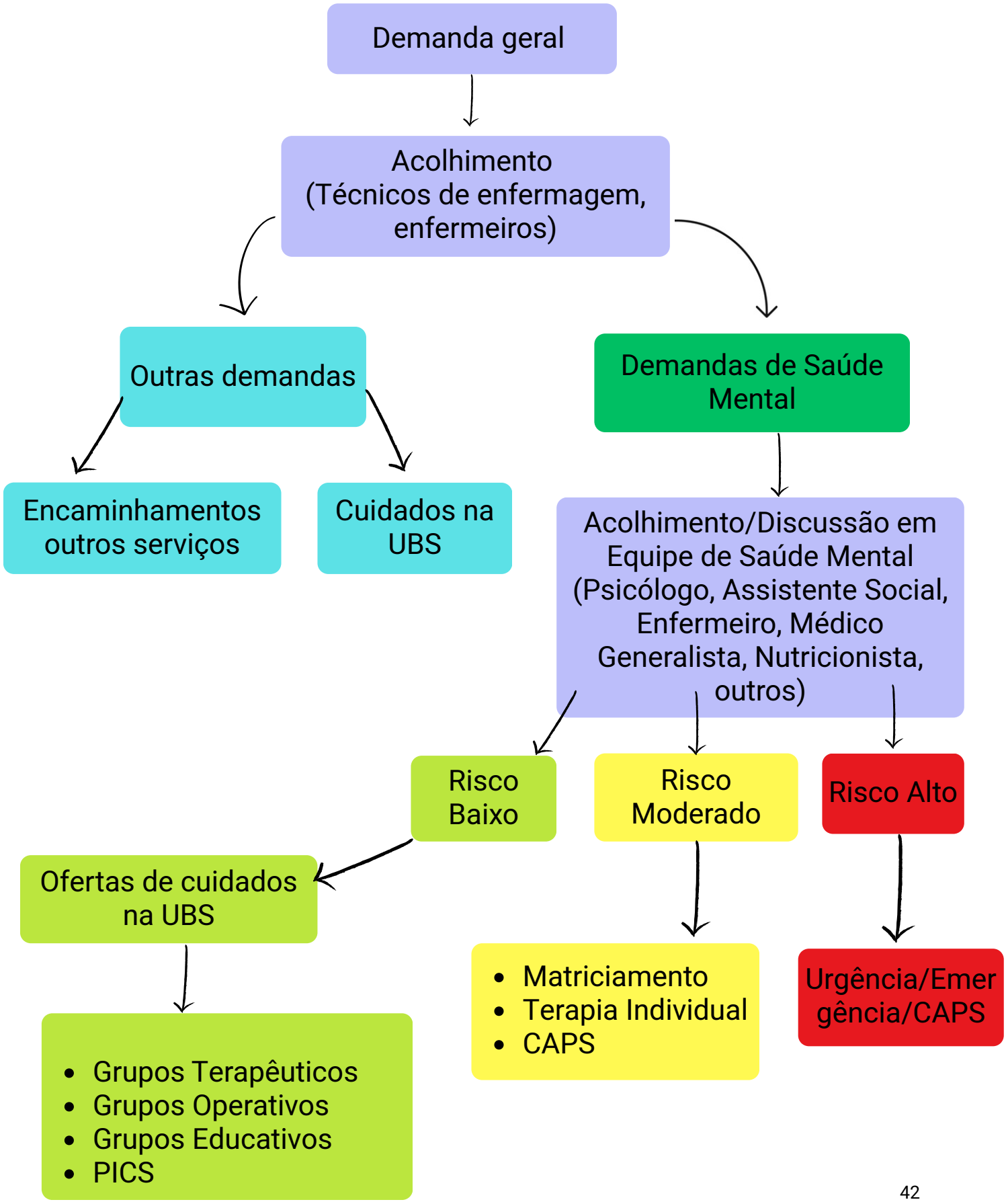
ASPECTOS	ESM	EMULTI	CAPS
Nível de atenção	Atenção Primária	Atenção Primária	Atenção Especializada
Vinculação	Inserida em UBS	Vinculada APS atuando junto a ESF	Serviço autônomo da RAPS
Composição	Profissionais com afinidade em Saúde Mental	Profissionais de diferentes categorias	Equipe multiprofissional
Público alvo	Usuários com sofrimento psíquico leve a moderado	Usuários com necessidades diversas (crônicas, reabilitação, saúde mental leve, gestantes, idosos e outros)	Usuários com transtornos mentais graves e persistentes ou uso abusivo de álcool/drogas
Objetivo Principal	Apoiar o cuidado em Saúde Mental no Território e fortalecer o vínculo com a APS	Apoiar e ampliar a resolutividade da APS em várias áreas	Oferecer cuidado intensivo, reabilitação e reinserção social
Forma de atuação	Ações compartilhadas com a equipe da UBS	Ações ampliadas e suporte as equipes de ESF do Território	Atendimento intensivo, individual e grupal, oficinas terapeuticas
Tipo de atendimento	Base da Saúde Mental do Território	Apoio ampliado as ações da APS	Serviço de referência e contrarreferência para casos complexos
Articulações na RAPS	Apoio matricial, discussão de casos e atendimentos diretos em parceria com a ESF	Apoio matricial ampliado (não apenas de Saúde Mental)	Atendimento direto, especializado com retaguarda para a APS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
ACOLHIMENTO DA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL	
Profissionais envolvidos	Enfermeiros e Técnicos de enfermagem
Objetivos	Garantir o cuidado através da Escuta Qualificada.
Recursos necessários	Sala de atendimento individual.
Descrição	O Acolhimento é um dos pilares da Política Nacional de Humanização, sendo entendido como a necessidade de humanizar o atendimento e a recepção do usuário no sistema de saúde com vistas à promoção de solução dos casos através da escuta qualificada e responsável, reconhecendo o usuário como sujeito central na promoção da saúde. O termo acolher é definido como a maneira de receber ou ser recebido, hospitalidade, saber ouvir com atenção. O acolhimento mobiliza a sensibilidade dos profissionais de saúde, suscitando o diálogo, possibilitando que as ESF tornem-se, de fato, a porta de entrada do sistema de saúde. A escuta qualificada implica a não se pautar tanto na técnica, mas na relação estabelecida entre o profissional e o usuário. Possibilita valorizar as experiências e as necessidades em seus diferentes aspectos cotidianos, permitindo a equipe a corresponsabilização do trabalho.

FLUXOGRAMA DO ACOLHIMENTO DA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL NA APS



FLUXOGRAMA DE TRIAGEM DAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL NA APS



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO		
Legenda	VERMELHO	**Casos gravíssimos que necessitam 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 estabilizadas somente com aparato hospitalar.**
	LARANJA	**Risco significativo. Condições que potencialmente ameaçam à vida, que requerem rápida intervenção e seguimento posterior, com eventual necessidade 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 a Atenção Primária.**
	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.**
	BRANCO	**Eventos ou situações que não exigem intervenções sobre o estado de saúde. Demandas administrativas.**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

UNIDADES ACOLHEDORAS

Equipamento	Risco classificado	Ação, Intervenção e conduta	Profissionais	Serviço que prestará o cuidado	Eq. que acompanham o caso
UBS	VERMELHO	Acolher e encaminhar para UPA	Clínica médica, Psiquiatria e Enfermagem	UPA	UBS/ CAPS
UBS	LARANJA	Acolher, atender, discutir o caso com ESM e Matriciamento com CAPS	Clínica médica, Psiquiatria e Enfermagem	CAPS III/ UPA	UBS/ CAPS
UBS	AMARELO	Acolher, atender, discutir o caso com ESM e Matriciamento com CAPS	ESM e Psiquiatria	ESM/ CAPS	UBS/ CAPS
UBS	VERDE	Acolher, avaliar	ESM e Enfermagem	UBS	UBS
UBS	AZUL	Acolher, avaliar	ESM e Enfermagem	UBS	UBS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	
UNIDADES ACOLHEDORAS	**VERMELHO**	**Casos gravíssimos que necessitam 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 estabilizadas somente com aparato hospitalar.**	**UPA ENFERMARIA PSIQIÁTRICA HOSPITAL GERAL ENFERMARIA PEDIÁTRICA**
	LARANJA	**Risco significativo. Condições que potencialmente ameaçam à vida, que requerem rápida intervenção e seguimento posterior, com eventual necessidade de suporte pré hospitalar.**	**UPA CAPS**
	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 a Atenção Primária.**	**CAPS UBS**
	VERDE	**Condições psíquicas estabilizadas, mas que apresentam um potencial para complicações caso não haja acompanhamento longitudinal.**	**UBS**
	AZUL	**Condições não agudas, não urgentes ou quadros crônicos estáveis sem alterações significativas.**	**UBS**
	BRANCO	**Eventos ou situações que não exigem intervenções sobre o estado de saúde. Demandas administrativas.**	**UBS CAPS**

8. PROTOCOLO DE RISCO DE SUICÍDIO

O suicídio é considerado um grave problema de saúde pública, que envolve diversos aspectos, como as questões socioculturais, históricas, psicossociais e ambientais de cada indivíduo. Tanto os fatores de risco quanto os de proteção para o comportamento suicida e para o suicídio podem ser prevenidos através de intervenções oportunas. Cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas.

