

NOTA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL PARA ORGANIZAÇÃO DA
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NOS
PROCESSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA



SAÚDE MENTAL

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA AS SECRETARIAS
ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE

NOTA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL PARA ORGANIZAÇÃO DA
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NOS
PROCESSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

SAÚDE MENTAL

AUTORES

Aline Teles de Andrade

Alúcio Ferreira Lima



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília, DF, Brasil
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo, SP, Brasil
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

EQUIPE DE TRABALHO

Autores

Aline Teles de Andrade
Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais / Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e Programa de Pós-Graduação em Psicologia / Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aluísio Ferreira Lima
Departamento de Psicologia / Universidade Federal do Ceará (UFC)

Consultora Técnica

Sandra Fortes
Faculdade de Ciências Médicas (FCM) / Laboratório Interdisciplinar em Atenção Primária à Saúde (LIPAPS) / Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Equipe colaboradora para revisão técnica

Ana Alice Freire de Sousa
Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais / Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública / Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP)

Leisenir de Oliveira
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas / CGMAD/DAPES/SAPS/Ministério da Saúde

Manoela Alves Salgado
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas / Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Rafael Bernardon Ribeiro
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas / CGMAD/DAPES/SAPS/Ministério da Saúde

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009), por meio da portaria n.º 3.362, de 8 de dezembro de 2017 – parecer técnico n.º 2/2021 – CGGAP/DESF/SAPS/MS (0019478128) e despacho SAPS/GAB/SAPS/MS (0019480381).

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE MENTAL. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021.
40 p.: il.

1. Saúde Mental 2. Atenção Primária à Saúde 3. Escalonamento do Cuidado 4. Rede de Atenção à Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Ministério da Saúde se unem em um novo projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), o PlanificaSUS, para implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde, proposta pelo CONASS, em Regiões de Saúde das 27 unidades federativas.

Por meio da planificação, pretende-se organizar os ambulatórios de referência para a Atenção Especializada em uma Região de Saúde, qualificando e integrando seus macroprocessos àqueles da Atenção Primária à Saúde dos municípios e possibilitando a melhoria do acesso à Rede de Atenção, a continuidade da atenção aos usuários com condição crônica, a maior resolutividade regional, um melhor estado de saúde para a população e a redução dos custos para o sistema de saúde.

A metodologia propõe atividades tutoriais como modalidade para maior aproximação e mais apoio aos profissionais e gestores que se ocupam diretamente do cuidado da população de um território sanitário, disponibilizando atualização do conhecimento, ferramentas para a gestão da qualidade e tecnologias da gestão clínica.

Como é possível superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde, como estabelece o Ministério da Saúde nas diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde?^[1] Como oferecer atenção contínua e integral, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura, com equidade e com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita, gerando valor para essa população, como ensina Mendes?^[2]

A resposta é: organizando as Redes de Atenção à Saúde. O pré-requisito indispensável para isso são as diretrizes clínicas baseadas em evidências, com foco no manejo clínico seguro e qualificado das condições crônicas, que permitam a estabilização dos usuários e evitem danos e desfechos negativos, e na qualificação dos processos de Atenção à Saúde, de apoio, logísticos e gerenciais, que possibilitem tempos oportunos de acesso e resolutividade dos serviços.

O PlanificaSUS disponibiliza um conjunto de Notas Técnicas para a organização das Redes de Atenção às condições crônicas mais prevalentes: gestação e puerpério, ciclo de vida da criança, ciclo de vida da pessoa idosa, hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, saúde mental e câncer de mama e colo de útero.

As Notas Técnicas foram estruturadas em consonância com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, buscando facilitar sua operacionalização pelas equipes de saúde. Assim, oferecem elementos para o conhecimento da população com condição crônica, a estratificação de risco, o dimensionamento da necessidade de saúde, o mapeamento dos fluxos e dos processos de cuidado, os algoritmos de manejos específicos, os parâmetros para a gestão da condição de saúde na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada, os critérios para compartilhamento do cuidado, os marcadores de estabilização clínica funcional e os indicadores para monitoramento e avaliação. Para sua elaboração, foram consultadas as diretrizes mais atualizadas publicadas pelo Ministério da Saúde, algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e sociedades científicas.

Ao final, as Notas Técnicas querem ser uma contribuição para o aperfeiçoamento da política de saúde voltada para o cuidado da população das várias Regiões de Saúde.

Marcio Anderson Cardozo Paresque

Coordenador do PlanificaSUS

O principal problema dos sistemas de Atenção à Saúde, em escala universal, consiste na incoerência entre uma situação de saúde com forte hegemonia das condições crônicas e uma resposta social de um sistema fragmentado, que atua de forma episódica e reativa, voltado predominantemente para os eventos agudos. A fragmentação dos sistemas falha quanto ao manejo das condições crônicas e, como consequência, os resultados medidos em desfechos clínicos são pífios. Isso não é diferente no Sistema Único de Saúde (SUS).

A solução para esse problema está em superar a fragmentação, instituindo as Redes de Atenção à Saúde, que atuam de modo contínuo e proativo e são capazes de responder adequadamente às condições agudas e crônicas.

As Redes de Atenção à Saúde são compostas de três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e os modelos de Atenção à Saúde. A população de uma Rede de Atenção à Saúde corresponde àquela que vive em um território singular, que, por sua vez, é um importante produtor social de saúde. É uma população cadastrada e vinculada a uma equipe de Atenção Primária à Saúde, sendo estratificada por vulnerabilidades sociais e riscos sanitários.

A estrutura operacional envolve a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A Atenção Primária à Saúde opera como centro de comunicação das redes, articulando os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os pontos de atenção.

Os modelos de Atenção à Saúde devem passar por mudanças profundas – especialmente o de atenção às condições crônicas, que se baseia em três pilares: a estratificação de riscos, a estabilização e o autocuidado apoiado. Para o SUS, propôs-se um Modelo de Atenção às Condições Crônicas, que engloba cinco níveis: o nível 1 é o de promoção da saúde; o nível 2, de prevenção das condições de saúde, e os níveis 3, 4 e 5 convocam tecnologias potentes de gestão da clínica, voltadas para o enfrentamento adequado das condições crônicas estabelecidas – os níveis 3 e 4 abrangem a gestão das condições de saúde e o nível 5, a gestão de caso.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde é um processo complexo, que pressupõe um pensamento sistêmico por parte de seus operadores. Pensar sistemicamente implica transitar de relações lineares de causa e efeito para inter-relações entre diversos subsistemas. Significa também entender que não há solução para os problemas tentando-se mudanças em pontos de atenção isolados. É compreender que os problemas só serão solucionados se existirem colaboração e interdependência entre todos os atores envolvidos. Por fim, consiste em construir uma linguagem comum, que possibilite a comunicação em rede.

Um ponto fundamental para tornar reais as Redes de Atenção à Saúde é construir essa linguagem comum, compartilhada em todos os nós dessas redes. Isso se faz por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidência, construídas e validadas pelos atores relevantes, que tecem essas redes continuamente na prática social. As Notas Técnicas propostas neste documento cumprem essa função seminal nas Redes de Atenção à Saúde.

Cabe ressaltar que são redes temáticas, conforme imposição da natureza singular de cada qual, imposta pela divisão técnica do trabalho, que exige especialização nos pontos de atenção secundários e terciários, ambulatoriais e hospitalares. Porém esse é o único elemento temático das Redes de Atenção à Saúde que as diferencia das propostas passadas de sistemas verticais de saúde. Por consequência, a Atenção Primária à Saúde, os sistemas logísticos e os sistemas de apoio são estruturas transversais comuns a todas as redes temáticas.

Além disso, essas Notas Técnicas cumprem outro papel, que é o de estruturar todo o processo de gestão da clínica, entendida como um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado, destinado a prover uma Atenção à Saúde de qualidade, ou seja, centrada nas pessoas; efetiva e estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e nem aos profissionais de saúde; eficiente, provida de custos ótimos; oportuna, porque prestada no tempo certo; equitativa, já que reduz as desigualdades injustas, e ofertada de forma humanizada.

As diretrizes clínicas baseadas em evidência, representadas de forma prática e sintética pelas Notas Técnicas, a par de criar uma linguagem comum, são a tecnologia fundamental, da qual derivam a gestão das condições de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e as listas de espera.

Nesse sentido, essas Notas Técnicas vão além do estabelecimento das melhores práticas clínicas, porque adentram o campo da microgestão da clínica, estabelecendo parâmetros assistenciais baseados não em séries históricas, mas definidos por necessidades reais da saúde da população.

Em conclusão, pode-se afirmar que a elaboração e o compartilhamento dessas Notas Técnicas, entre todos os atores envolvidos, correspondem ao ato inaugural e imprescindível da construção das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Boa leitura a todos!

Eugênio Vilaça Mendes

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
COVID-19	doença pelo coronavírus 2019
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
DALY	<i>disability-adjusted life years</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
IASC	<i>Inter-Agency Standing Committee</i>
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais e demais variações de sexualidade e gênero
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MSN	transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SisREG	Sistema de Regulação e Marcação de Consultas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TMG	Transtorno Mental Grave
TMC	Transtorno Mental Comum
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>

■ INTRODUÇÃO	11
Objetivo geral	11
■ SEÇÃO I – MAPEAMENTO DA POPULAÇÃO	13
Fatores de risco para desenvolvimento de agravos em saúde mental	13
Critérios para identificação e diagnóstico	14
■ SEÇÃO II – COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	16
Atenção Primária à Saúde	16
Demanda espontânea de saúde mental na Atenção Primária à Saúde	18
Atenção Ambulatorial Especializada	19
Centros de Atenção Psicossocial	20
Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental	22
O cuidado escalonado e os critérios para encaminhamento da Atenção Primária à Saúde para a Atenção Ambulatorial Especializada	23
Parâmetro para estimativa do público com critérios de encaminhamento para atendimento em serviços especializados em saúde mental	25
Critérios para definição de estabilidade e instabilidade clínica	26
Reabilitação psicossocial	26
■ SEÇÃO III – A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	28
Construção da rede integrada e o processo de matriciamento	30
O matriciamento	30
Gestão do caso e o Projeto Terapêutico Singular	32
A gestão do acompanhamento dos usuários com transtorno mental	33
■ SEÇÃO IV – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	34
Monitoramento por meio da gestão de "listas de pacientes" em tratamento	34
Indicadores de processos, resultados e serviço na Atenção Primária à Saúde	34
■ CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
■ REFERÊNCIAS	37
■ ANEXO	40

Transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias (MSN) são comuns em todas as regiões do mundo, afetando todas as comunidades e os grupos etários em todos os países. Embora, a partir do índice *disability-adjusted life years* (DALY), já se saiba que 12% a 15% da carga global de doenças seja atribuída a esses transtornos, 75% das pessoas afetadas por transtornos mentais em países de baixa renda não têm acesso ao tratamento de que necessitam.^[1]

Os impactos dos transtornos mentais na vida de uma pessoa são diversos e de longo alcance, especialmente quando não detectados e tratados de forma oportuna, podendo surgir em qualquer ciclo de vida. Eles influenciam no curso e na evolução de outras doenças, como HIV/AIDS, câncer e doenças cardiovasculares; na adesão a tratamentos; na qualidade de vida do indivíduo, da família e da comunidade e na vida produtiva e laboral. Atualmente, chegam a custar US\$1 trilhão por ano para a economia mundial.^[2]

Ainda existe uma grande lacuna entre as demandas do adoecimento mental, a capacidade dos sistemas de saúde em ofertar respostas que reduzam a carga dessas doenças e os recursos disponíveis. Estima-se que o percentual de pessoas com transtornos mentais graves (TMG) que não conseguem ter acesso a tratamento varia entre 32% e 85%, enquanto apenas 1% da força de trabalho em saúde do mundo está direcionada para atenção à saúde mental.^[1,2]

A cobertura de serviços em saúde mental tem se mostrado inadequada, especialmente em países de baixa e média renda. O mesmo cenário se delinea no planejamento e na alocação de recursos. Qualquer plano de ação ou de investimentos que se pretenda eficiente deve levar em consideração a existência de barreiras locais que se impõem à sua implementação e sustentabilidade, exigindo profundo conhecimento da realidade local, planejamento compatível e qualificação dos recursos humanos disponíveis.^[3]

Diante desse cenário, faz-se necessária a elaboração de um documento norteador, para gestores, trabalhadores e usuários, que dê concretude às diretrizes da política de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), melhorando a comunicação e o fluxo de usuários dentro dos diversos pontos de atenção da rede, além de instrumentalizar a Atenção Primária à Saúde (APS) para exercer seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O conjunto de recomendações disponibilizadas neste documento não substitui a responsabilidade dos profissionais de saúde quanto à escolha da conduta mais adequada para o indivíduo que busca cuidado, considerando sua singularidade e o contexto no qual está inserido.