O impacto psicológico, social e financeiro do suicídio em uma família e comunidade é imensurável. Capacitar a equipe da APS para identificar, abordar, manejar e encaminhar um paciente em risco de suicídio, é um passo importante na prevenção do suicídio.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CUIDADOS COM O PACIENTE EM RISCO DE SUICÍDIO	
Profissionais envolvidos	Equipe multidisciplinar da UBS.
Objetivos	• Escuta qualificada; • Aplicação do protocolo de risco de suicídio; • Encaminhamentos pertinentes.
Recursos necessários	Sala de atendimento individual.
Descrição	**SINAIS APRESENTADOS PELA PESSOA COM RISCO DE SUICÍDIO** Comportamento suicida- refere-se a uma variedade de manifestações que englobam desde a ideação, planejamento, seguida por tentativas de suicídio até a consumação do ato. Ideação suicida- aparece como ponto inicial para a evolução do caminho até o suicídio. Planejamento- refere-se a quaisquer atos ou preparações para uma tentativa de suicídio, incluindo reservar um método (objetos, substâncias) ou a preparação para a própria morte (deixar um bilhete de despedida, doar coisas).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
CUIDADOS COM O PACIENTE EM RISCO DE SUICÍDIO	
Descrição	**POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE MAIOR VULNERABILIDADE PARA O RISCO DE SUICÍDIO** • Pessoas que já tentaram suicídio; • Pessoas em sofrimento psíquico, especialmente as depressões; • Usuários de álcool e outras drogas; • Populações em privação de liberdade e/ou internadas em instituições (clínicas, hospitais, presídios); • Adolescentes e jovens; • Pessoas em situação de rua; • Pessoas que sofrem discriminação Vítimas de violência e abuso; • Pessoas que sofrem buling; • Indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; • Povos indígenas; • População LGBTQI+; • Pessoas idosas do sexo masculino; • Pessoas com histórico familiar de suicídio.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

FATORES DE RISCO DE SUICÍDIO

Descrição

FATORES PSICOSSOCIAIS

- Abuso físico ou sexual;
- Perda ou separação dos pais na infância;
- Instabilidade familiar;
- Ausência de Rede de apoio;
- Isolamento social;
- Perda afetiva recente;
- Acontecimentos estressantes;
- Datas importantes (reações de aniversários);
- Desemprego;
- Aposentadoria;
- Violência doméstica;
- Desesperança e desamparo;
- Ansiedade intensa;
- Vergonha, humilhação, bulling;
- Baixa autoestima;
- Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, perfeccionismo, labilidade de humor;
- Rigidez cognitiva;
- Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades;
- Alta recente de internação psiquiátrica;
- Desilusão amorosa;
- Separação conjugal;
- Derrocada financeira;
- Perda de emprego

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
	FATORES DE RISCO DE SUICÍDIO	
Descrição	**SÓCIO DEMOGRÁFICO**	• Sexo masculino; • Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos; • Estado civil: viúvos divorciados e solteiros (principalmente homens); • Orientação sexual homossexual ou heterossexual; • Ateus, protestantes tradicionais, judeus; • Grupos étnicos minoritários.
	TRANSTORNOS MENTAIS	• Tentativa de suicídio pregressa; • Depressão, Transtorno Afetivo Bipolar, abuso/dependência de álcool e de outras drogas, Esquizofrenia, Transtornos de Personalidade; • Histórico familiar de doença mental; • Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental; • Ideação ou plano suicida; • Histórico familiar de suicídio.
	OUTROS	• Acesso a meios letais (armas de fogo, venenos); • Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais; • Estados confusionais orgânicos; • Falta de adesão aos serviços de saúde mental.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
FATORES DE PROTEÇÃO DO SUICÍDIO		
Descrição	**CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE**	• Flexibilidade cognitiva; • Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes; • Disposição para buscar ajuda; • Habilidade para se comunicar; • Capacidade para avaliar a realidade; • Habilidade para solucionar problemas da vida.
	ESTRUTURA FAMILIAR	• Bom relacionamento interpessoal; • Senso de responsabilidade em relação à família; • Presença de crianças pequenas em casa; • Pais atenciosos e presentes; • Apoio da família em situações de necessidade.
	ASPECTOS SOCIOCULTURAIS	• Integração e bons relacionamentos em grupos sociais; • Adesão a valores e normas socialmente compartilhados; • Prática de uma religião; • Práticas coletivas (esportes, atividades culturais e artísticas); • Rede social que oferece apoio prático e emocional; • Estar empregado; • Disponibilidade e acesso a serviços de saúde mental.
	OUTROS	• Gravidez e puerpério; • Boa qualidade de vida; • Regularidade do sono; • Boa relação terapêutica.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO		
Descrição	**IDENTIFICAR PENSAMENTOS DE MORTE**	Avaliar a existência de pensamentos de morte e sentimentos de desamparo e desesperança.
	AVALIAR IDEAÇÃO SUICIDA	No caso da pessoa mencionar tentativas anteriores, é importante conversar sobre esses fatos, investigando-os em relação ao período em que ocorreu, métodos utilizados, contextos de vida e desfecho.
	AVALIAR PLANEJAMENTO SUICIDA	Avaliar a existência e estruturação do planejamento suicida. Avaliar acesso aos meios letais.
	RECONHECER IMPULSIVIDADE E GATILHOS	Avaliar a forma como o indivíduo se posiciona diante de dificuldades da vida. Avaliar possíveis gatilhos que possam desencadear comportamentos de impulsividade.
	IDENTIFICAR FATORES DE PROTEÇÃO	Levar o indivíduo a valorizar os fatores relacionados a autopreservação.

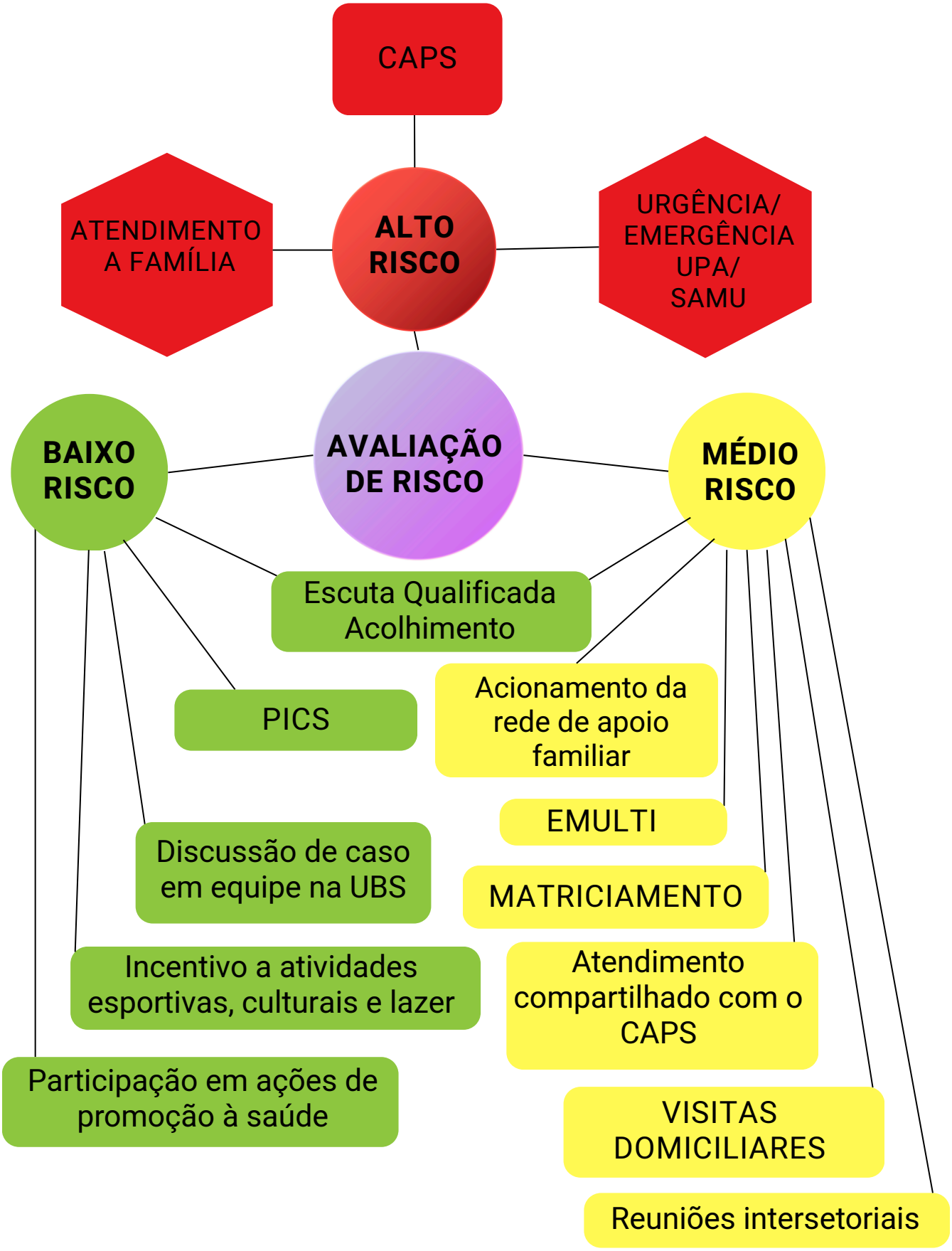
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

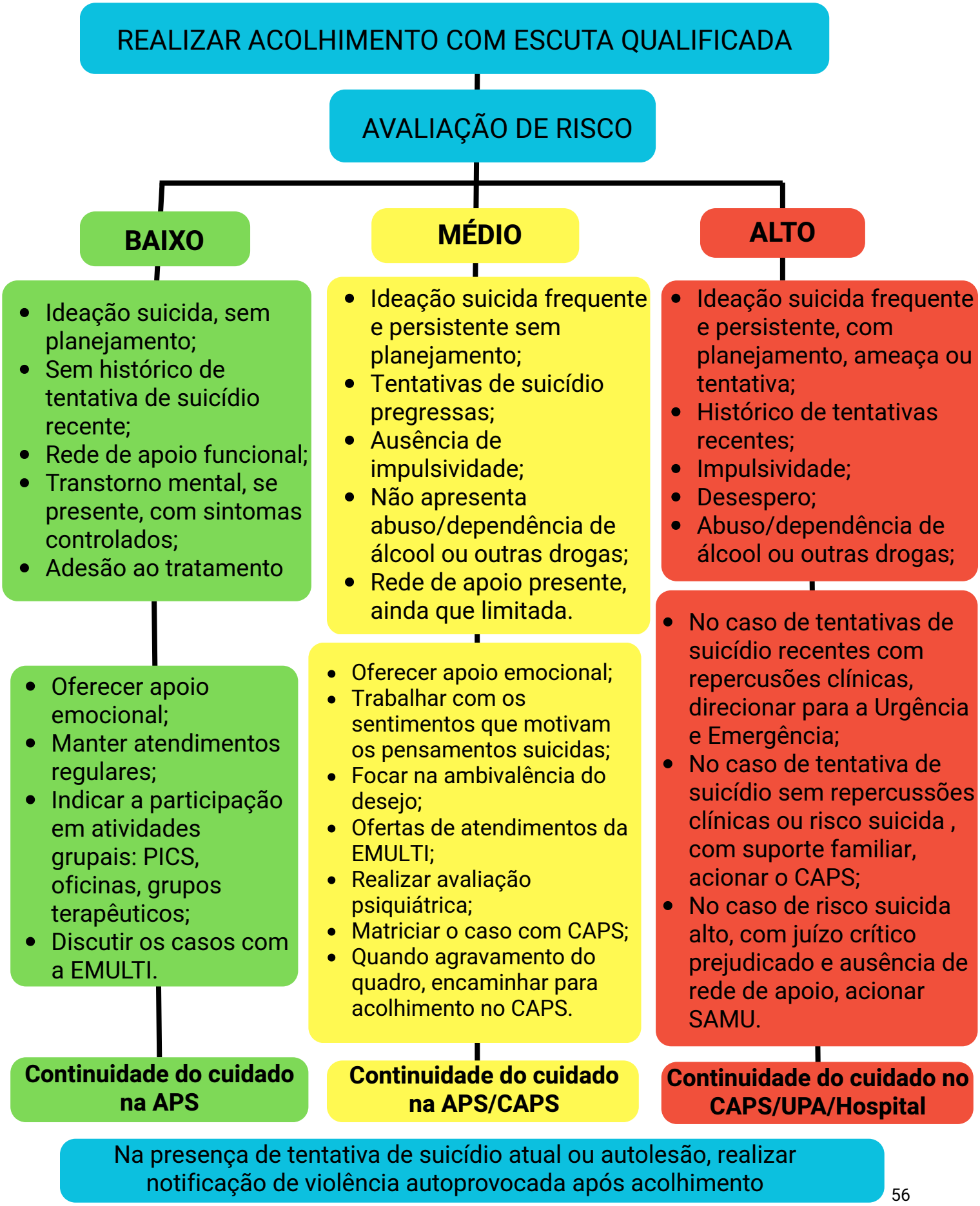
	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
Descrição	• Nunca tentou suicídio; • Ideias de suicídio são passageiras e perturbadoras; • Não tem planejamento; • Transtorno mental, se presente, com sintomas controlados; • Boa adesão ao tratamento; • Tem rede de apoio; • Apresenta capacidade de reflexão para mudanças; • Apresenta tolerância à frustração.	• Tentativa de suicídio prévia; • Presença de depressão ou Transtorno Afetivo Bipolar; • Ideias persistentes de suicídio e percebidas como solução; • Não tem um planejamento concreto; • Não tem acesso a meios potencialmente perigosos; • Não apresenta histórico de impulsividade; • Apresenta capacidade de tolerar frustrações; • Não abusa ou tem dependência de álcool ou outras drogas; • Tem rede de apoio; • Deseja tratamento.	• Tentativa de suicídio prévia; • Presença de depressão grave; • Comorbidades psiquiátricas; • Abuso/dependência de álcool ou outras drogas; • Comportamento de desespero; • Planejamento de se matar; • Tem acesso a meios letais; • Já tomou providências para o ato suicida; • Rede de apoio frágil ou inexistente; • Não apresenta capacidade de reflexão para mudanças; • Apresenta impulsividade; • Intolerância a frustrações; • Recusa tratamento.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO			
Descrição	**RISCO BAIXO**	Casos em que há ideação suicida, mas que não há planejamento específico e a intensionalidade é baixa. Nessas situações, o paciente ainda vislumbra alternativas para lidar com o sofrimento.	O acompanhamento pode ser mantido pela equipe de saúde mental da UBS de referência. O usuário pode ser inserido em atividades de promoção da saúde e grupos de práticas integrativas complementares (PICS) e seguimento conjunto com a EMULTI.
	RISCO MÉDIO	Casos em que a pessoa apresenta planejamento suicida porém não estruturado. Visualiza seu planejamento como algo possível, para o futuro, caso não tenha melhora da situação atual.	Acompanhamento na UBS de referência que contemple: manutenção do contrato pela equipe da UBS/EMULTI para monitoramento do caso. Caso a equipe, tenha dúvidas ou perceba agravamento do casos, deve acionar o CAPS para matriciamento ou acolhimento. No caso de estabilização do quadro, existe a possibilidade de alta do CAPS e continuidade do cuidado junto à AP.
	RISCO ALTO	Configuram-se como risco elevado os casos em que há planejamento claro, com convicção e há intenção de executá-lo nas próximas horas ou dias.	O encaminhamento será para o CAPS para avaliação e primeiros cuidados. Casos de tentativa de suicídio com repercussões clínicas, deve-se fazer o referenciamento para atendimentos aos serviços de urgência e emergência. Casos de alto risco, sem tentativa de suicídio atual com repercussões clínicas podem ser encaminhados para acolhimento inicial no CAPS, o qual avaliará a necessidade de outras condutas.

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO



FLUXOGRAMA DE MANEJO DE USUÁRIOS EM CRISE SUICIDA NA APS



AVALIAÇÃO RISCO DE SUICÍDIO

Indentificação:

_____

_____

_____

1- Depressão e risco de suicídio

Para avaliação da depressão moderada ou grave podem ser utilizadas as seguintes questões:

1. Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?

Sim( ) Não( )

2. Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente?

Sim( ) Não( )

Se houver pelo menos uma resposta "Sim", faça as perguntas a seguir:

A. Seu apetite mudou de forma significativa?

Sim( ) Não( )

B. Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?

Sim( ) Não( )

C. Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?

Sim( ) Não( )

D. Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?

Sim( ) Não( )

E. Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?

Sim( ) Não( )

F. Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?

Sim( ) Não( )

G. Teve por várias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo?

Sim( ) Não( )

Se 'sim' em 1 ou 2 +'sim' em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão;
3 e 4 respostas positivas **depressão leve;**
5 a 7 respostas positivas **depressão moderada;**
Risco de suicidio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas, **depressão grave.**

2- Questões sugeridas para uma abordagem adequada do risco de suicidio (em pessoas deprimidas):

- **Você tem vontade de morrer?** Sim( ) Não( )
- **Pensa que a vida não vale a pena?** Sim( ) Não( )
- **Você está bebendo/usando bebida alcoólica? Usando alguma outra droga?** Sim( ) Não( )
- **Você vem tendo pensamentos de se machucar, não se tratar (ficar doente)?** Sim( ) Não( )
- **Você já pensou em se matar? Está pensando hoje? Agora?** Sim( ) Não( )
- **Aconteceu alguma mudança na sua vida recentemente?** Sim( ) Não( )

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

- **Como você tem lidado com estes pensamentos?**

_____
_____
_____
_____
_____
_____

- **Você tem pessoas com quem você pode contar? Da família? Amigos?** Sim( ) Não( ) *(Se Sim, nome, grau de parentesco, contato, etc.)*

_____
_____
_____
_____
_____

- **Você chegou a pensar numa forma de se matar?** Sim( ) Não( )

_____

_____

- **Você tem planos para o futuro?** Sim( ) Não( )

_____

_____

_____

_____

- **Me fala sobre esta forma em que você pensou (cabe aqui ponderar sobre acesso e letalidade do meio).**
- **Quais motivos você tem para viver? Você consegue me dizer outros? (pedindo e avaliando a força de cada motivo junto com o paciente).**
- **O que te impede de seguir com este plano?**
- **Você chegou a tentar suicidio anteriormente em outro momento da sua vida? Há quanto tempo atrás? (conversar sobre isto longamente)**

Importante observar.
Ter planos de suicidio e acesso às formas de cometê-lo significa risco maior. Qualquer tentativa de autoextermínio nos últimos 06 meses tem alto poder preditivo (portanto aumenta a gravidade).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4- Exemplo de roteiro estruturado

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Paciente: ..... Sexo: .... Idade: ..... Data: ..... Avaliador: .....

O que está acontecendo?

- ☐ Desencadeante .....
- ☐ Motivação .....
- ☐ Significado do morrer .....

Estado Mental Atual

- ☐ Delírio/alucinação
- ☐ Depressão
- ☐ Desesperança
- ☐ Desespero (*psychache*)
- ☐ Colapso existencial
- ☐ Incontinência afetiva
- ☐ Instabilidade do humor
- ☐ Ansiedade/inquietude
- ☐ Impulsividade/agressividade
- ☐ Raiva
- ☐ Constrição cognitiva
- ☐ Vergonha/humilhação
- ☐ Insônia
- ☐ Dor/incapacitação

Intencionalidade Suicida

IDEIAS DE MORTE → IDEIAS DE SUICÍDIO → TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA → PLANO SUICIDA

- ☐ Passivas
- ☐ Rejeita o suicídio
- ☐ Persistentes
- ☐ Intensas
- ☐ Incontroláveis
- ☐ Vistas como alívio
- ☐ Aceitáveis
- ☐ Quantas .....
- ☐ Última .....
  - Motivação
  - Intencionalidade
  - Letalidade
- ☐ Em preparação
- ☐ Detalhado
- ☐ Conhece poder letal
- ☐ Possui os meios letais
- ☐ Providências

Principais Fatores de Risco

- ☐ Transtorno mental
- ☐ Tentativa de suicídio
- ☐ Álcool ou outra droga
- ☐ Abuso físico ou sexual
- ☐ Exposição a um suicídio
- ☐ Isolamento
- ☐ Falta de apoio social
- ☐ Suicídio na família
- ☐ Discórdia familiar
- ☐ Desilusão amorosa
- ☐ Relações conflituosas
- ☐ Desemprego
- ☐ Derrocada financeira
- ☐ Desonra
- ☐ Acesso a meio letal
- ☐ Rigidez cognitiva
- ☐ Perfeccionismo
- ☐ Conflito de identidade
- ☐ Dor/incapacidade
- ☐ Alta hospitalar recente
- ☐ Não adere a tratamento

Formulação do Risco e Manejo

- ☐ Risco baixo .....
- ☐ Risco moderado .....
- ☐ Risco alto .....