Objetivo geral

Esta Nota Técnica tem como objetivo contribuir para:

- Aumentar a detecção dos casos de transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas pelos profissionais da APS.
- Aprimorar a qualidade do cuidado de transtornos mentais e de uso de substâncias psicoativas ofertado na APS.
- Estruturar uma proposta de organização dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, de nível secundário, integrados com a APS.
- Estruturar o cuidado escalonado em saúde mental no SUS.
- Fortalecer a organização da RAPS, promovendo a articulação da APS com os serviços especializados em saúde mental, como ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – I, II, III, IV Álcool e outras Drogas e Infantil –, emergências psiquiátricas e leitos de internação.

O documento está dividido em quatro seções. A primeira seção trata da identificação das subpopulações com fatores de risco proximais e biopsicológicos e das subpopulações com transtorno mental estabelecidos por critérios de investigação e definição diagnóstica, incluindo os indivíduos com condições de saúde mental muito complexas. A segunda seção delimita as competências dos pontos de atenção da RAPS, focando na APS e nos serviços da Atenção Especializada, assim como intervenções que podem ser utilizadas nesse cuidado. A terceira

seção aborda o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) como metodologia para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coadunando com alguns princípios organizativos da Saúde Mental e com a ferramenta de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para gestão de caso. Soma-se a isso a proposta para escalonamento de cuidado associado ao matriciamento, como estratégia de integração da APS com a Atenção Especializada em Saúde Mental. A quarta seção apresenta sugestões para gestão de acompanhamento dos usuários com transtorno mental e abuso de substâncias psicoativas, assim como de indicadores para avaliação e monitoramento dos resultados.

SEÇÃO I – MAPEAMENTO DA POPULAÇÃO

De acordo com Mendes,^[4] conhecer a população usuária de um sistema de Atenção à Saúde é um processo complexo, que tem seu início na Atenção Primária da Saúde (APS) e envolve várias etapas: territorialização; cadastramento das famílias; classificação das famílias por riscos socio sanitários; vinculação das famílias à equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF); identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos e identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas e com condições de saúde muito complexas. O conhecimento da população com demanda de saúde mental é fundamental para definir política e ações em saúde. A identificação começa com a delimitação da população residente no território adscrito de uma equipe de APS, por meio do cadastramento individual e familiar.

É importante lembrar que os transtornos mentais são, em sua maioria, condições de saúde cujo modelo de tratamento se assemelha ao de outras condições crônicas, como diabetes e hipertensão, nas quais o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MAAC) é uma referência no país. Cuidar com qualidade envolve conhecer e monitorar a população que é atendida em cada ponto de atenção da rede de saúde, seja ele da APS ou da Atenção Especializada em Saúde Mental.

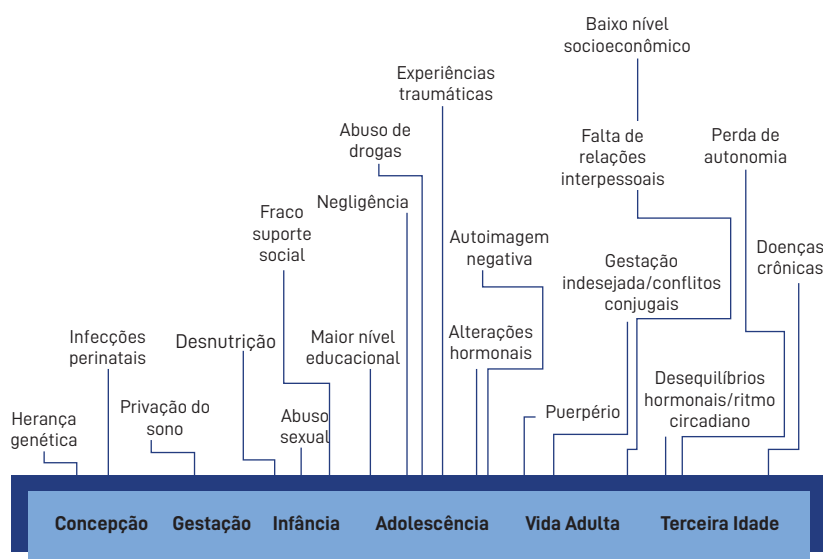
A esse respeito, vale destacar o monitoramento por meio da gestão de listas (uso da planilha na APS e nas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental com a relação dos usuários com transtorno mental em acompanhamento) como método para garantir o monitoramento do cuidado dentro de uma proposta assistencial de caráter longitudinal.

Fatores de risco para desenvolvimento de agravos em saúde mental

Diversos são os fatores que compõem e influenciam pessoas a desenvolverem sofrimento psíquico, desencadeiam transtornos mentais e comprometem a capacidade de a pessoa apresentar comportamento resiliente diante de adversidades sociais, psicológicas e biológicas.^[5]

É possível identificar uma variabilidade desses fatores ao longo da vida de uma pessoa, da concepção até a terceira idade. Cada fase da vida apresenta desafios específicos em relação a fatores estressores, que podem propiciar sofrimento psíquico. A abordagem específica de tais fatores é importante para as equipes de saúde da família que prestam o cuidado longitudinal ao usuário, respeitando seus ciclos vitais.

O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental,^[6] apresenta uma sistematização dos fatores de risco associados aos transtornos mentais, considerando o ciclo de vida dos indivíduos e as particularidades que cada fase pode manifestar para o desenvolvimento de um transtorno mental, conforme apresentados na figura 1.



Fonte: Chiaverini.^[6]

Figura 1. Principais fatores de risco para transtornos mentais de acordo com a linha de vida de um indivíduo.

Entretanto, para além dos ciclos vitais, não se pode perder de vista o fato de que o Brasil, assim como outros países de baixa e média renda, possui uma realidade social muito semelhante àquelas encontradas em situações consideradas de emergência humanitária no restante do mundo. Essa característica exerce influência no desenvolvimento de agravos de saúde mental ao longo de toda a vida do indivíduo. O exemplo concreto disso são as comunidades que vivem nas periferias de grandes cidades ou áreas de extrema pobreza, assoladas pela baixa escolaridade, pela situação de vulnerabilidade social, pela exposição a vários tipos de violência e por poucos recursos sanitários, faltando, em alguns casos, até o saneamento básico.

Merecem atenção subgrupos específicos de uma população, os quais podem se encontrar em situação de risco potencializado, a depender do nível e do tipo de exposição a qual são submetidos, como, por exemplo:^[5]

- Mulheres grávidas, mães, mães solteiras, viúvas, vítimas de abusos ou violência doméstica.
- Homens em zonas de conflito com a polícia ou o tráfico, aqueles que perderam os meios para sustentar suas famílias, jovens em risco de detenção, sequestro ou alvos do tráfico.
- Crianças (zero a 18 anos) separadas dos pais, abandonadas, que sofrem negligências (incluindo órfãos), recrutadas ou usadas por grupos de milícias, traficadas, infratoras da lei, que exercem trabalho perigoso, que vivem ou trabalham nas ruas, que sofrem exploração sexual, com a desnutrição e com a falta de estímulos necessários ao seu.
- Idosos em processo de fragilização, vítimas de violência, institucionalizados ou que perderam o amparo/cuidado da família.
- Pessoas em risco de violações de direitos humanos, como ativistas políticos, minorias de quaisquer tipos, pessoas em situação de institucionalização, detentas, vítimas de tortura ou que já foram expostas a outros tipos de violência.
- Grupos estigmatizados, população de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e demais variações de sexualidade e gênero (LGBTQIA+), profissionais do sexo, pessoas com TMG e sobreviventes de violência sexual.
- Pessoas em situação de extrema miséria, refugiados ou migrantes em situações irregulares, vítimas de tráfico humano ou submetidas a trabalho análogo ao escravo.
- Pessoas que tenham sido expostas a eventos extremamente estressantes ou traumáticos, que perderam membros da família ou seu meio de subsistência, sobreviventes de estupro e tortura, testemunhas de atrocidades;
- Familiares em primeiro grau de pessoas com transtornos mentais graves.

Segundo o *Inter-Agency Standing Committee* (IASC), pessoas afetadas por tais circunstâncias geralmente possuem algum expediente e habilidade para resolução de problemas, a depender do tempo de exposição e da magnitude dos recursos disponíveis, que podem variar em função da idade, do gênero e do contexto sociocultural.^[5] Porém, para planejar respostas adequadas, é imprescindível conhecer as realidades locais, se os recursos disponíveis são úteis ou prejudiciais, conhecer as barreiras existentes e a até que ponto os meios são acessíveis aos que deles precisam.

Assim, o enfrentamento de fatores de risco para transtornos mentais ainda é um grande desafio, por também envolver os esforços das próprias famílias, o suporte da comunidade local e de diferentes setores sociais, a necessidade de profissionais da saúde capacitados e a qualidade e a articulação dos serviços. Trata-se de um trabalho de extrema complexidade e de fundamental importância nas políticas públicas, já que os fatores de risco não devem ser vistos como determinantes de uma doença ou um transtorno, muito embora possam aumentar a probabilidade de uma pessoa vir a desenvolvê-la.^[6]

A abordagem integral, interdisciplinar e intersetorial, garante que esses riscos sejam avaliados e identificados de forma adequada. Porém, para que tais cuidados sejam implementados, é necessário considerar não apenas os riscos, mas também estruturar um cuidado escalonado a partir de uma rede que funcione integralmente, reconhecendo a especificidade do território e de cada nível de cuidado.

Critérios para identificação e diagnóstico

Para dar conta da necessidade de ordenação da rede em seu fluxo e do estabelecimento de uma linguagem comum entre os trabalhadores, que possibilite discutir e compartilhar casos de forma eficiente, é necessário superar as deficiências de formação em saúde mental dos profissionais APS.^[6]

Sugere-se, nesta Nota Técnica, a adoção do MI-GAP Manual de Intervenções, da Organização Mundial da Saúde (OMS),^[7] como ponto de partida de capacitação dos profissionais da APS, o que também deve facilitar a compreensão do nível de resolutividade do cuidado de saúde mental na APS, permitindo o alinhamento entre os diferentes profissionais nos diversos pontos da RAPS.

O manual foi elaborado em sua primeira versão no ano de 2010, mediante revisão sistemática de evidências, com a finalidade de auxiliar na implementação do programa de ação para reduzir as lacunas em saúde mental da OMS (mhGAP).^[8] Trata-se de uma ferramenta prática e objetiva, que apresenta o manejo integrado de condições prioritárias em saúde mental, com uso de protocolos específicos para tomada de decisão na APS. Quando associado ao apoio matricial, é de grande valia para a qualificação do processo de trabalho em rede e compartilhamento do cuidado.

O MI-GAP funciona como um guia que contém informações sobre o quadro clínico comum das condições prioritárias em saúde mental e conduz o profissional no manejo de cada uma delas. Os módulos são organizados por condição prioritária, ferramentas para a tomada de decisão e para o manejo clínico. Assim, é recomendado, para uso mais eficiente da ferramenta, que as equipes de APS sejam treinadas para seu manuseio, com apoio das equipes especializadas em saúde mental de referência, considerando as três seções que o compõe: avaliação, manejo e seguimento.

A seção de avaliação é apresentada com o auxílio de fluxogramas e múltiplos pontos de avaliação clínica. Cada módulo começa com o quadro clínico comum da condição suspeita. Em seguida, há uma série de perguntas de avaliação clínica, às quais o profissional deve responder "sim" ou "não" e passar para o próximo passo na condução do usuário a outras instruções, até concluir a avaliação.

Na seção de manejo, diversas possibilidades de intervenção são levantadas. Importante destacar que a conduta medicamentosa torna-se apenas mais uma opção diante de um leque de possibilidades que incluem ações de psicoeducação, promoção do funcionamento das atividades diárias, tratamento psicológico, redução do estresse e fortalecimento do apoio social. Existe ainda um módulo voltado a práticas e cuidados essenciais, que orienta os profissionais quanto ao uso de habilidades e atitudes para o fortalecimento do vínculo com os usuários e a promoção do respeito e da dignidade.