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO (TASR)

NOME: _____ **IDADE:** _____

PERFIL DE RISCO INDIVIDUAL:	SIM	NÃO
Demografia: Idade/sexo (na maioria das jurisdições: >65/15-35 anos; M>F); cultura; status socioeconômico.		
História familiar: Suicídio, comportamentos suicidas, transtorno psiquiátrico.		
Diagnóstico psiquiátrico no passado/presente: Humor, ansiedade, psicoses, álcool/drogas, transtornos de personalidade.		
Condição clínica: Crônica, incapacitante, estigmatizante.		
Apoios sociais insuficientes: Morar sozinha, isolamento, rede social insatisfatória, relacionamentos doentios.		
Problemas domésticos: Violência/abuso, fim de relacionamento, conflitos, pressão, ambiente familiar disfuncional.		
Baixa tolerância ao estresse: Níveis baixos de enfrentamento, autocontrole, capacidade de tomar decisões e solucionar problemas.		
Comportamentos suicidas no passado: Tentativas de suicídio, tentativas abortadas, lesões autoprovocadas.		
Abuso no passado/presente: Abuso/violência recente ou atual; história de abuso na infância.		
Exposição ao suicídio: Direito/indireto – amigos, família, comunidade, cultura, meios sociais.		

PERFIL DE RISCO DOS SINTOMAS:	SIM	NÃO
Depressão/disforia		
Desesperança		
Anedonia intensa		
Emoção intensa: Ansiedade/pânico; vergonha; humilhação; culpa; raiva; isolamento/solidão		
Isolamento: Supressão emocional, falta de envolvimento, falta de comunicatividade		
Sensação intensa de autorreprovação/inutilidade		
Raciocínio comprometido: Inflexibilidade; julgamento/solução de problemas/tomada de decisão insatisfatórios		
Autocontrole insatisfatório: Impulsividade; regulação insatisfatória de emoções e comportamentos; violência/agressividade		
Psicose: Alucinação de comando		
Uso problemático de álcool/drogas		

PERFIL DE RISCO DA ENTREVISTA:	SIM	NÃO
Ideação suicida: Frequência, intensidade, duração, persistência		
Intenção suicida: Grau de ambivalência e expectativa/empenho em morrer		
Plano suicida: Método, letalidade, preparação		
Tendência ao suicídio ocultada: Sinais de alerta; dicas verbais/não verbais; colaterais; "intuição clínica"		
Tentativa de suicídio no passado: Número, fator desencadeante, contexto, método, letalidade, consequências		
Acesso a meios letais: Disponibilidade e acessibilidade a métodos letais mais comuns		
Consumo ou intoxicação recentes com álcool/drogas		
Fator desencadeante suicida: Crise/conflito/perda recente, em evolução ou previsto; vitimização; trauma		
Problema insolúvel: Não consegue ver solução/incapaz ou não está disposto a procurar alternativas		
Estado intolerável: Estado ou circunstância emocional/psicológico/físico insuportável		

AMENIZADORES DO RISCO:	SIM	NÃO
Motivos para viver		
Forças internas para manejar o risco		
Forças externas para manejar o risco		

NÍVEL DE RISCO IMEDIATO DE SUICÍDIO: ( ) **ALTO** ( ) **MODERADO** ( ) **BAIXO**

Data: ____ / ____ / _____ Avaliado por: _____

FONTE: Kutcher, S., Chehil, S. (2007).

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Nome: _____ | Sexo: ( ) M ( ) F | Idade: ____anos

Data: ___/___/___ | Profissional: _____

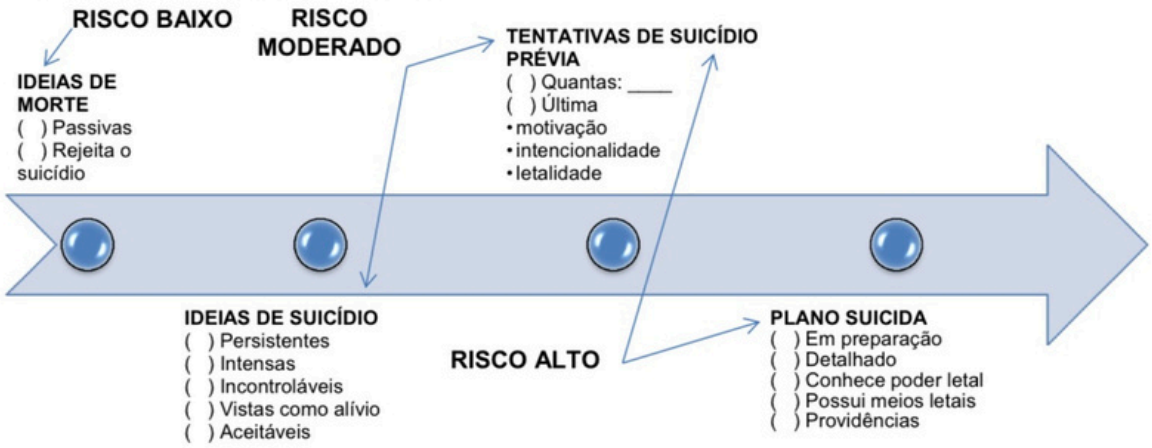
O QUE ESTÁ ACONTECENDO?

( ) Desencadeante _____
( ) Motivação _____
( ) Significado do morrer _____

ESTADO MENTAL ATUAL

( ) Delírio/alucinação	( ) Incontinência afetiva	( ) Constrição cognitiva
( ) Depressão	( ) Instabilidade do humor	( ) Vergonha/humilhação
( ) Desesperança	( ) Ansiedade/inquietude	( ) Insônia
( ) Desespero (*psychache*)	( ) Impulsividade/agressividade	( ) Dor/incapacitação
( ) Colapso existencial	( ) Raiva	

INTENCIONALIDADE SUICIDA



PRINCIPAIS FATORES DE RISCO

( ) Transtorno mental	( ) Suicídio na família	( ) Acesso a meio letal
( ) Tentativa de suicídio	( ) Discórdia familiar	( ) Rigidez cognitiva
( ) Alcool ou outra droga	( ) Desilusão amorosa	( ) Perfeccionismo
( ) Abuso físico ou sexual	( ) Relações conflituosas	( ) Conflito de identidade
( ) Exposição a um suicídio	( ) Desemprego	( ) Dor/incapacidade
( ) Isolamento	( ) Derrocada financeira	( ) Alta hospitalar recente
( ) Falta de apoio social	( ) Desonra	( ) Não adere a tratamento

FORMULAÇÃO DO RISCO E MANEJO

( ) Risco baixo [Paciente sem histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida, sem planejamento.]

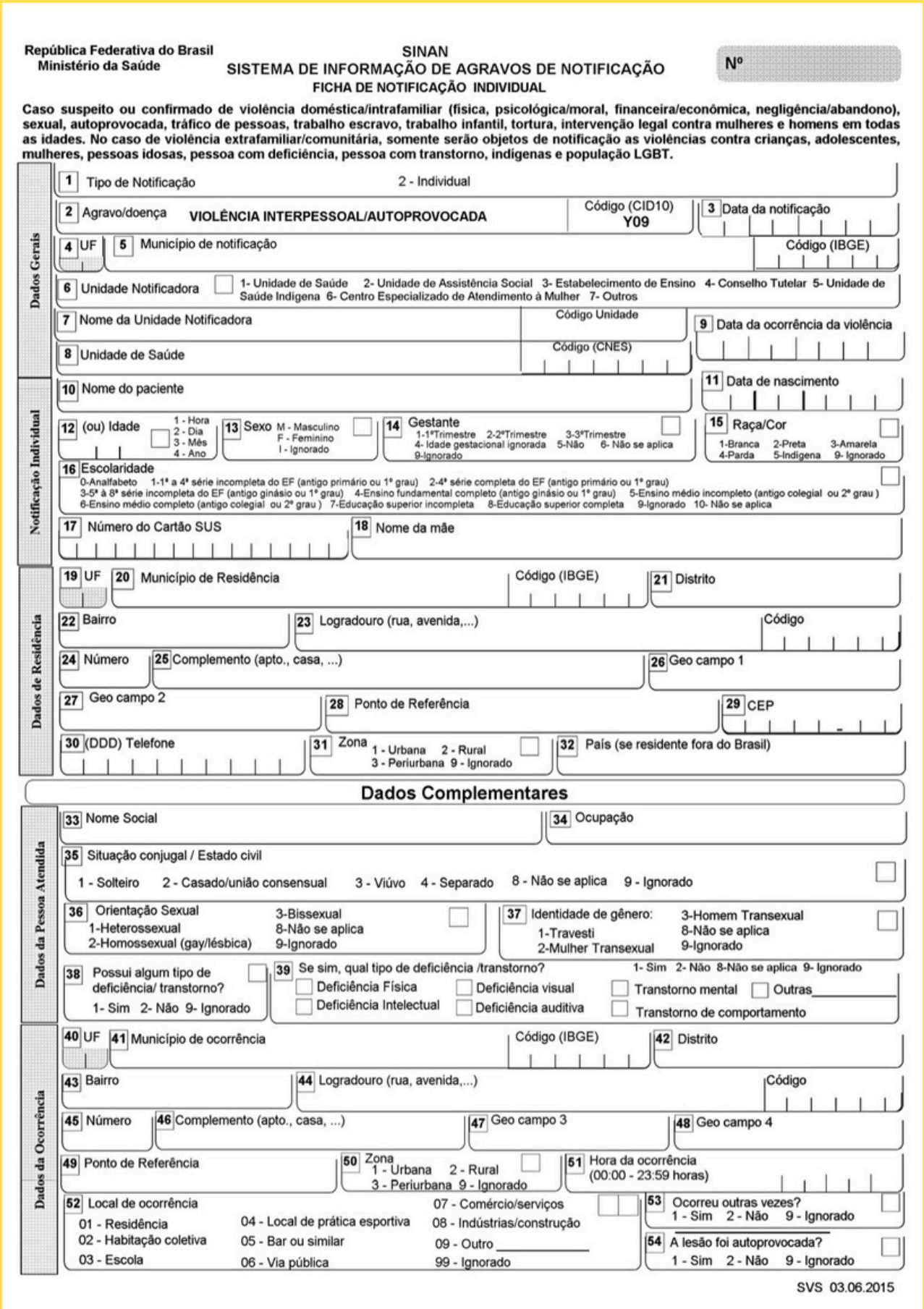
( ) Risco moderado [Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), sem planejamento. Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas.]

( ) Risco alto [Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), com planejamento e acesso à forma como planejou. Impulsividade, rigidez do propósito de se matar, desespero, delirium, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.]

_____
_____
_____
_____
_____

Fontes:
Botega, N. J. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015. Pag. 160.
Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**, Versão Profissional, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 1ª ed., 2016.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

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

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09 — 3 Data da notificação

4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora — 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade — 9 Data da ocorrência da violência

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

Notificação Individual

10 Nome do paciente — 11 Data de nascimento

12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 13 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 14 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 15 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

17 Número do Cartão SUS — 18 Nome da mãe

Dados de Residência

19 UF — 20 Município de Residência — Código (IBGE) — 21 Distrito

22 Bairro — 23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

24 Número — 25 Complemento (apto., casa, ...) — 26 Geo campo 1

27 Geo campo 2 — 28 Ponto de Referência — 29 CEP

30 (DDD) Telefone — 31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

33 Nome Social — 34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil
1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 Orientação Sexual
1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero:
1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?
1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado
Deficiência Física — Deficiência visual — Transtorno mental — Outras
Deficiência Intelectual — Deficiência auditiva — Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

40 UF — 41 Município de ocorrência — Código (IBGE) — 42 Distrito

43 Bairro — 44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

45 Número — 46 Complemento (apto., casa, ...) — 47 Geo campo 3 — 48 Geo campo 4

49 Ponto de Referência — 50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

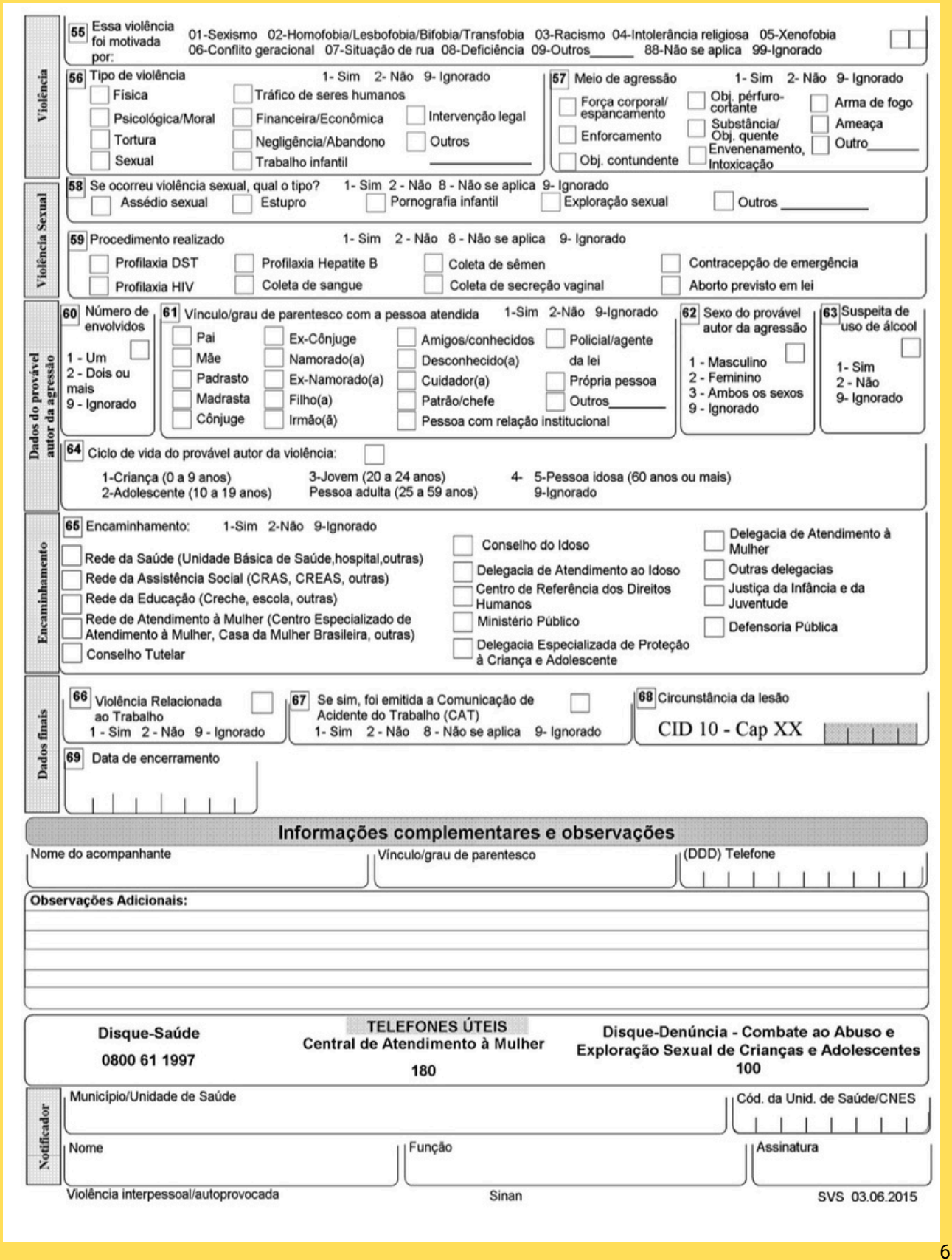
52 Local de ocorrência
01 - Residência
02 - Habitação coletiva
03 - Escola
04 - Local de prática esportiva
05 - Bar ou similar
06 - Via pública
07 - Comércio/serviços
08 - Indústrias/construção
09 - Outro _____
99 - Ignorado

53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 03.06.2015

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA



Violência

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros_____ 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Física
- Psicológica/Moral
- Tortura
- Sexual
- Tráfico de seres humanos
- Financeira/Econômica
- Negligência/Abandono
- Trabalho infantil
- Intervenção legal
- Outros

57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Força corporal/ espancamento
- Enforcamento
- Obj. contundente
- Obj. pérfuro-cortante
- Substância/ Obj. quente
- Envenenamento, Intoxicação
- Arma de fogo
- Ameaça
- Outro_____

Violência Sexual

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Assédio sexual
- Estupro
- Pornografia infantil
- Exploração sexual
- Outros _____

59 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Profilaxia DST
- Profilaxia HIV
- Profilaxia Hepatite B
- Coleta de sangue
- Coleta de sêmen
- Coleta de secreção vaginal
- Contracepção de emergência
- Aborto previsto em lei

Dados do provável autor da agressão

60 Número de envolvidos
1 - Um
2 - Dois ou mais
9 - Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Pai
- Mãe
- Padrasto
- Madrasta
- Cônjuge
- Ex-Cônjuge
- Namorado(a)
- Ex-Namorado(a)
- Filho(a)
- Irmão(ã)
- Amigos/conhecidos
- Desconhecido(a)
- Cuidador(a)
- Patrão/chefe
- Pessoa com relação institucional
- Policial/agente da lei
- Própria pessoa
- Outros_____

62 Sexo do provável autor da agressão
1 - Masculino
2 - Feminino
3 - Ambos os sexos
9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool
1- Sim
2 - Não
9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:
1-Criança (0 a 9 anos)
2-Adolescente (10 a 19 anos)
3-Jovem (20 a 24 anos)
Pessoa adulta (25 a 59 anos)
4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
9-Ignorado

Encaminhamento

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras)
- Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)
- Rede da Educação (Creche, escola, outras)
- Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)
- Conselho Tutelar
- Conselho do Idoso
- Delegacia de Atendimento ao Idoso
- Centro de Referência dos Direitos Humanos
- Ministério Público
- Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente
- Delegacia de Atendimento à Mulher
- Outras delegacias
- Justiça da Infância e da Juventude
- Defensoria Pública

Dados finais

66 Violência Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão
CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante | Vínculo/grau de parentesco | (DDD) Telefone

Observações Adicionais:

TELEFONES ÚTEIS

Disque-Saúde
0800 61 1997

Central de Atendimento à Mulher
180

Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes
100

Notificador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Nome | Função | Assinatura

Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 03.06.2015

POTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE FUNCIONÁRIOS COM QUEIXA DE SAÚDE MENTAL E RISCO DE SUICÍDIO

1.Escuta Qualificada na própria Unidade. Aplicação do questionário de risco de suicídio.

2.A Coordenação da Unidade deve fazer um relatório para a DSO - Divisão de Saúde Ocupacional com a ciência e assinatura do funcionário. Encaminhar via e-mail ou Docs.

3.A DSO fará o acompanhamento do caso.

4.Em caso de crise, surto ou alto risco de suicídio, a Unidade deve encaminhar para a Urgência e Emergência (UPA) ou articular com o CAPS VIDA.

dso.smgp@hortolandia.sp.gov.br

9. PROTOCOLO DE ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS

Lei 13.431/2017 e Decreto 9.603/2018 estabelece diretrizes sobre a atuação do sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. O decreto detalha procedimentos da escuta especializada e do depoimento especial, buscando proteger a criança/adolescente e evitar a revitimização ao orientar o atendimento integrado e multidisciplinar pela rede de proteção.