O instrumento dialoga com o paradigma da atenção psicossocial, no qual o processo de saúde e doença é resultante de uma interação de fatores biológicos e sociais complexos, que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial. Para uma boa resposta do sistema de saúde, é indispensável a retaguarda de uma rede de cuidados integrada e territorializada, com pontos de atenção diversificados para atender as diferentes demandas de cuidados, conforme a necessidade do usuário na ocasião.^[9]

SEÇÃO II – COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A RAPS, instituída pela portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011,^[10] e revogada pela portaria de consolidação nº3 de 28 de setembro de 2017, tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e com problemas decorrentes do uso nocivo e da dependência de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Em 2017, nova portaria foi lançada, complementando a anterior e propondo novos pontos de atenção, dentre eles a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas, no componente de atenção psicossocial especializada.

Ficam definidos os componentes desta rede da seguinte forma: APS; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Como objeto de trabalho desta Nota Técnica, focamos na integração entre a APS e a Atenção Especializada em Saúde Mental, no MACC.

Atenção Primária à Saúde

Nos últimos anos, os organismos internacionais vêm reconhecendo a importância do bem-estar psicossocial na saúde da população geral e como o tema tem sido negligenciado nas pautas mundiais. Em 2010, a OMS declarou que a saúde mental representa um indicador crítico do desenvolvimento humano e é base para o desenvolvimento social, devendo ser incluída em todas as políticas públicas como forma para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.^[11]

A expectativa de vida de uma pessoa com transtornos mentais pode ser até 20 anos menor que o restante da população. Situação que pode ser significativamente alterada mediante oferta de cuidados em nível primário, a qual possibilita uma abordagem holística, que contemple aspectos mentais e físicos, como dieta, tabagismo, planejamento familiar e saúde reprodutiva.^[12]

A APS é lugar privilegiado para as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, respondendo pela resolução de pelo menos 80% dos agravos da população adstrita, incluindo problemas de saúde mental.^[13] Os agravos mais prevalentes nessa área são representados pelo uso problemático de álcool (10% a 12% dos adultos) e pelo transtorno depressivo ansioso, com somatizações que atingem cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta e estão fortemente associados com estresse socioeconômico.^[14] Na faixa etária de crianças e adolescentes, destacam-se as dificuldades de aprendizado. Esses quadros têm a APS como seu nível prioritário de cuidado.

Dentre as ações de primeira linha de ação da APS, estão as de prevenção em saúde mental, que devem possuir um caráter prioritariamente intersetorial, contemplar os ciclos de vida humana e estar integradas a ações de outras condições crônicas, por suas semelhanças em curso e duração.

Algumas das principais ações em saúde mental na APS podem ser listadas a partir do plano de ação 2013-2020 da OMS, conforme segue:

- Campanhas de combate à estigmatização e às violações dos direitos humanos.
- Promoção dos direitos, das oportunidades e do atendimento de indivíduos com transtornos mentais.
- Investimento nos principais estágios formativos do desenvolvimento humano (como programas para a primeira infância, habilidades para a vida e educação sexual, programas para apoiar o desenvolvimento de relacionamentos seguros e adequados entre as crianças e responsáveis).
- Intervenção precoce em alterações comportamentais, principalmente na infância e na adolescência.
- Provisão de condições de vida e trabalho saudáveis (incluindo melhorias organizacionais do trabalho e esquemas de gerenciamento de estresse baseados em evidências, tanto no setor público quanto no privado).
- Promoção de atividades que gerem bem-estar físico e mental por meio de campanhas de conscientização pública e programas, incluindo equipamentos do território, como as escolas.
- Estímulo a programas de proteção ou redes de proteção comunitária, que combatam o abuso infantil, bem como outras violências nos níveis doméstico e comunitário, e ofereçam proteção social para os pobres.
- Grupos terapêuticos diversos, que contemplem a população local por meio de um diagnóstico territorial da demanda local.

Na realidade brasileira também podemos mencionar a identificação de casos de saúde mental na população adstrita, ofertando acesso, escalonamento do cuidado, coordenação do cuidado, reabilitação e acompanhamento longitudinal, além do acompanhamento compartilhado do cuidado do usuário com TMG e persistente.

Importante destacar que as intervenções não farmacológicas são consideradas a abordagem de primeira escolha na APS, conforme apontado pelo MI-GAP. Outro aspecto valioso é o componente do escalonamento do cuidado, o qual demonstra que intervenções mais intensivas só devem ser pensadas quando esgotadas as possibilidades terapêuticas de menor intensidade. As intervenções farmacológicas, que frequentemente figuram entre as opções mais utilizadas para lidar com questões de adoecimento mental, devem ser utilizadas de forma sistematizada e embasadas em protocolos. O fato de sua eficácia ser incipiente em quadros de transtornos leves e moderados,^[15] junto da importância de intervenções psicossociais para o tratamento de usuários com TMG, corrobora o modelo de cuidado apresentado. A realidade do cuidado centrado na prescrição medicamentosa, com pouca disponibilidade de intervenções psicossociais na APS, onera o sistema de saúde, sem dar conta da demanda apresentada pelo usuário, e o expõe ao ciclo vicioso de renovação de receitas e avaliações superficiais de sua condição de saúde.

Para ampliar as possibilidades de intervenção não medicamentosa na APS, incluindo as intervenções propostas pelo MI-GAP, a tabela 1 agrega algumas estratégias sugeridas pela *World Organization of Family Doctors* (WONCA).

Tabela 1. Intervenções psicossociais de baixa intensidade

Intervenção	Método	Habilidade	Material de apoio
Psicoeducação	Qualquer intervenção educacional que visa a capacitar usuários e familiares a melhorar sua saúde	Transferência de conhecimento sobre a condição de saúde Promover compreensão e autoajuda Oferecer suporte/apoio	Depressão: <ul style="list-style-type: none"> https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression http://www.racgp.org.au/afp/2013/april/bibliotherapy-for-depression/ Ataques de pânico: <ul style="list-style-type: none"> https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Anxiety Sono: <ul style="list-style-type: none"> https://sleep.org/ https://sleepfoundation.org/sleep-topics/sleep-hygiene
Técnicas de relaxamento e gerenciamento do estresse	Intervenções baseadas no direcionamento da atenção para o corpo e a respiração, com progressiva redução do foco nos pensamentos	Ensinar exercícios de respiração lenta Ensinar relaxamento muscular progressivo Promover e apoiar os usuários na prática do relaxamento guiado, meditação e/ou intervenções baseadas em atenção plena (<i>Mindfulness</i>)	Respiração lenta: <ul style="list-style-type: none"> https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Other-Resources https://www.youtube.com/watch?v=aN05yXfbwI0 Relaxamento muscular progressivo: <ul style="list-style-type: none"> http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/ACF3C8D.pdf
Ativação comportamental	Enfatiza o planejamento de atividades que ajudam a aumentar comportamentos que podem produzir melhorias nos pensamentos, no humor e na qualidade de vida geral	Negociar com o usuário para construir um plano de atividades centrado no usuário. Encorajar e motivar o usuário a se manter envolvido em atividades prazerosas e que podem melhorar a autoestima e a autoeficácia Motivar os usuários a se manterem fisicamente ativos Ajudar os usuários a fortalecer seus apoios sociais	Agendamento de atividades: <ul style="list-style-type: none"> https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression http://psychologytools.com/task-planning-and-achievement-record.html Prescrição de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> https://www.move.va.gov/docs/Resources/CHPPM_How_To_Write_And_Exercise_Prescription.pdf
Terapia de manejo de problemas	Desenvolver habilidades de resolução de problemas que podem ser aplicadas a problemas da vida associados a problemas psicológicos e somáticos	Facilitar aos usuários a identificação de problemas de vida específicos associados a problemas psicológicos e/ou sintomas somáticos Orientar os usuários a definirem metas específicas e alcançáveis Ajudar os usuários a pensar em possíveis soluções e pesar seus prós e contras Capacitar os usuários para decidir e implementar um plano de ação e revisar os resultados	Terapia de manejo de problemas <ul style="list-style-type: none"> http://www.racgp.org.au/afp/2012/september/problem-solving-therapy/#16 http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/ https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53939/9789275723388_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y
Primeiros cuidados psicológicos	Ferramenta para oferecer assistência direta a indivíduos e comunidades e organizar resposta rápida relacionada a situações de crise (ambientais, sanitárias e sociais)	Contribui para formar pessoas capazes de ofertar auxílio em situações que envolvem assistência humana e ajuda prática a indivíduos que sofreram sérias situações de crise, evento traumático ou estresse agudo	<ul style="list-style-type: none"> https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4847:primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-de-campo&Itemid=839

Fonte: adaptado de WONCA.^[16]

Essas intervenções também são contempladas pelo manual MI-GAP em cada condição apresentada, sendo fundamental que o documento não seja utilizado apenas quando a condição já está instalada. Em relação ao abuso de álcool, devem ser implementadas estratégias de detecção precoce e rastreamento, como o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), potencialmente eficientes quando associadas a técnicas de intervenção breve ou entrevista motivacional (Anexo 1). O *link* <https://www.youtube.com/watch?v=afgaN4GisOU> traz um exemplo prático desse tipo de intervenção.^[17]

As intervenções breves são de curta duração e podem ser utilizadas por várias categorias profissionais, diferentemente das psicoterapias (que necessitam de formação especializada nas diferentes técnicas), podendo, inclusive, fazer parte de rotinas assistenciais já estabelecidas nos serviços de saúde. Esse tipo de abordagem é estruturado em etapas de até 30 minutos de duração, com um objetivo específico, ancorada em técnicas de aconselhamento e orientações básicas para prevenção a determinado padrão de comportamento. Pode incluir também o monitoramento de metas pactuadas de forma compartilhada com o usuário.^[18]

Os princípios básicos estão estruturados em torno de seis elementos,^[19] esquematizados na tabela 2.

Tabela 2. Princípios da intervenção breve e competências profissionais

Elemento	Competência do profissional
Feedback (devolutiva)	Fazer devolutiva para o usuário, de forma clara e objetiva, sobre sua condição de saúde, evolução e eventuais riscos
Responsibility (responsabilização)	Estimular a autonomia do usuário no processo terapêutico e na tomada de decisões
Advice (aconselhamento)	Oferecer informações claras ao usuário acerca de sua condição de saúde, relacionando as queixas ou problemas apresentados na ocasião
Menu of option (menu de opções)	Construir, junto do usuário, um leque de estratégias que o auxilie no enfrentamento/resolução de determinada situação
Empathy (empatia)	Mostrar-se disposto a ouvir e a ajudar o usuário de forma livre de preconceitos e julgamentos
Self-efficacy (autoeficácia)	Encorajar o usuário a acreditar nos recursos e nas habilidades de que dispõe

Fonte: adaptado Miller e Sanches.^[19]

Ainda, deve ser lembrado que, dentre as principais competências da APS, está a coordenação do cuidado com a população de seu território. Na saúde mental, um importante aspecto dessa função aplica-se ao cuidado com as pessoas com TMG e persistente, que necessitam de atendimento dos profissionais especializados. Esses usuários, mesmo que acompanhados pela Atenção Especializada em Saúde Mental, não deixam de ser público-alvo da APS, em decorrência da necessidade de garantia da integralidade do cuidado. Assim, por ocasião da estabilização do quadro do TMG, a equipe da ESF é a responsável pelo acompanhamento de manutenção do tratamento de saúde mental, contando com o apoio e a retaguarda das Equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental e dos CAPS, sempre que necessário.

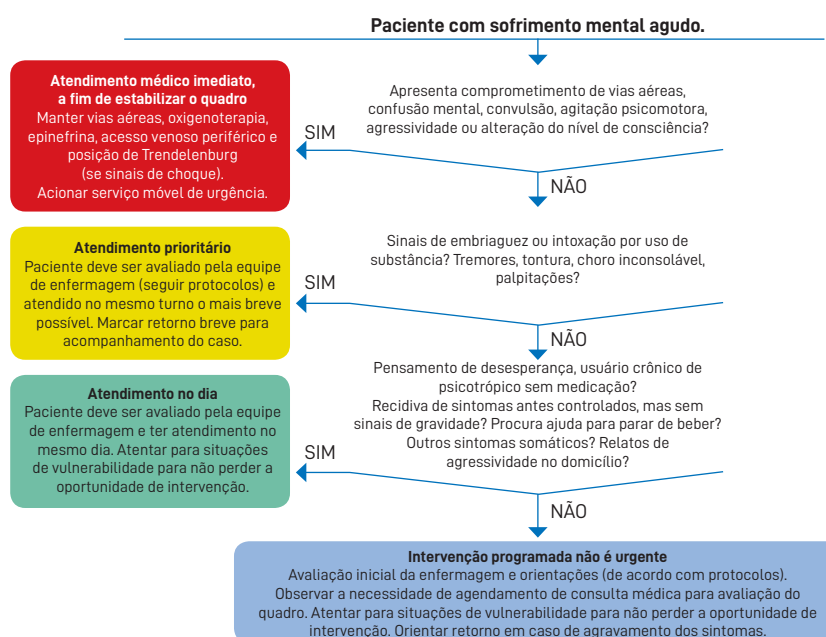
Demanda espontânea de saúde mental na Atenção Primária à Saúde

Além dos cenários descritos, a APS exerce papel fundamental na acolhida de demandas espontâneas, por oportunizar uma ampla investigação das necessidades em saúde mental, que, usualmente, se apresentam por meio de queixas físicas, dificultando sua identificação e seu manejo. É um momento estratégico para vincular e ampliar o acesso dos usuários que ainda não foram captados pela rede, bem como para realizar o manejo precoce de eventuais agudizações.

Entre esses usuários, destacam-se aqueles com sintomas associados a situações de estresse agudo, luto e aqueles com múltiplas queixas físicas, normalmente identificados como "pacientes poliqueixosos". O modelo tradicional de avaliação desses usuários, ao levar em conta que o diagnóstico de sofrimento ou transtorno mental deve ser considerado a partir de um critério de exclusão de toda e qualquer possível doença orgânica, dificulta a detecção e o cuidado adequado.^[20] Uma abordagem integral, que coloque a pessoa como centro do processo e permita a correta avaliação psicossocial, concomitante à avaliação clínica, amplia a possibilidade de detecção e tratamento adequado desses usuários.

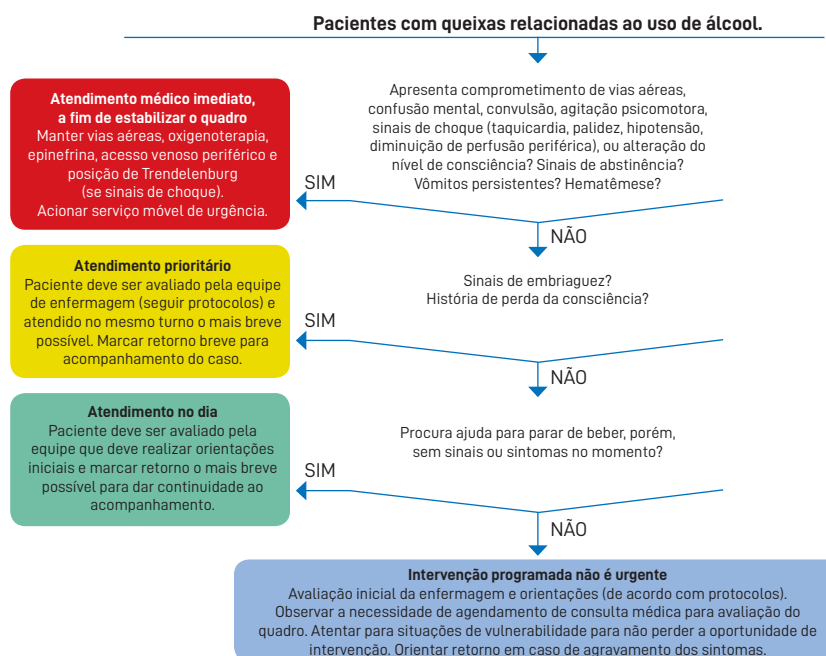
A associação entre o processo de classificação de risco, o uso do MI-GAP e a estruturação do cuidado escalonado viabiliza uma proposta para organização do cuidado em saúde mental, integrando a abordagem centrada na pessoa com a organização de uma rede de cuidados colaborativos, que potencializa o acesso e a qualificação do cuidado.

As figuras 2 e 3 exemplificam fluxogramas de classificação de risco e vulnerabilidade de usuários em sofrimento mental agudo e transtorno agudo relacionado ao uso de álcool.



Fonte: Brasil.^[21]

Figura 2. Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos usuários com sofrimento mental agudo.



Fonte: Brasil.^[21]

Figura 3. Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos usuários com transtornos agudos relacionados ao uso de álcool.

Atenção Especializada em Saúde Mental

A Atenção especializada ou secundária em saúde mental se desdobra em dois pontos específicos: os Centros de Atenção Psicossocial e as equipes multiprofissionais especializadas.

Centros de Atenção Psicossocial

Desde o final da década de 1990, o atendimento especializado em saúde mental tem migrado para um modelo centrado nos CAPS, que são equipamentos desenhados para atendimento dos transtornos mentais “severos e persistentes”, estratégicos e articuladores da rede de saúde mental em seus respectivos territórios. São centrais no caminho seguido pela reforma do modelo de assistência psiquiátrica brasileira, que preconiza um cuidado focado na assistência de base territorial e na reabilitação psicossocial, deslocando o foco do modelo centrado na perspectiva hospitalar.

Apesar do primeiro CAPS do Brasil existir desde 1986 (CAPS Prof. Luis Cerqueira), apenas no ano de 2002 eles foram regulamentados, por meio da portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, e, posteriormente, pelas portarias de consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 e pela portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Os CAPS estão organizados da seguinte forma:^[22,23]

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

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

CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, III)

CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, IV)

CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, V)

CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, VI)

CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Os CAPS são serviços de base comunitária, constituídos por equipe multiprofissional, cujo foco principal é o atendimento às pessoas com TMG e persistentes e as iniciativas de reabilitação psicossocial em regime intensivo,

semi-intensivo e não intensivo. Também devem assistir as pessoas com necessidades decorrentes do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

A proposta terapêutica dos CAPS é estruturada a partir de um PTS elaborado por equipe interdisciplinar, a qual deve manter constante diálogo e articulação com a APS do seu território para a oferta de cuidados, como atendimentos individuais, visitas domiciliares, atendimento à família, realização de oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e em grupo, sendo esses os principais recursos do serviço dentro do paradigma da desinstitucionalização (Tabela 3).

Tabela 3. resumo das estratégias que compõem o Projeto Terapêutico Singular nos Centros de Atenção Psicossocial

Estratégias	Definição
Acolhimento inicial	Atendimento por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial com o usuário e articular o acesso a outros pontos da rede
Acolhimento diurno e/ou noturno	Hospitalidade diurna e/ou noturna realizada nos CAPS com os objetivos de resgate, retomada e redimensionamento das relações sociocomunitárias e familiares
Atendimento individual	Visa à elaboração do PTS ou ao seguimento de intervenções nele previstas. Pode ser realizado por diferentes categorias profissionais
Atenção às situações de crise	Ações realizadas para manejo das situações que causam acentuado sofrimento e desorganização. Pode ser realizada no próprio serviço, na residência ou em espaços do território
Atendimento em grupo	Atividades coletivas com o objetivo de fomentar sociabilidade, afetividade, autoestima, autonomia e promover relações de trocas, vivência de pertencimento e exercício da cidadania
Práticas corporais	Estratégias de promoção da saúde que promovam a percepção corporal, a autoimagem e a coordenação psicomotora. São essenciais para a construção e autonomia
Práticas expressivas e comunicativas	Atividades que promovam a ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários, a sua inserção nos espaços culturais e a criação de novos lugares sociais
Atendimento para a família	Acolhimento individual/coletivo dos familiares, estimulando a corresponsabilização, o cuidado e o compartilhamento de experiências e informações
Atendimento domiciliar	Atenção realizada no local de moradia da pessoa e seus familiares. Visa ao acompanhamento do cuidado e ao melhor entendimento do contexto e das relações em que o indivíduo se encontra inserido
Ações de reabilitação psicossocial	Ações territoriais que visam à produção de novas possibilidades para projetos de vida, o exercício de cidadania e ao fortalecimento de usuários e seus familiares. Podem ser articuladas junto aos setores: educação, trabalho/economia solidária, habitação, cultura, direitos humanos
Promoção de contratualidade	Ações de fomento à criação de novos espaços de negociação, trocas e diálogo, com o objetivo de garantir a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação da autonomia e das redes socioafetivas. Devem acontecer nos espaços cotidianos do usuário e seus familiares
Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares	Ações que promovam a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços; participação em conselhos, conferências e congressos; apropriação e defesa de direitos e criação de formas associativas de organização
Ações de articulação de redes intra e intersetoriais	Estratégias de fortalecimento de ações conjuntas com diversos setores, como educação, justiça, assistência social, direitos humanos e recursos comunitários presentes no território. Essas articulações devem atender as necessidades sinalizadas pelo usuário em seu PTS
Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência	Apoio sistemático, ofertado pela equipe especializada aos demais pontos de atenção da rede, com objetivo de disponibilizar suporte técnico-pedagógico à condução do cuidado em saúde mental: atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, construção e revisão do PTS, entre outros
Ações de redução de danos	Conjunto de práticas e ações, articuladas de forma inter e intrasetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial, decorrentes do uso de substâncias psicoativas e ampliar o acesso a cuidados
Acompanhamento de serviço residencial terapêutico	Apoio às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários. Visa à produção de autonomia e à reinserção social
Apoio a serviço residencial de caráter transitório	Suporte técnico-institucional sistemático aos trabalhadores e moradores da SRT: monitoramento dos PTS, articulação intersetorial visando à integralidade das ações e apoio presencial sistemático

Fonte: adaptado de Brasil.^[24]

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial; PTS: Projeto Terapêutico Singular; SRT: Serviço Residencial Terapêutico

As oficinas terapêuticas cumprem papel fundamental no cuidado dos usuários.^[25] Elas catalisam a produção psíquica dos participantes, canalizando-a para sustentar a colocação deles diante do social (a família, a cultura, o mercado de trabalho, entre outros). Contribuem para a apropriação de suas histórias de vida, possibilitando a transformação pessoal e de recursos internos e a ressignificação da saúde, ampliando, por sua vez, processos emancipatórios, que envolvam cidadania, autonomia e inserção social, além de proporcionar acolhimento e interação com os demais participantes.^[26]

Toda a proposta terapêutica do CAPS deve ser desenvolvida por meio do PTS, acordado com os usuários e seus familiares, com base nas linhas de cuidado e de Diretrizes Clínicas baseadas em evidências. Outra atividade de suma importância desenvolvida é a assembleia de usuários, que constitui um espaço de participação social, onde usuários, familiares e profissionais discutem e deliberam sobre a organização do serviço. Fomenta o exercício da cidadania dos usuários e relembra o potencial transformador da união dos usuários e profissionais. Figueiró e Dimenstein defendem a necessidade de um modo de funcionamento do serviço que incentive a cogestão dos CAPS por seus usuários, permitindo que estes se apropriem desses dispositivos, (re)criando-os e criando condições de funcionamento que atendam suas demandas da melhor maneira possível. A realização do matriciamento também faz parte da gama de atividades do CAPS.^[27]

Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental

Há vários desafios no cuidado em saúde mental no país. Entre eles, destaca-se o cuidado com os casos que não necessitam do atendimento especializado na intensidade que os CAPS oferecem.

Outros problemas advêm da grande demanda por consultas e atendimentos individuais de transtornos leves e moderados, que os serviços acolhem, apesar de não ser sua demanda prioritária. Esse fenômeno, detectado em diversos territórios do país, tem sido reconhecido como "ambulatórioização" dos CAPS e aponta uma rede ainda em construção, que necessita ser fortalecida para dar resposta à lacuna assistencial às pessoas que apresentam quadros psicossociais moderados.

A portaria 3.588 de setembro de 2017, que altera a portaria de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, instituiu as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental para desenvolver ações ambulatoriais às pessoas com transtornos mentais moderados, com o propósito de dar retaguarda em saúde mental para as equipes da APS e promover a integralidade do cuidado. Para tanto, essas equipes devem se articular com os demais pontos da rede, podendo funcionar dentro de unidades interdisciplinares de atendimento ambulatorial, como os centros de saúde, as policlínicas, os ambulatórios de hospitais gerais e os centros de especialidades. Segundo Art. 50-K. da portaria, compete às equipes:

- I - ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;
- II - prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela Atenção Básica;
- III - constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental;
- IV - trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS; e
- V - estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.