É papel da Atenção Primária, assim como os demais níveis de atenção, o cuidado, notificação, tratamento e encaminhamentos dos casos de violências.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA

Art.5º "Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais."

Art.13º "Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais"

Art.227º "É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão."

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

REVELAÇÃO ESPONTÂNEA

Profissionais envolvidos	Equipe multiprofissional das UBS
Objetivos	Estabelecer procedimentos para a comunicação e notificação ao Conselho Tutelar, por parte das Unidades de Saúde nos casos de suspeita ou confirmação de violência contra a criança e o adolescente
Recursos necessários	Sala de atendimento individual
Descrição	É quando a criança revela espontaneamente que está sofrendo ou presenciou algum tipo de violência. Acolhimento: • Elogiar e explicar o que pretende fazer para protegê-la; • Fazer apenas perguntas indispensáveis; • Cuidar do sigilo; • Priorizar relato livre, sem interromper; • Local reservado, se possível; • Ouvir imediatamente; • Não expressar reações negativas e de dúvidas.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

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

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09 — 3 Data da notificação

4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora — 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade — 9 Data da ocorrência da violência

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

Notificação Individual

10 Nome do paciente — 11 Data de nascimento

12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 13 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 14 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 15 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

17 Número do Cartão SUS — 18 Nome da mãe

Dados de Residência

19 UF — 20 Município de Residência — Código (IBGE) — 21 Distrito

22 Bairro — 23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

24 Número — 25 Complemento (apto., casa, ...) — 26 Geo campo 1

27 Geo campo 2 — 28 Ponto de Referência — 29 CEP

30 (DDD) Telefone — 31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

33 Nome Social — 34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil
1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 Orientação Sexual
1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero:
1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?
1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado
Deficiência Física; Deficiência visual; Transtorno mental; Outras
Deficiência Intelectual; Deficiência auditiva; Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

40 UF — 41 Município de ocorrência — Código (IBGE) — 42 Distrito

43 Bairro — 44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

45 Número — 46 Complemento (apto., casa, ...) — 47 Geo campo 3 — 48 Geo campo 4

49 Ponto de Referência — 50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

52 Local de ocorrência
01 - Residência; 02 - Habitação coletiva; 03 - Escola; 04 - Local de prática esportiva; 05 - Bar ou similar; 06 - Via pública; 07 - Comércio/serviços; 08 - Indústrias/construção; 09 - Outro _____; 99 - Ignorado

53 Ocorreu outras vezes?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015

Violência

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros_____ 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Física
- Psicológica/Moral
- Tortura
- Sexual
- Tráfico de seres humanos
- Financeira/Econômica
- Negligência/Abandono
- Trabalho infantil
- Intervenção legal
- Outros _____

57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Força corporal/ espancamento
- Enforcamento
- Obj. contundente
- Obj. pérfuro-cortante
- Substância/ Obj. quente
- Envenenamento, Intoxicação
- Arma de fogo
- Ameaça
- Outro_____

Violência Sexual

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Assédio sexual
- Estupro
- Pornografia infantil
- Exploração sexual
- Outros _____

59 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Profilaxia DST
- Profilaxia HIV
- Profilaxia Hepatite B
- Coleta de sangue
- Coleta de sêmen
- Coleta de secreção vaginal
- Contracepção de emergência
- Aborto previsto em lei

Dados do provável autor da violência

60 Número de envolvidos
1 - Um
2 - Dois ou mais
9 - Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Pai
- Mãe
- Padrasto
- Madrasta
- Cônjuge
- Ex-Cônjuge
- Namorado(a)
- Ex-Namorado(a)
- Filho(a)
- Irmão(ã)
- Amigos/conhecidos
- Desconhecido(a)
- Cuidador(a)
- Patrão/chefe
- Pessoa com relação institucional
- Policial/agente da lei
- Própria pessoa
- Outros_____

62 Sexo do provável autor da violência
1 - Masculino
2 - Feminino
3 - Ambos os sexos
9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool
1- Sim
2 - Não
9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:
1-Criança (0 a 9 anos)
2-Adolescente (10 a 19 anos)
3-Jovem (20 a 24 anos)
4-Pessoa adulta (25 a 59 anos)
5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
9-Ignorado

Encaminhamento

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras)
- Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)
- Rede da Educação (Creche, escola, outras)
- Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)
- Conselho Tutelar
- Conselho do Idoso
- Delegacia de Atendimento ao Idoso
- Centro de Referência dos Direitos Humanos
- Ministério Público
- Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente
- Delegacia de Atendimento à Mulher
- Outras delegacias
- Justiça da Infância e da Juventude
- Defensoria Pública

Dados finais

66 Violência Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão
CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante | Vínculo/grau de parentesco | (DDD) Telefone

Observações Adicionais:

TELEFONES ÚTEIS

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS	Central de Atendimento à Mulher	Disque Direitos Humanos
136	180	100

Notificador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Nome | Função | Assinatura

10. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PCD (PESSOA COM DEFICIÊNCIA) E PACIENTES COM TEA (TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO) NA APS

A equipe da Atenção Primária deve incluir o paciente com deficiência e o paciente com Transtorno do Espectro do Autismo na Unidade, respeitando o princípio da equidade, as prioridades nos atendimento e a acessibilidade.

O cuidado com essa clientela deve envolver todos os profissionais da Unidade e suporte da EMULTI do Território.

As ofertas de grupos devem ser variadas, com ênfase no desenvolvimento infantil. Aos profissionais precisam ser ofertadas capacitações, oficinas e reciclagem.

No paciente com TEA, destaca-se a importância da identificação precoce e dos encaminhamentos para especialidades.

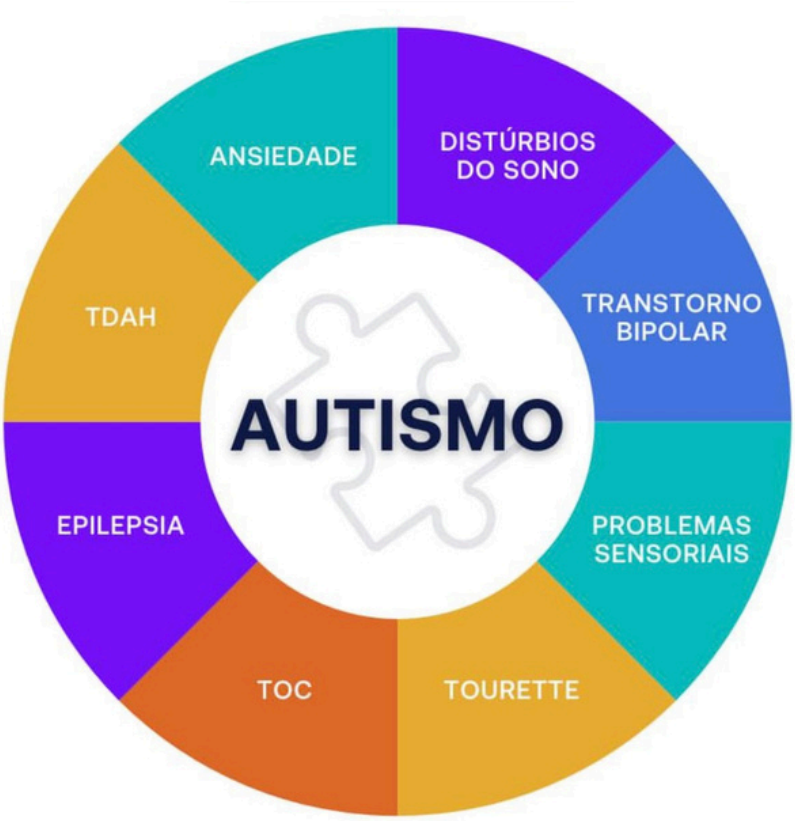
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CLASSIFICAÇÃO DO AUTISMO

Profissionais envolvidos	Equipe multiprofissional da Unidade.
Objetivos	Inserir o paciente com TEA na rotina da Unidade garantindo a inclusão social.
Recursos necessários	Sala de atendimento individual/ Sala de atendimento grupal/ Materiais terapêuticos e de estimulação sensorial.