Esse desenho, aliado ao MACC, possibilita uma configuração que foge à proposta tradicional de ambulatório, baseada no cuidado fragmentado e duramente criticada por sua falta de articulação com a rede e sua baixa resolubilidade.

A inclusão das equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental na RAPS, desde que alinhada ao paradigma da atenção psicossocial, propicia mais uma ferramenta de cuidado e apoio para a APS. Há a possibilidade de inclusão dos usuários que não apresentam o perfil de necessidade com maior intensidade de cuidado especializado, como o ofertado pelo CAPS, porém extrapolam o escopo de ação da APS. Pode-se usar como exemplo as competências de médicos de família definidas por sua associação mundial,^[28] as quais não englobam várias ações especializadas, como algumas modalidades de psicoterapia ou o ambulatorial a usuários em crise, para ajuste de medicação psicotrópica mais complexa – dentre eles alguns neurolépticos e estabilizadores de humor.

A psicoterapia realizada por profissionais especializados em saúde mental de caráter ambulatorial no SUS é uma das áreas prioritárias de aperfeiçoamento na estruturação das Equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental. A formação de psicólogos se caracterizou durante muito tempo como voltada à realidade dos consultórios privados,^[29] promovendo uma lacuna na caracterização e na adequação das práticas psicoterápicas de caráter ambulatorial por especialistas, fragilizando inclusive o monitoramento e a avaliação destas práticas em resposta às demandas dos serviços no SUS.

Conforme modelos implementados em outros países, como o *National Health Service* (NHS), desenvolvido no Reino Unido, é necessário definir as técnicas, a intensidade e a duração dos tratamentos psicoterápicos que apresentem ser mais efetivos para a realidade brasileira. Modelos assim propõem uma ampliação do acesso a terapias psicológicas, com diversificação das possibilidades, inclusive por meio de inovação digital (App e *website*), dentro de uma lógica integrada e escalonada de cuidados, entre os níveis de atenção. As intervenções variam conforme a intensidade, indo de estratégias de autoajuda guiada, letramento em saúde mental, aconselhamento, intervenções remotas que se iniciam na APS até abordagens de maior intensidade presenciais e com intervenções regulares, chegando a poder disponibilizar psicoterapias de longa duração.^[30]

O caráter regional desse serviço é outra característica importante, uma vez que oportuniza pensar a saúde mental dentro do princípio da regionalização do SUS, segundo a lógica das redes que inclui a economia de escala e escopo. Isso permite suprir significativas lacunas assistências no interior do país, especialmente em municípios de pequeno porte, que não possuem parâmetros para implantação de equipamentos do nível secundário e terciário. Dos 5.570 municípios do Brasil 68% possuem menos de 20 mil habitantes.^[31]

A regionalização tem se mostrado um grande desafio para SUS, em virtude da desarticulação entre os municípios e da diversidade territorial, econômica e social do país.^[32] Isso acarreta sobrecarga na utilização de serviços em nível de atenção não adequado para a demanda de saúde, além de gargalos e fila de espera.

Esse novo modelo de ambulatório atravessado pela lógica do matriciamento cria a real possibilidade de escalonamento de cuidado em saúde mental, pois abre a opção de inclusão de um perfil específico de usuário que outrora permanecia em um limbo de cuidado. Logo APS, junto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atua como articuladora da RAPS, construindo outras territorialidades que podem instituir novos modos de relacionamento com a produção de saúde,^[33] direcionando os casos para seus devidos dispositivos de atenção psicossocial e propiciando acesso qualificado.

O cuidado escalonado e os critérios para encaminhamento da Atenção Primária à Saúde para a Atenção Ambulatorial Especializada

A portaria 3.088 de 2011, que reformula a RAPS, menciona que os casos devem ser regulados conforme estratificação de risco.^[10] Isso porque deve-se determinar a competência de cada nível de cuidado e o papel de cada serviço, no que se refere à especialização das intervenções e à demanda gerada pelo nível de gravidade dos casos de saúde mental. Outro pilar utilizado para essa regulamentação é o princípio de escalonamento do cuidado

Para que o cuidado escalonado seja organizado de forma eficaz, é necessário que o plano de cuidado (ou PTS) de cada usuário seja construído de forma integrada entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais, a partir de estratégias que facilitem a comunicação entre eles.

A proposta de estruturação do cuidado desenvolvida na Austrália, conforme apresentado no *National Guidance Initial Assessment and Referral for Mental Healthcare*, baseia-se no conceito de cuidado escalonado:

Na abordagem de cuidado escalonado, uma pessoa que se apresenta ao sistema de saúde é encaminhada ao nível de cuidado menos intensivo que mais se adapta à sua necessidade atual de tratamento, considerando o equilíbrio entre os benefícios pretendidos e os riscos potenciais. Uma característica secundária importante do cuidado escalonado é o acompanhamento contínuo dos resultados e a aferição da experiência para fornecer um *feedback* quase em tempo real sobre os resultados, permitindo que a intensidade do tratamento seja ajustada (aumentando ou diminuindo) conforme necessário. Para conseguir isso, uma avaliação inicial é necessária. Isso é realizado em parceria com o indivíduo para determinar as opções de tratamento adequadas e apropriadas.^[34]

A ideia não é substituir ou duplicar ações e serviços já existentes, mas diversificar as possibilidades, considerando as diferentes necessidades, otimizando a força de trabalho e os recursos disponíveis, de forma coordenada e

integrada à rede local. A lógica é fazer o melhor uso possível de todos os recursos do território, a fim de suprir as lacunas de cuidados existentes, ou seja, ofertar o cuidado certo, no lugar certo e no tempo certo. É fundamental que cada ponto de atenção tenha clareza do seu papel, e dos demais pontos, nessa tessitura de cuidados interligados e contínuos, nos quais todos, apesar de diferentes, falam a mesma língua e possuem o mesmo objetivo.^[35]

A integração entre APS e Atenção Especializada em Saúde Mental tem sido implementada mundialmente em diferentes países e modelos de sistema de saúde, sendo definida como modelos de "cuidados compartilhados", como o *shared care* canadense e o *colaborative care* norte-americano e inglês.

No Brasil, este escalonamento é construído a partir do acolhimento de casos de pessoas com transtornos mentais pela APS, com apoio das equipes do NASF e dos serviços especializados em saúde mental, quando necessário, por meio do processo de matriciamento. Quando os profissionais da APS identificam casos com os quais possuem dificuldades de manejo, a possibilidade de discuti-los ou atendê-los conjuntamente, por meio das várias ações do processo de matriciamento, potencializa a consolidação de uma rede de cuidados que funcione integradamente.

A estruturação de planos de cuidados compartilhados, geralmente definidos na saúde mental como PTS, permite que os diferentes profissionais, oriundos de unidades de todos os níveis do sistema de saúde, atuem de forma integrada, desenvolvendo as ações terapêuticas de que cada usuário necessita. Com isso, é possível escalonar o cuidado e qualificar a inserção do usuário na RAPS, a partir da identificação do usuário, de sua real necessidade em saúde e do desenvolvimento de ações conjuntas de várias modalidades em cada nível de atenção (consultas e visitas domiciliares conjuntas, discussão de casos e grupos interdisciplinares, incluindo as diferentes formas de telematricamento). Esse modelo se assemelha ao processo de trabalho desenvolvido em outros países para a construção do cuidado compartilhado, escalonado dentro de um sistema integrado e organizado na lógica das RAS centradas na APS.^[34,36]

Os casos que devem ser absorvidos para a continuidade do tratamento pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental são aqueles que se enquadram como casos moderados a graves e que não necessitam de cuidados com a intensidade que o CAPS oferece, ou seja, casos que precisam do olhar da equipe especializada em saúde mental e cujos diagnósticos e manejo não estão na competência da equipe de APS, porém não requerem uma abordagem de atenção à crise e/ou de um processo de reabilitação psicossocial mais intenso

O matriciamento é o regulador por excelência desse processo de compartilhamento do cuidado. A APS identifica o caso em que apresenta dificuldades no manejo e o discute conjuntamente com a equipe de apoio matricial oriunda dos diversos serviços especializados de saúde mental, para, então, definir o plano de cuidado. A partir disso, o usuário pode permanecer sob os cuidados da equipe da APS ou ser encaminhado para unidades especializadas, dentro da perspectiva do cuidado compartilhado.

Nesse formato, o compartilhamento do cuidado envolve não só a equipe da ESF e o NASF, mas também as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, os CAPS e os demais pontos da rede, visando construir uma rede integrada.

Deve-se ter claro que o atendimento especializado se organiza prioritariamente em dois níveis de cuidado, dependendo da necessidade do usuário. Isso decorre dos diferentes tipos de demanda de cuidado que os usuários apresentam:

- Usuários muito graves ou em crise, aqui denominados com TMG, com alto comprometimento funcional e pouca inserção nas atividades comunitárias e sociais, sendo necessário um cuidado mais intensivo, de caráter interdisciplinar e intersetorial, que é disponibilizado pelos CAPS. Esses usuários necessitam de uma frequência regular à unidade especializada de, no mínimo, uma a duas vezes por semana, com acesso a diferentes atividades terapêuticas e sem perspectiva, a curto prazo, de retorno para atendimento em saúde mental pela APS, dada a gravidade de seu quadro. Porém, a importância de que os planos de cuidado sejam integrados com a APS se mantém, pois esta é responsável pelo cuidado clínico desses usuários, fundamental para que se supere a redução de expectativa de vida que essa subpopulação apresenta mundialmente. Esses usuários, com TMG e persistentes, representam em torno de 3% da população em geral, enquanto 12% da população acima de 12 anos apresenta TMG relacionado ao uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas, em um território coberto por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família.^[37] Apesar do importante comprometimento funcional dos usuários acometidos com TMG e daqueles em uso nocivo e dependência

de álcool e drogas, o cuidado prestado a cada grupo de usuários se dá de forma distinta e em unidades especializadas diferentes. O primeiro grupo é direcionado para os CAPS I, II, III e o segundo grupo para os CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), ADIII e IV. Na ausência de CAPS AD no território, o CAPS de referência do território (juntamente da equipe da APS) deve ofertar o suporte necessário.

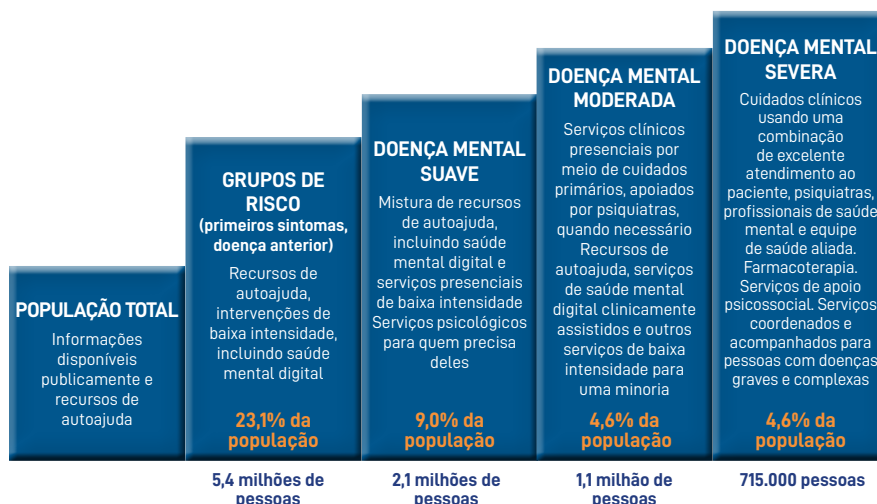
- Usuários cujo quadro clínico aponta graus moderados, porém com comprometimento clínico e funcional significativo, necessitando de intervenções terapêuticas especializadas, com a intensidade de cuidado moderada e sem demanda de reabilitação psicossocial importante. Nesse cenário, podemos citar intervenções junto a usuários ainda não estabilizados, com necessidade de ajustes frequentes de medicação psicotrópica que estão além da competência esperada de um médico de família, e usuários que necessitem de intervenções psicoterápicas especializadas, tais como psicoterapias breves, grupo terapias, terapia de família, que também podem ser realizadas pela APS. Esses usuários representam a demanda a ser atendida pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental especializadas e correspondem a cerca de 12% a 17% dos usuários com transtorno mental na população adulta do território sob responsabilidade de uma equipe da ESF. Esses usuários devem retornar ao acompanhamento pela APS quando se apresentarem estáveis, sem modificação de medicação e sem necessidade de psicoterapia especializada, devendo ser procedida a alta implicada, em conjunto com a APS. A população infanto-juvenil também pode ser inserida nesse contexto, desde que a abordagem terapêutica a ser utilizada nesses casos não contemple a intensidade de um CAPS Infantojuvenil (CAPSi), porém apresenta demanda de atendimento especializado, tanto da psiquiatria, quanto de outras intervenções realizadas por equipe multiprofissional, fugindo ao escopo de ação da APS. Parte desse público tem sido atendidos em formato ambulatorial pelas equipes dos CAPS, que não têm o ambulatório como sua missão assistencial mais específica. Assim, equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental têm como objetivo apoiar a APS e estimular a articulação da rede, mediante atenção aos usuários que necessitam do acompanhamento especializado, de forma não intensiva, de modo que uma parte, quando estabilizada, retorne ao acompanhamento apenas da equipe da APS, com suporte dos profissionais dos NASF.