Descrição

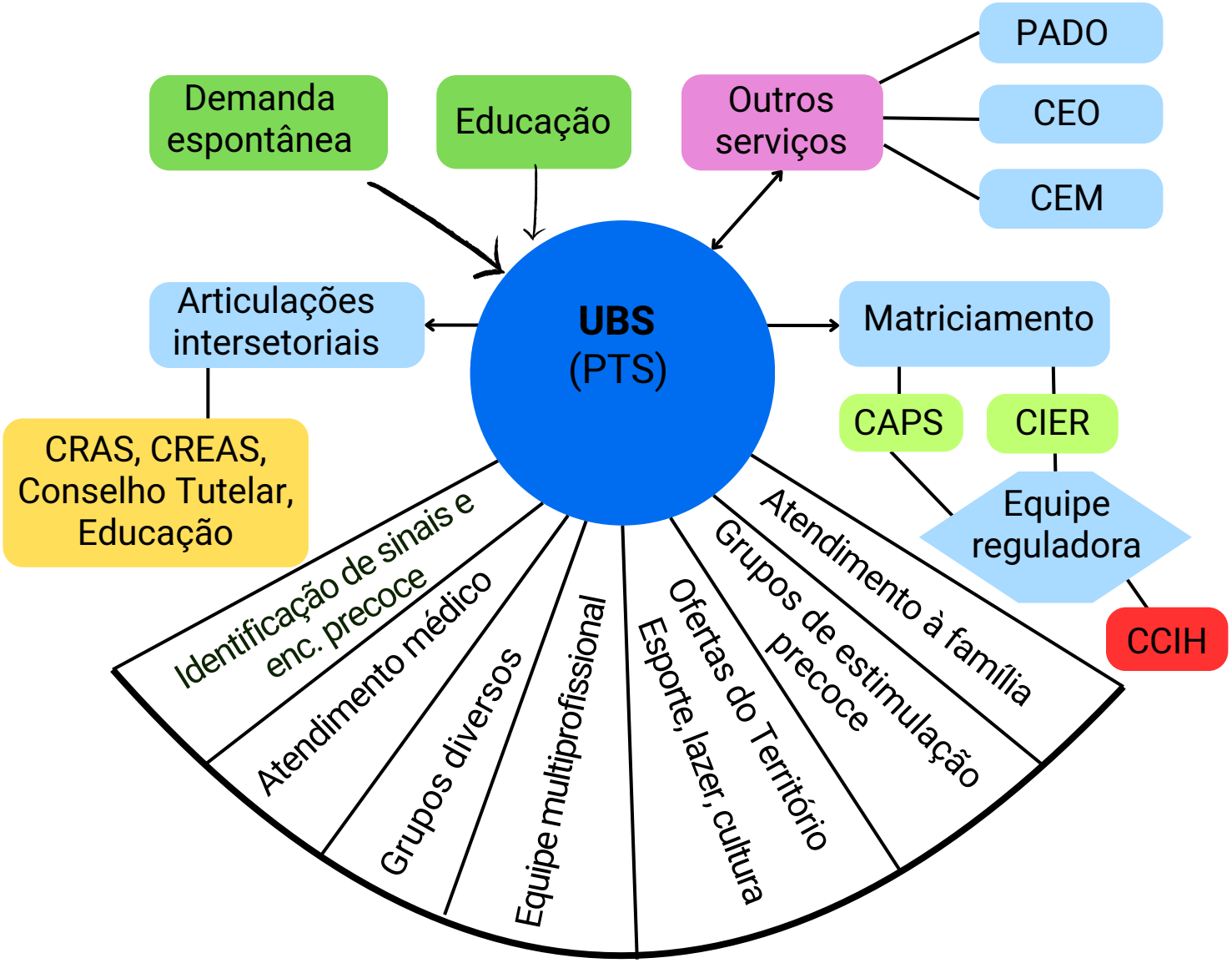
Nível	Características	Suporte
Nível 1 Autismo leve	Dificuldades sutis em situações sociais; Comportamentos restritivos e repetitivos leves; Mantem comunicação verbal; Mantem alguns relacionamentos sociais.	Suporte mínimo: Requer apoio ocasional em atividades sociais e rotinas. Pode precisar de orientação para lidar com mudanças inesperadas.
Nível 2 Autismo Moderado	Dificuldade nas habilidades sociais e de comunicação; Comportamentos restritivos e repetitivos frequentes; Comunicação verbal limitada ou ausente; Hiperfoco; Não faz ou faz pouco contato visual; Não consegue expressar emoções pela fala ou por expressões faciais.	Suporte substancial: Necessita de ajuda frequente para interações sociais e adaptação em atividades cotidianas. Apoio regular para lidar com mudanças e comportamentos atípicos.
Nível 3 Autismo Grave	Dificuldade significativa na comunicação verbal e não verbal; Comportamentos restritivos e repetitivos intensos; Alta sensibilidade a estímulos sensoriais.	Suporte intenso: Necessita de assistência constante para atividades diárias. Alta dependência para comunicação, interação social e tarefas cotidianas.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
	COMORBIDADES DO TEA
Descrição	O paciente com TEA pode apresentar comorbidades que precisam ser avaliadas tendo como base o nível de suporte para que o profissional tenha segurança nos encaminhamentos. 

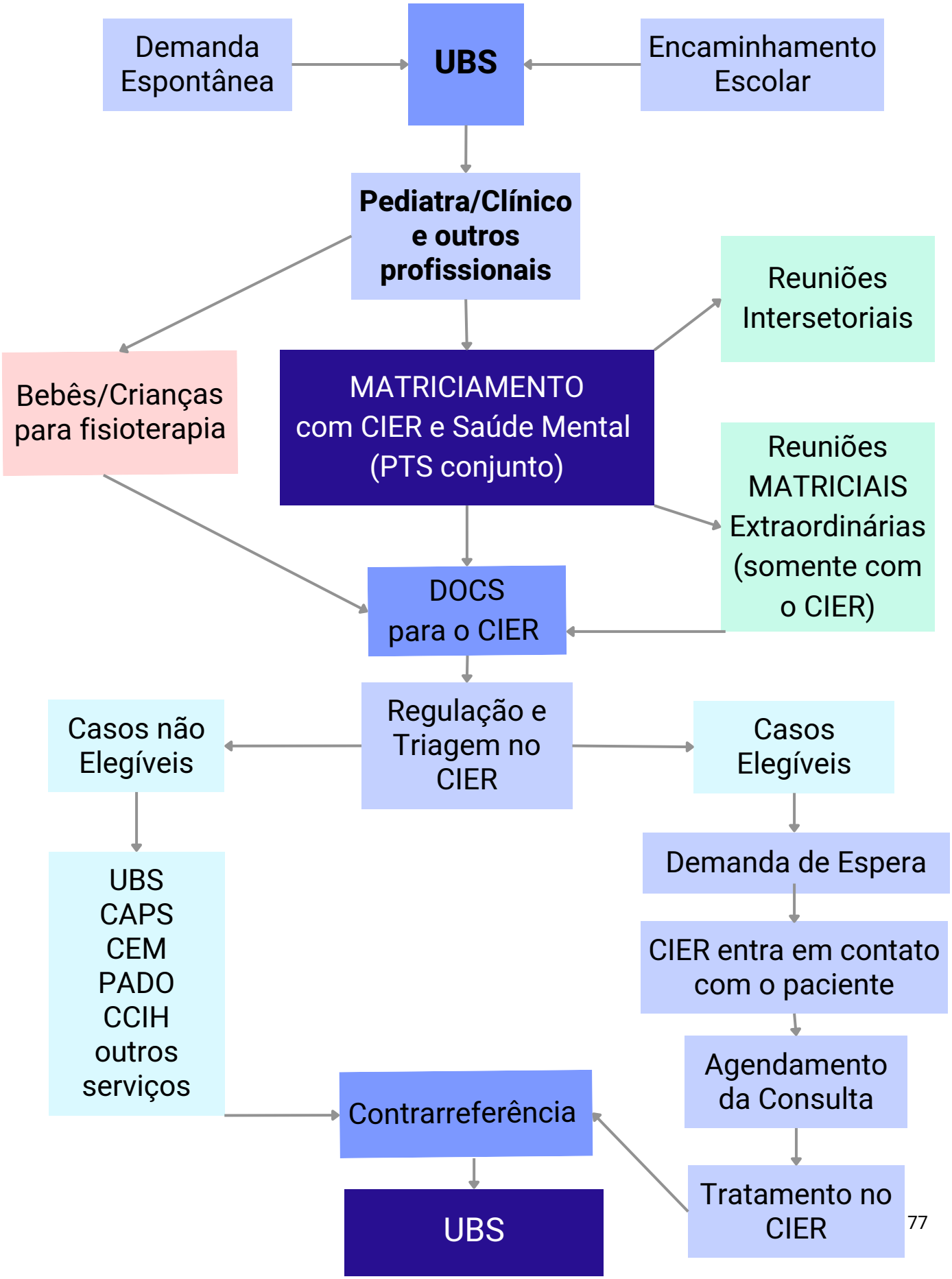
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
	COMORBIDADES DO TEA
Descrição	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
CUIDADOS COM O PACIENTE COM TEA	
Profissionais envolvidos	Equipe multiprofissional da Unidade.
Objetivos	Inserir o paciente com TEA na rotina da Unidade garantindo a inclusão social.
Recursos necessários	Sala de atendimento individual/ Sala de atendimento grupal/ Materiais terapêuticos e de estimulação sensorial.
Descrição	1.Acolhimento: identificação do paciente; evitar filas. barulhos e estímulos excessivos. 2.Escuta qualificada pela equipe de Enfermagem e identificação de necessidades imediatas. 3.Encaminhamento para a ESM - Equipe de Saúde Mental: discussão do caso, elaboração de PTS, avaliação de risco, acompanhamento e tratamento, encaminhamentos pertinentes. 4.Matriciamento com CAPS e CIER. 5.Ações Intersetoriais: CRAS, CREAS, NEM (Núcleo Educacional Multidisciplinar). 6.Apoio e orientação a família. 7.Capacitações para as equipes das UBS. 8.Sinalizações: guichê prioritário na Recepção da Unidade; uso de crachás e cordões de identificação à critério da família.

FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS DE TEA



Fluxograma de Encaminhamentos da Atenção Primária (UBS) para o CIER - saúde



Orientações de Encaminhamentos para o CIER - saúde	
1	Nome do paciente legível e completo.
2	Data de nascimento do paciente.
3	Nome da genitora (mãe).
4	Data do encaminhamento.
5	Carimbo legível do profissional que está realizando o encaminhamento.
6	Descrição clara da queixa e da necessidade terapêutica (não apenas o CID).
7	Especificar a especialidade para a qual o paciente está sendo encaminhado.
8	Encaminhamentos de Psicologia não necessitam de CID, apenas a Hipótese Diagnóstica a ser confirmada.

Orientações Gerais	
1	Encaminhamentos que apresentarem informações incompletas ou ilegíveis poderão ser devolvidos para correção.
2	Os encaminhamentos serão preferencialmente matriciados nas reuniões de Território para discussão dos casos conforme perfil do serviço em conjunto com a equipe técnica do CIER-saúde.
3	Enviar os encaminhamentos via malote ao CIER-saúde, todos registrados no DOCS.
4	A equipe do CIER-saúde fará a Regulação dos casos e entrará em contato com o paciente para avaliação inicial/triagem.
5	Os casos de crianças/bebês que demandam fisioterapia, deverão ser encaminhados ao CIER-saúde sem necessidade de Matriciamento. Enviar documentos no malote/via DOCS.
6	Descrição clara da queixa e da necessidade terapêutica (não apenas o CID).
7	Especificar a especialidade para a qual o paciente está sendo encaminhado.
8	Os casos não elegíveis ou que tenham realizado mais de 3 tentativas de contatos sem sucesso, serão devolvidos a UBS de origem com contrarreferência.
9	O CIER - saúde realizará Matriciamento com o PADO, CRF e CAPS IJ (Matriciamentro entre serviços especializados).

11. PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PICS são abordagens terapêuticas que desempenham um papel abrangente no SUS e podem ser incorporadas em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde, com foco especial na Atenção Primária.

A ideia central dessa abordagem é uma visão ampliada do processo de saúde e doença, assim como a promoção do cuidado integral do ser humano, especialmente do autocuidado.

As indicações às práticas se baseiam no indivíduo como um todo, levando em conta seus aspectos físicos, emocionais, mentais e sociais e com isso contribuem para uma mudança de estilo de vida, direcionado para a cura do indivíduo em sua integralidade.

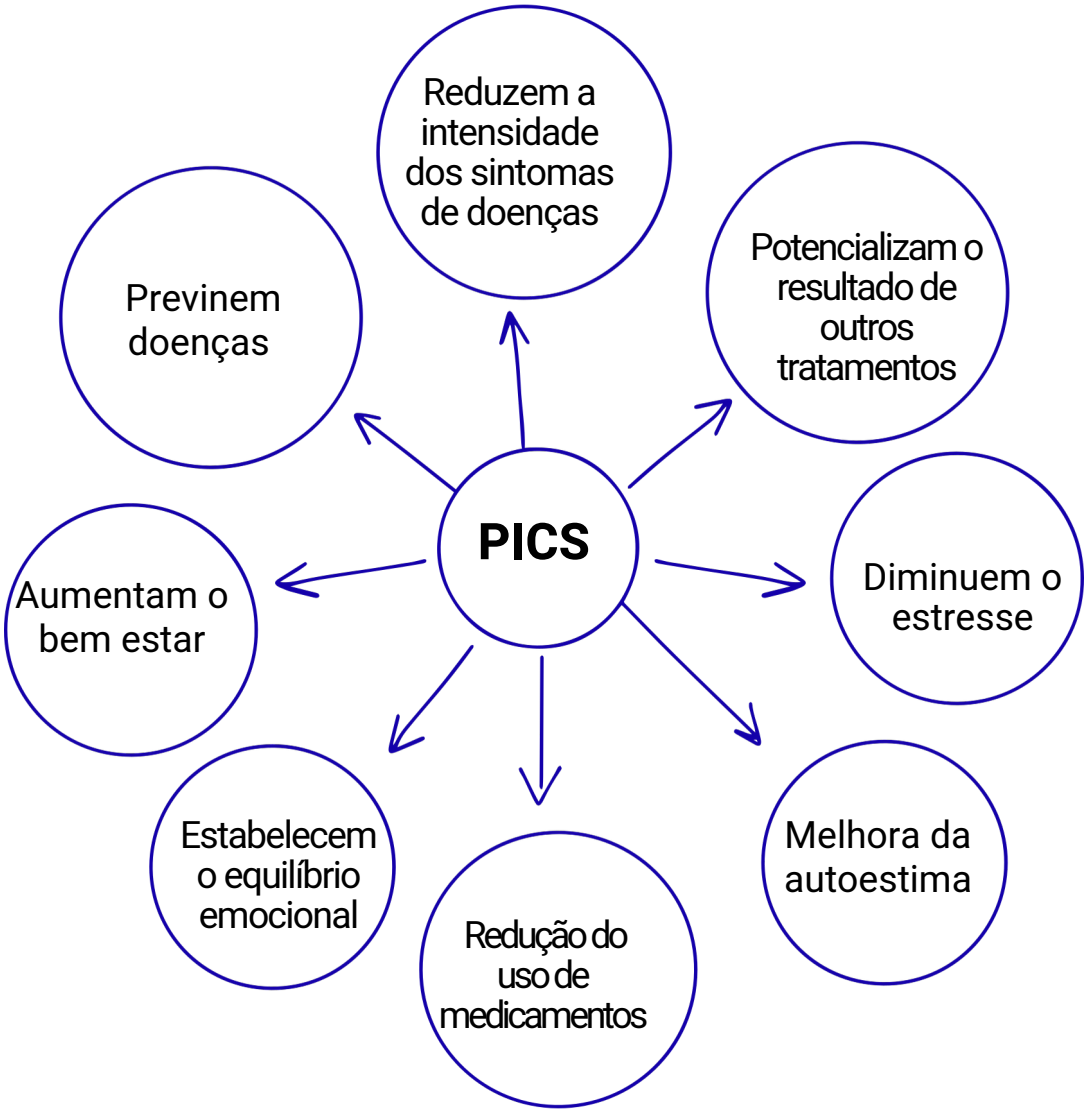
As PICS complementam as terapias convencionais, envolvem abordagens que visam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, por meio de práticas eficazes e seguras e contribuem na diminuição do estresse mental.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES EM SAÚDE - PICS	
Profissionais envolvidos	Equipe multiprofissional da Unidade.
Objetivos	• Ofertas de cuidados complementares que favorecem a saúde mental e integral do usuário; • Prevenção de agravos à saúde; • Promoção e recuperação da saúde; • Aumento do bem estar; • Redução da intensidade dos sintomas de doenças; Potencializar o resultado de outros tratamentos; Contribuir para redução do uso de medicamentos; Diminuição do estresse.
Recursos necessários	Sala ampla de atividade grupal/Tenda/Área externa/ Sala de atendimento individual.
Descrição	Liang Gong; Caminhada; Auriculoterapia.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES EM SAÚDE - PICS

Descrição



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
LIANG GONG	
Profissionais envolvidos	Profissionais de todas as categorias capacitados na PICS
Objetivos	Ofertas de cuidados complementares que favorecem a saúde mental e integral do usuário.
Recursos necessários	Sala ampla de atividade grupal/Tenda/Área externa
Descrição	 Prática chinesa de exercícios terapêuticos, através de uma série de movimentos simples, suaves e repetitivos, previne e trata dores musculares, problemas nas articulações, na coluna e doenças respiratórias. É feito em pé, com posturas naturais. Os movimentos são lentos, contínuos e sincronizados com a respiração. Trabalha a parte física (alongamento, flexibilidade, fortalecimento) e a mente (atenção, calma e foco). Pode ser praticado por pessoas de todas as idades.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
AURICULOTERAPIA	
Profissionais envolvidos	Profissionais de todas as categorias capacitados na PICs.
Objetivos	Ofertas de cuidados complementares que favorecem a saúde mental e integral do usuário.
Recursos necessários	Sala ampla de atividade grupal/Sala de atendimento individual.
Descrição	 É uma técnica terapêutica que utiliza pontos específicos na orelha para tratar dores e desequilíbrios no corpo. Se baseia no princípio de que a orelha funciona como um mapa que representa todo o corpo humano em miniatura. Cada região da orelha corresponde a um órgão, articulação ou função. **Método:** Estimulação de pontos energéticos localizados na orelha por meio de agulhas, esferas de aço, plástico, ou sementes de mostarda. Ajuda a regular energia, aliviar dores, reduzir ansiedade, melhorar o sono, controlar compulsões e equilibrar funções do corpo.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
CAMINHADA	
Profissionais envolvidos	Profissionais de todas as categorias capacitados na PICs.
Objetivos	Ofertas de cuidados complementares que favorecem a saúde mental e integral do usuário.
Recursos necessários	Área externa.
Descrição	 Prática física simples e acessível, que consiste no ato de andar de forma contínua, com ritmo moderado ou acelerado, como exercício para melhorar a saúde do corpo e da mente. É menos agressiva para as articulações do que a corrida. Melhora a circulação, fortalece os músculos, ajuda na perda de peso, reduz estresse, regula o sono e favorece a saúde mental.

12. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE

É uma iniciativa conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de promover a saúde e a qualidade de vida dos estudantes da rede pública de ensino.

O PSE objetiva integrar ações de educação e saúde para melhorar o desenvolvimento dos alunos e prevenir problemas que possam afetar o aprendizado.

O programa aproxima a escola da UBS.

Tendo como metodologia de trabalho o planejamento conjunto das ações entre escola e Unidade de Saúde, ações intersetoriais contínuas e integradas e monitoramento e avaliação das atividades realizadas, o PSE objetiva:

- Melhoria das condições de saúde e aprendizagem.
- Estímulo a hábitos saudáveis desde a infância.
- Fortalecimento do vínculo entre escola, saúde e comunidade.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

EIXOS DE AÇÃO DO PSE	
Profissionais envolvidos	Profissionais de todas as categorias da UBS
Objetivos	• Promover saúde e qualidade de vida dos estudantes; • Prevenir doenças e agravos; • Facilitar o acesso dos alunos aos serviços de saúde.
Recursos necessários	Atividade extramuros.
Descrição	• Avaliação clínica e psicossocial dos estudantes. • Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade. • Promoção da Saúde Mental. • Prevenção da violência e cultura da paz. • Educação Sexual e prevenção de ISTs/AIDS. • Prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. • Promoção de atividades físicas e práticas corporais. • Saúde Bucal (escovação supervisionada, orientação, triagem). • Vacinação e atualização da caderneta. • Combate à Dengue. • Promoção de ambientes escolares saudáveis e sustentáveis.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOTEGA, Neury José. **Crise suicida - avaliação e manejo.** 2ª edição. Editora Artmed, 2023.
2. CHIAVERINI, Dulce Helena. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2011.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos da Atenção Básica - Saúde Mental - nº34**. Editora Ministério da Saúde. Brasília - DF - 2013.
4. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Resolução nº 17, de 19 de julho de 2022.** Trata sobre os parâmetros das práticas psicológicas em contextos de Atenção Primária, Secundária e Terciária de saúde.
5. BRASIL. Lei 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: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 16 out. 2025.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Saúde da Família.** 2ª edição.2008.

“"Quem olha para fora sonha, quem olha para dentro desperta.”

Carl Jung