Parâmetro para estimativa do público com critérios de encaminhamento para atendimento em serviços especializados em saúde mental

Em uma população de dez mil adultos adstrita a unidades da APS na ESF, as prevalências de transtornos mentais entre adultos estimadas são de 3% a 5% de TMG, 10% a 12% de pessoas em uso nocivo ou dependência a álcool e outras drogas (principalmente álcool) e 15% a 20% com transtornos mentais comuns (quadros depressivo-ansiosos, que se apresentam sob forma de queixas somáticas) e estão fortemente relacionados a determinantes sociais negativos, aumentando em regiões de pobreza, violência e fraca rede de suporte social.^[38]

É alto o índice de comorbidades entre esses quadros clínicos, de forma que se calcula que em torno de 20% dos adultos atendidos por uma equipe da APS apresentarão transtornos mentais demandando cuidado, ou seja, pelo menos cerca de 2.000 adultos. Dentre eles, é previsto que 80% a 85% permanecerão em tratamento na APS (1.700 pessoas), e o restante (3%) demandará atendimento pelos CAPS (60 pessoas). Ainda, de 12% a 17% deverão ser acompanhados pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, e parte, após ter sido estabilizada, deve retornar ao acompanhamento apenas pela APS, perfazendo um total de 240 pessoas adultas. Nesses cálculos não estão incluídos os casos de crianças e adolescentes, cuja prevalência de problemas mentais no Brasil ainda não está bem definida.

Esse tipo de critério também embasa a construção da proposta de cuidado em saúde mental na Austrália, tendo como referência as prevalências nacionais (Figura 4). Como no Brasil, a organização australiana da APS leva em conta os territórios e as comunidades adstritas às equipes/unidades, sendo possível a adaptação desse modelo em nível micro, permitindo a construção de indicadores baseados na equipe.



Fonte: traduzido e adaptado de *National Health Strategy*.^[39]
Figura 4. Prevalência estimada de acordo com os níveis de necessidade de cuidado.

Critérios para definição de estabilidade e instabilidade clínica

A definição de estabilidade e instabilidade clínica é crucial no modelo de cuidados compartilhado e escalonado. Embora a APS seja responsável pelo acompanhamento dos casos leves e moderados (sem grande comprometimento funcional, em especial dos transtornos mais prevalentes, que são o uso nocivo e a dependência de álcool, e os transtornos depressivo-ansiosos com queixas somáticas), ela também tem papel terapêutico a desempenhar em casos mais graves. Sua função envolve o acompanhamento clínico desses usuários e o apoio a suas famílias.

Quando o usuário com TMG se estabiliza e não precisa mais de cuidados especializados em saúde mental com regularidade de maior intensidade (semanal, quinzenal ou mensal, pelo menos), a equipe da APS passa a ser a responsável pela continuidade de seu cuidado, dentro de uma prática integral, na qual os cuidados físico e psíquico não se dissociam. O apoio do matriciador se dará à medida que a equipe da APS solicitar, podendo manter um monitoramento do caso de forma remota e, quando necessário, realizar nova avaliação em conjunto.

Porém quando podemos considerar um usuário estável?

- Quando a medicação de maior complexidade (neurolépticos e estabilizadores de humor) em uso não necessita ser modificada. Os TMG são quadros crônicos, e o uso contínuo da medicação adequada é essencial na prevenção de crises e reagudizações que podem levar a episódios de auto ou heteroagressão ou mesmo a necessidade de internação. Qualquer necessidade de alteração desse tipo de medicação deve passar pelo especialista, pois exige reavaliação de dose ou classe de medicação.
- Quando a necessidade de atendimento do especialista em saúde mental de diferentes modalidades já não se faz necessária, e o usuário não apresenta comprometimento significativo na sua autonomia, pode se apoiar nas intervenções psicossociais de menor intensidade e na abordagem centrada na pessoa, realizadas pela equipe da APS.

Alguns casos apresentam necessidade do matriciamento para a viabilização de sua permanência na APS. Como exemplos, podemos citar o uso de medicação no idoso (efeitos colaterais específicos), a polifarmácia (noções de interação medicamentosa) e a presença de transtornos mentais na gravidez (avaliação de riscos e benefícios em relação ao uso da medicação).

Reabilitação psicossocial

Dentre os desafios da saúde mental estão a garantia dos direitos fundamentais, o exercício da cidadania e a promoção da autonomia dos usuários. Esses usuários ainda sofrem com os impactos decorrentes do estigma em relação aos transtornos mentais. Para esse fim, o componente de reabilitação psicossocial precisa de uma atenção particular dos serviços de saúde, sendo o CAPS o serviço central no desenvolvimento das atividades em articulação com outros setores da sociedade.

O processo de reabilitação psicossocial é composto por

ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.^[40:12]

A reabilitação psicossocial pode ser compreendida como ancorada em três aspectos fundamentais e imbricados: a oportunidade de trocas de recursos e afetos entre pessoas em sofrimento psíquico, profissionais, serviços e sociedade sejam ampliadas; a contratualidade dos sujeitos e a plena cidadania.^[41]

Assim, o componente da reabilitação psicossocial constitui um dos mais complexos na saúde mental. Apesar de os CAPS terem em seu escopo de ações o papel da reabilitação psicossocial, os demais pontos da RAPS, principalmente a APS, também têm o desafio da garantia das conquistas desses usuários. Fundamentalmente, trata-se da construção de uma rede de cuidado intersetorial, que extrapola o setor saúde e exige um trabalho em cooperação sólido, e as equipes da APS demonstram grande habilidade em praticá-lo, ao construírem redes em seus territórios com Organizações Não Governamentais (ONGs), escolas, centros de convivência e dispositivos da rede de assistência social, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

SEÇÃO III – A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Falar em atenção integral em saúde mental só é possível a partir de uma lógica de organização do cuidado em rede, a qual é entendida para além da soma dos serviços disponíveis em si, mas como um arranjo vivo, dinâmico e que se desenha na vivência dos territórios, articulado permanentemente aos diversos equipamentos ali existentes.

Somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora.^[37:25]

No Brasil, o MACC é proposto como metodologia de organização das RAS,^[42] que coaduna com alguns princípios organizativos da saúde mental (Tabela 4).

Tabela 4. Organização das ações de Saúde Mental no Modelo de Atenção às Condições Crônicas

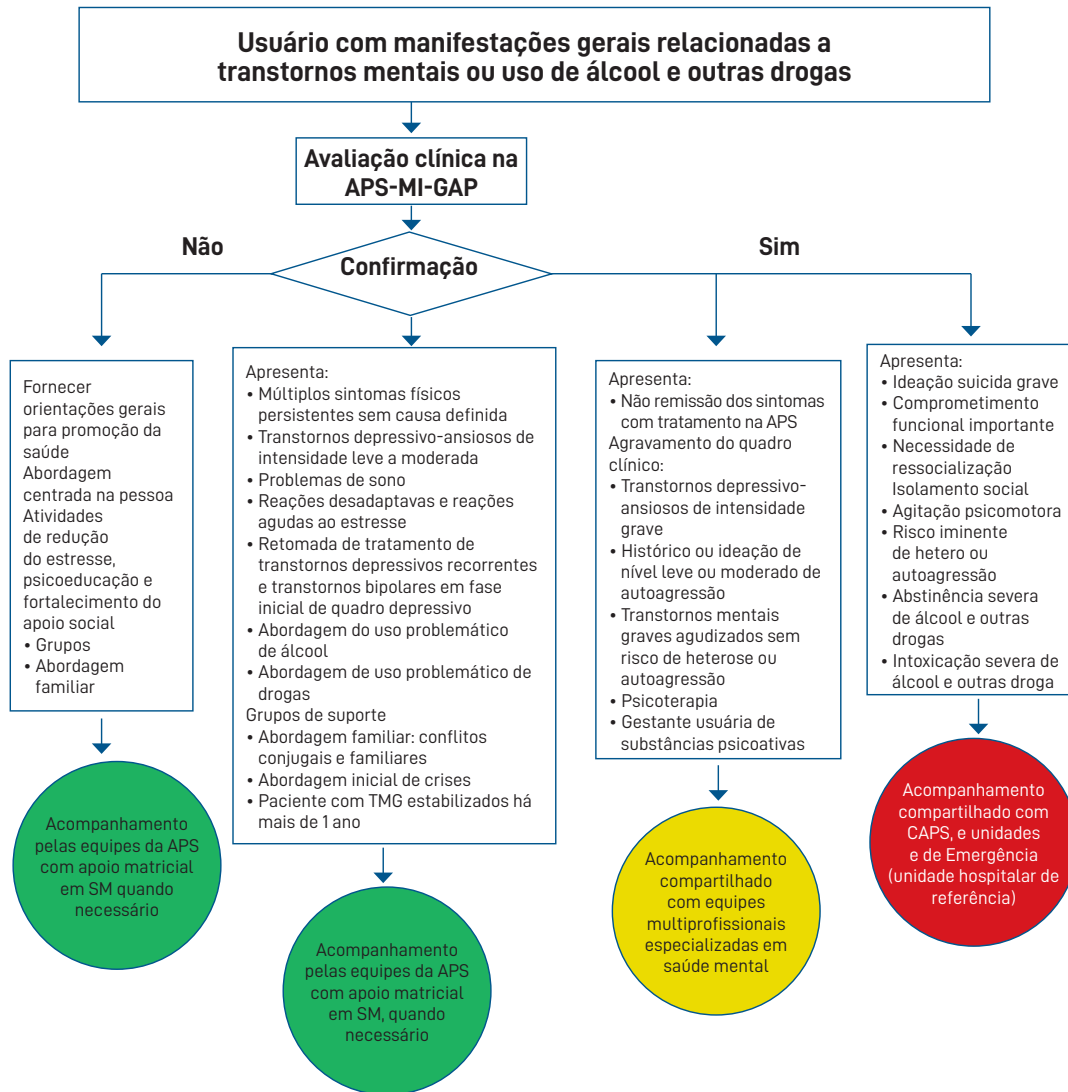
Nível	Situação	Foco	Intervenção
Nível 1 Promoção	Ausência de fatores de risco ou transtornos estabelecidos	Determinantes sociais intermediários da saúde	Atuação da APS, especialmente em casos ligados às condições de vida e de trabalho, extensiva a toda à população: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais e comunitários. Ações voltadas à promoção da saúde para a população em geral. Quanto pior a qualidade de vida da população, maiores as possibilidades de sofrimento psíquico
Nível 2 Prevenção primária	Fatores que influenciam no desenvolvimento emocional, comprometem a capacidade de resiliência e desencadeiam transtornos mentais	Determinantes proximais da saúde	Ênfase das ações voltadas para os fatores de riscos, descritos na página 14, focando a parcela da população que apresenta esses fatores predisponentes. As intervenções psicossociais de baixa intensidade são a primeira opção (Tabela 1)
Nível 3 Gestão da condição pela APS	Transtornos mentais comuns (quadros leves e moderados de alta prevalência nos territórios)	Condição instalada	O transtorno mental já está estabelecido, porém manifesta um quadro que pode ser manejado pela equipe multiprofissional de APS (eSF e NASF). Destaca-se o papel do NASF como matriciador, para aumentar a resolubilidade dos cuidados em nível primário e as possibilidades de intervenção. Nesse nível, o uso do MI-GAP orienta às equipes quanto ao direcionamento e as possibilidades de manejo
Nível 4 Gestão da condição compartilhada	Transtornos mentais graves	Condição de saúde complexa	A condição de saúde mental apresenta sinais de agravamento do quadro. As intervenções são compartilhadas entre as equipes da APS e da Equipe Ambulatorial Especializada em Saúde Mental, mediante plano de cuidados compartilhado, PTS, com vistas à estabilização do usuário
Nível 5 Gestão da condição compartilhada	TMG e persistentes	Condições de saúde muito complexa	A condição de saúde mental exige ações mais intensas de cuidado, focando na reabilitação psicossocial, em decorrência da perda significativa de autonomia, aumento da condição de dependência ou risco de morte. O cuidado continua compartilhado, porém com ênfase temporária no CAPS de referência, até estabilização do usuário. As intervenções voltadas para as relações familiares e comunitárias são importantes em todos os níveis, porém tornam-se especialmente relevantes nesse nível de cuidado

Fonte: adaptado de Mendes.^[42]

APS: Atenção Primária à Saúde; eSF: equipe Saúde da Família; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; TMG: transtorno mental grave.

O MACC propõe uma relação de equilíbrio entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional, respeitando o nível de complexidade da situação de saúde.^[42] Nos níveis 1, 2 e 3, o estímulo a ações de autocuidado apoiado assumem papel central da intervenção, enquanto, nos níveis 4 e 5, o cuidado profissional passar a assumir um papel maior, mas sempre com o foco na promoção da autonomia e na reabilitação psicossocial dos usuários.

Considerando a perspectiva da APS que atua como coordenadora do cuidado, sendo parte de todas as redes, inclusive da RAPS, e ser considerada a porta de entrada preferencial no SUS para avaliação inicial dos usuários com diversos tipos de demandas, propõem-se a seguinte estratégia de fluxo para avaliação inicial na APS, ilustrada na figura 5.



Fonte: elaborado pelos autores.

APS: Atenção Primária à Saúde; MI-GAP: Manual de Intervenção do mhGAP; SM: Saúde Mental; TMG: transtornos mentais graves; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.

Figura 5. Fluxo de atenção psicossocial.

O cuidado em saúde mental se inicia quando o usuário é identificado com algum sofrimento psíquico pelas equipes da APS, e seu acesso aos cuidados em saúde é viabilizado. Ao se identificarem os casos na equipe, os profissionais os estratificam, identificando o tipo de cuidado necessário e qual equipamento da rede é o mais adequado para o cuidado daquele caso. Nesse momento, a equipe do NASF participa com o apoio matricial, colaborando com o desenvolvimento de um PTS compatível com a necessidade de saúde apresentada pelo usuário naquele momento. Nele, definem-se os objetivos do tratamento, o escalonamento do cuidado e os profissionais responsáveis pelo monitoramento do caso. Grande parcela dos usuários que procuram as unidades de saúde apresenta queixas outras que não de saúde mental,^[32] denominadas "queixas médicas inespecíficas", e muitas vezes, estão relacionadas a transtornos mentais não tratados.

Construção da rede integrada e o processo de matriciamento

Para estruturação de uma RAPS que funcione de forma integrada, faz-se necessário o estabelecimento de formas eficazes de comunicação entre profissionais dos diferentes níveis de atenção e tipos de serviços. Esse processo pode ocorrer de várias formas, preferencialmente a partir de uma diretriz clínica comum, e sua finalidade última é estabelecer o cuidado compartilhado.

O modelo brasileiro de cuidados compartilhados ou colaborativos em saúde mental chama-se apoio matricial e tem nas diferentes formas de matriciamento as especificidades desses processos de trabalho.

O matriciamento

Conceituado originalmente por Gastão Wagner de Campos, em 1999, o apoio matricial vem sendo progressivamente implantado no país, principalmente com a criação dos NASFs em 2008, tendo nele sua principal forma de trabalho.^[43] A base desse novo processo de trabalho é a de que profissionais de distintas áreas se comuniquem e troquem informações construindo, de forma integrada, uma proposta de cuidado mais adequada às necessidades dos usuários, tanto em termos de intervenções terapêuticas necessárias, quanto em relação ao ponto de atenção em que esses cuidados devem ser ofertados. A estratégia possui um aspecto pedagógico que fortalece a educação permanente nos territórios.

Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial.^[44:399,400]

A partir dessa visão ampla, são muitas as formas de se realizarem as atividades de matriciamento, indo desde a discussão de caso (geralmente intermediada por meios eletrônicos, como em teleconsultas ou por telefone), até a realização de intervenções conjuntas, como consultas e visitas domiciliares conjuntas ou grupos interdisciplinares. A base fundamental reside em viabilizar a integração da APS com a Atenção Especializada em Saúde Mental e realizar um cuidado colaborativo, a partir de um PTS comum.

Com experiências pioneiras, como a do Núcleo de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro (PPC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), verifica-se que essa integração pode ser estruturada, superando o maior problema do atendimento ambulatorial especializado clássico, o qual reside em sua atuação isolada do restante da rede, servindo muitas vezes apenas como porta de entrada para os hospitais.

Construir uma proposta de atendimento ambulatorial integrado com a APS, que respeita e fortalece seu papel de coordenadora do cuidado na RAPS, representa o maior desafio dessa nova proposta de cuidado ambulatorial. Ademais para que essa proposta de integração se concretize, o processo de matriciamento necessita ser organizado de forma efetiva.^[45] Dentre os principais aspectos dessa organização estão:

- Regularidade e agendamento: é fundamental que o apoio matricial seja realizado regularmente e ininterruptamente. Nenhuma experiência com matriciamento realizado apenas sob demanda foi bem-sucedida. Assim, proteger um turno na agenda dos profissionais da APS para o matriciamento é indispensável. Para que o processo seja mais resolutivo, ele deve ser centrado em consultas compartilhadas, com a presença dos usuários e suas famílias, sempre que necessário. Também se incluem atendimentos individuais conjuntos, visitas domiciliares conjuntas, grupos interdisciplinares e atendimento à família.^[45] A resolutividade das ações conjuntas permite que estas se tornem uma atividade de educação continuada dos diferentes profissionais envolvidos, por meio da troca de conhecimento interdisciplinar, superando, em muito, a discussão de caso, pois a incluem.

A discussão do caso permeia as atividades compartilhadas, ocorrendo antes, durante e depois delas, sendo mais efetiva. Permite ainda que sejam imediatamente definidas as condutas terapêuticas, incluindo a absorção por profissionais especializados. Para tanto, tornam-se fundamentais o agendamento organizado dessas atividades e a disponibilidade, por parte das unidades, de vagas para absorção dos usuários atendidos no matriciamento com indicação de atendimento especializado. Essas vagas podem ser disponibilizadas em sistemas de regulação, como o Sistema de Regulação e Marcação de Consultas (SisREG) ou preferencialmente pelas unidades, quando envolvem o mesmo profissional que realiza o matriciamento, como no caso do modelo desenvolvido em Florianópolis.^[46]

- Apoio da gestão: envolve a disponibilização de meios de transporte, de comunicação e outros recursos necessários a realização das atividades compartilhadas de matriciamento, como reserva de vagas em agendas, organização e gestão de "listas de pacientes", assim como estimular as reuniões interdisciplinares de equipes.
- Equipe com disponibilidade para contato (telefônico, WhatsApp, telematriciamento e *email*) entre os dias de matriciamento agendados. A construção de uma rede integrada envolve a facilitação do contato e a utilização de tecnologia de informação. Isso se torna ainda mais necessário na situação da pandemia da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) e em regiões mais isoladas do país, onde o acesso ao especialista necessariamente envolve a mediação de tecnologia de comunicação, como a região da Amazônia. Incorporar esses meios no processo de matriciamento, incluindo a construção de grupos de WhatsApp de profissionais de diferentes unidades da RAPS significa colocar a tecnologia a favor de um melhor cuidado do usuário. O sigilo e a ética profissional devem ser preservados em quaisquer formas de abordagem.
- Matriciamento realizado por diferentes especialistas em saúde mental: embora o matriciamento possa ocorrer entre quaisquer profissionais da APS e da saúde mental, existem especificidades a depender da categoria profissional e de sua unidade de origem:
 - Psiquiatras: a maior efetividade do matriciamento pelo psiquiatra se realiza quando este ocorre junto ao médico de família. Sendo ambos profissionais de uma mesma área (medicina), o matriciamento permite não apenas a ampliação do conhecimento específico de cada profissional, mas também que o médico da APS se torne mais resolutivo em relação à avaliação e ao tratamento em psiquiatria.
 - Psicólogos: no trabalho em matriciamento do psicólogo, são importantes não apenas as consultas conjuntas, visando capacitar os profissionais de APS em suas habilidades de comunicação e para que realizem intervenções psicossociais de baixa intensidade, como intervenções breves no cuidado do uso problemático de álcool, mas também o desenvolvimento de intervenções terapêuticas na APS, como grupos de apoio e atendimentos familiares com a equipe da ESF.
 - Terapeutas ocupacionais: podem prestar apoio no desenvolvimento de atividade terapêuticas em espaços coletivos, comunitários e nas atividades cotidianas em que o sujeito está inserido, de forma a estimular a autonomia e a intervir junto a fatores que dificultem o desempenho, a participação e as relações dos indivíduos.^[47]
 - Assistentes sociais: a demanda pelo apoio de assistentes sociais na APS é muito grande e não envolve apenas o cuidado em saúde mental. Esses profissionais são extremamente potentes na articulação das equipes da ESF com a rede de apoio social. São fundamentais na articulação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio do CRAS ou do CREAS, operando práticas intersetoriais e de apropriação do território. Contribuem sobremaneira para o fortalecimento do vínculo dos usuários junto aos CAPS e à ESF, bem como na inserção dos usuários em atividades comunitárias.
 - Enfermeiro: geralmente oriundo do CAPS, o matriciamento pelo enfermeiro inclui o cuidado compartilhado com profissionais da mesma área básica: a enfermagem. Seu potencial para educação permanente e aprimoramento do enfermeiro da ESF em relação a cuidados em saúde mental é bastante relevante, facilitando o compartilhamento de casos e a elaboração de proposta de cuidado em conjunto, tanto no âmbito individual quanto coletivo, no território.

Importante destacar que as demandas de matriciamento dos profissionais das equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental e dos CAPS são distintas, já que estes dedicam-se principalmente aos usuários mais graves e com necessidade de atendimento intensivo. Assim, o matriciamento por esses profissionais deve ter como objetivo fortalecer seu vínculo com esses usuários, contando com apoio da APS.

Por outro lado, o matriciamento realizado pelos profissionais do NASF tem como objetivo viabilizar a ampliação do cuidado em saúde mental na APS, desenvolvendo-se tecnologias leves interdisciplinares, como os grupos e outras intervenções psicossociais de baixa intensidade.

No que se refere às equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, a integração visa não só apoiar os profissionais da APS no cuidado em saúde mental mas também estruturar uma integração, que facilite a comunicação e a circulação dos usuários nesses dois níveis de cuidado, para que o atendimento ambulatorial ocorra por tempo limitado e com foco nas necessidades dos usuários. Quando necessário o CAPS pode ser acionado.

Gestão do caso e o Projeto Terapêutico Singular

O projeto Terapêutico Singular, ou plano de cuidado, constitui-se em uma ferramenta estratégica para a gestão dos casos mais complexos, os quais possuem uma rede de suporte sócio familiar frágil, poucos recursos para o autocuidado e uma condição de saúde considerada de alto risco.^[42] Para contemplar as diferentes variáveis que esse tipo de caso aglutina, faz-se necessário uma maior mobilização dos recursos disponíveis no território, acompanhamentos sistemáticos e planejados entre os envolvidos.

A Cartilha da Política Nacional de Humanização define o PTS como

conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas.^[48:40]

Seu objetivo é estruturar o cuidado, direcionando o caso ao nível de atenção mais adequado, definindo intervenções terapêuticas apropriadas as necessidades apresentadas pelo usuário e apontando os profissionais responsáveis pelo seu monitoramento e revisão periódica.

Um dos principais aspectos desses novos modelos de trabalho é o acompanhamento dos usuários, à medida que eles transitam entre as unidades de saúde e os profissionais, garantindo que eles não se "percam". Essa "costura" no itinerário terapêutico do usuário objetiva garantir a continuidade do projeto terapêutico, uma vez que a APS tem a responsabilidade sanitária da população adscrita, mas, muitas vezes, é necessário que usuários sejam acompanhados em outros níveis de maior especialização.

As ações de saúde mental e bem-estar podem e devem ser realizadas em vários formatos e lugares. Quanto mais essas ações estiverem pulverizadas nos territórios das comunidades, maiores são as possibilidades de acesso aos usuários e familiares aos equipamentos disponíveis no seu território, auxiliando ainda na redução do estigma e no combate ao preconceito que acomete essa população.

Os diferentes níveis de apoio devem ser interligados e atuar de maneira complementar, conforme as necessidades se apresentam, sempre respeitando os aspectos sociais e culturais do território, os recursos disponíveis, a promoção de direitos humanos e o protagonismo e autonomia dos usuários.^[44] O conjunto desses esforços deve extrapolar o setor da saúde, atingindo setores referentes à assistência social, à habitação, à educação, à justiça, ao esporte, ao lazer e à cultura, dentre outros (Figura 6).



Fonte: adaptado de OPAS/OMS,^[49] IASC.^[50]

Figura 6. Pirâmide de intervenções em saúde mental e apoio psicossocial.

A gestão do acompanhamento dos usuários com transtorno mental

Por se tratar de um grupo de usuários com condições crônicas nas quais a interrupção precoce do tratamento se associa a reagudizações, agravamento dos quadros e aumento das necessidades de internação, o acompanhamento longitudinal regular e a busca ativa, no caso de perda de seguimento, são fundamentais. Devido à alta demanda e à sobrecarga da APS, corre-se o risco de que esse acompanhamento não seja realizado adequadamente. Assim, é necessário considerar o usuário com transtorno mental da mesma forma que os usuários com demais condições crônicas, como hipertensão arterial e diabetes.

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB é a principal ferramenta disponível no SUS para acompanhar e monitorar as ações da APS, entretanto devido as diferentes realidades do território brasileiro, destaca-se também a gestão de listas de usuários.

A gestão da lista pode auxiliar no monitoramento da continuidade do cuidado de forma regular, mesmo que o usuário apresente dificuldades de adesão. Para tanto, cada equipe deve ter sua lista de usuários com transtornos mentais e usuários de psicotrópicos, para organização de um atendimento longitudinal regular, que pode ser por exemplo, com a inserção de usuários em já existentes nas unidades. Uma das principais contribuições da gestão de listas é a superação do uso inadequado de benzodiazepínicos, decorrente da prática de renovação de receitas sem acompanhamento clínico adequado.

SEÇÃO IV – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitoramento por meio da gestão de “listas de pacientes” em tratamento

Trata-se de uma estratégia em que a APS e as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, podem se utilizar por meio de uma planilha contendo a relação dos usuários com transtorno mental em acompanhamento na unidade, para organização e monitoramento dos casos existentes em um determinado território.

Os dados especificados a seguir devem estar contemplados para que seja possível monitorar o cuidado desses usuários dentro de seu PTS, inclusive o índice de abandono: família, nome completo, data de nascimento, idade/gênero, dia da última consulta, motivo do pedido de matriciamento, CID, PTS (intensidade do cuidado e nível/local de cuidado), tratamento psicoterápico (tipo e frequência), uso de medicamento (medicação), frequência de atendimento, profissionais responsáveis/equipe, acompanhado em outro serviço e comorbidades existentes.

Indicadores de processos, resultados e serviço na Atenção Primária à Saúde

Apesar de todos os esforços, os indicadores em saúde mental ainda são incipientes, porém fundamentais para a avaliação da efetividade da RAPS. Desta forma, sugerem-se os seguintes indicadores exibidos nas tabelas 5 a 7, que devem ser analisados conforme a necessidade de cada território.

Tabela 5. Indicadores de processo

Indicadores de processo	Definição
Detecção por tipo e grupo de transtorno (TMC, álcool/drogas e TMG)	Prevalência de usuários com transtorno mental detectados na APS (utilizar como parâmetro de comparação a prevalência populacional de cada tipo e grupo de transtorno na literatura)
Intervenções psicossociais	Quantitativo, tipo e regularidade das intervenções disponibilizadas em 1 mês por equipe/unidade
Integração	Tipos de matriciamento realizados e regularidade dos encontros, organizados por tipos de profissionais e serviços, realizados a cada mês
Monitorização das prescrições de psicofármacos	Acompanhamento da distribuição de psicotrópico nas farmácias da APS por meio de planilhas de usuários (gestão de lista) para análise do padrão de dispensação de psicotrópico da unidade por mês
Taxa de encaminhamento para consulta na Atenção Especializada – atendimento ambulatorial e CAPS	Mede a porcentagem de encaminhamento pela APS para as unidades especialidades em saúde mental Número de encaminhamentos para Atenção Especializada em Saúde Mental, dividido pelo total de encaminhamento realizados por mês x 100
Taxa de absenteísmo	Número de faltas às consultas agendadas de TM no ano sobre total de consultas agendadas de TM no ano x 100
Taxa de abandono	Número de usuários com TM que não retornam para acompanhamento dentro de um critério preestabelecido, por exemplo: 6 meses sem comparecer ao serviço após falta na última consulta agendada no ano, pelo total de usuários em acompanhamento na unidade no ano x 100

Fonte: elaborada pelos autores.

TMC: Transtornos Mentais Comuns; TMG: transtorno mental grave; APS: Atenção Primária à Saúde; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.

Tabela 6. Indicadores de resultado

Indicadores de resultado	Definição
Taxa de mortalidade por suicídio	Estima o risco de morte por suicídio de uma determinada população. Número de óbitos por suicídio divididos pelo total da população x 100.000 habitantes-ano
Reintegração social e melhoria do funcionamento social	Porcentagem de usuários com transtorno mental reinseridos em atividades sociais, familiares, laborais ou educacionais
Qualificação da prescrição de medicações psicotrópicas	Perfil de uso de psicotrópicos por unidade/equipe para redução do percentual de benzodiazepínicos dispensados na totalidade de psicotrópicos prescritos no mês
Percentual de internações de usuários com TMG oriundo do território coberto pela equipe/unidade	Número de internações de usuários com TMG da população cadastrada/referência para a unidade, dividido pelo total da população com transtorno mental grave x 100 por ano (considerando a prevalência esperada do transtorno)

Fonte: elaborada pelos autores.

TMG: transtorno mental grave.

Tabela 7. Indicadores de desenvolvimento de serviços

Recursos financeiros	Recursos alocados em saúde mental saúde
Recursos humanos	Quantidade de força de trabalho na saúde mental pelo total de horas mensais cadastrada no CNES para profissionais de nível superior Número de trabalhadores de saúde mental
Capacitação	Número e proporção de pessoal treinado em saúde mental
Colaboração em rede	Número e tipo de colaboração com outros departamentos, serviços e setores, incluindo usuários de serviços e familiares, grupos de defesa de cuidadores ou cuidadores
Disponibilidade do serviço	Número de serviços de saúde mental em diferentes níveis de prestação de serviços
Cuidados hospitalares	Número de leitos disponíveis na região Média de permanência Número de usuários reinternados ao menos uma vez no período de um ano Número de internações que durem mais de 1 ano (reflete a resolubilidade da rede)
Continuidade do serviço	Proporção de pessoas com TMG internadas em hospital no último ano, que foram acompanhadas pelas UBS e pelos CAPS no período de 1 mês após alta
Apoio social	Número de pessoas transtorno mental grave que recebem benefícios (BPC, De Volta para Casa) Número de pessoas com TMC que precisam de benefício

Fonte: WHO.^[51]

TMG: transtorno mental grave; UBS: Unidade Básica de Saúde; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; BPC: Benefício de Prestação Continuada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alteração da Rede de Atenção Psicossocial em 2017, com a inserção das equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, para atendimento dos casos moderados, tem seu maior desafio no desenvolvimento de uma atenção ambulatorial integrado com a Atenção Primária à Saúde. Nesta Nota Técnica, foram descritas e analisadas algumas intervenções a serem implementadas para aprimoramento desses níveis de atenção, na perspectiva de consolidação do matriciamento e do cuidado escalonado em saúde mental no âmbito do SUS.

1. World Health Organization (WHO). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneve: WHO; 2010. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/
2. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. Geneve: WHO; 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
3. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370:878-89. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61239-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61239-2/fulltext)
4. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude-o-imperativo-da-consolidacao-da-estrategia-da-saude-da-familia/4>
5. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias. Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC; 2007. Disponível em: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_mhpps_guidelines_portuguese.pdf
6. Chiaverini DH (org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudeamental.pdf
7. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). Repositório Institucional para Troca de Informações (IRIS). MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: OPAS/OMS/IRIS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096?locale-attribute=pt>
8. World Health Organization (WHO). mhGAP. Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. France: WHO; 2008. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/mhGAP%20Mental%20Health%20Gap%20Action%20Programme%20English.pdf>
9. Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia de Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. 2008;32(78/79/80): 27-37. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
11. World Health Organization (WHO). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva; WHO; 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44257>
12. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):441-2.
13. Wadge H, Bhatti Y, Carter A, Harris M, Parston G, Darzi A. Brazil's Family Health Strategy: Using Community Health Workers to Provide Primary Care. *Commonwealth Fund*. 2016. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2016/dec/brazils-family-health-strategy-using-community-health-care-workers>
14. Fortes S, Villano L, Lopes C. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Braz J Psychiatry*. 2008;30(1):32-7.
15. Arroll B, Chin WY, Martis W, Goodyear-Smith F, Mount V, Kingsford D, et al. Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *J Prim Health Care*. 2016;8(4):325-34.
16. World Organization of Family Doctors (WONCA). WONCA Working Party for Mental Health Guidance Paper 2017-10-10. Thailand: WONCA; 2017. <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/WPMH%20role%20of%20FPs%20in%20non%20drug%20interventions.pdf> Disponível em:
17. Vídeos SUPERA. Alcoolismo. 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=afgaN4GisOU>
18. Marques AC, Furtado EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Supl1):28-32. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500008
19. Miller WR, Sanches VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G (eds). *Issues in alcohol use misuse in young adults*. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1993.
20. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ER, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina ambulatorial - condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2013.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento a demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Volume II. Cadernos de Atenção Básica n. 28. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 854, de 22 de agosto de 2012. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html

25. Cedraz A, Dimenstein M. Oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica: Modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Rev Mal-Estar Subj.* 2005;5(2):300-27. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482005000200006
26. Menezes GP, Pegoraro RF. Panorama das Atividades Grupais Desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (2006-2016). *Psicol Cienc Prof.* 2019;39:e189050. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932019000100158&script=sci_abstract&tlng=pt
27. Figueiró RA, Dimenstein M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *Fractal, Rev. Psicol.* 2010;22(2):431-46.
28. World Organization of Family Doctors (WONCA). Core competencies in primary mental health care. Thailand: WONCA; 2018. Disponível em: <https://www.wonca.net/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/Core%20competencies%20January%202018.pdf>
29. Bock AM. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos de Psicologia.* 1999;4(2):315-29.
30. Benjamin W. Investing in psychological therapies – the UK model. In: World Federation for Mental Health (WFMH). World mental health day 2020. 2020. p. 31-37. Disponível em: <https://wfmh.global/world-mental-health-day-2020/>
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população. Brasília, DF: IBGE, 2020. Disponível em: <https://fnp.org.br/internacional/projetos-internacionais/item/150-cidades-ate-10-mil-habitantes>
32. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc.* 2017;26(1):155-70.
33. Lima AF, Oliveira PR. O uso das categorias espaciais na análise crítica da saúde mental: por territórios alternativos às razões instrumentais sistêmicas? In: Barros JP, Antunes DC, Mello RP. Políticas de vulnerabilização social e seus efeitos: estudos do programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020.
34. Australian Government Department of Health. National PHN Guidance. Initial Assessment and Referral for Mental Healthcare. Version 1.02. 2019. Disponível em: [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/2126B045A8DA90FDC257F6500018260/\\$File/National%20MH-IAR%20Guidance-%2030Aug2019_V1.02%20Accessible.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/2126B045A8DA90FDC257F6500018260/$File/National%20MH-IAR%20Guidance-%2030Aug2019_V1.02%20Accessible.pdf)
35. Australian Government Department of Health. PHN primary mental health care flexible funding pool implementation guidance. Disponível em: https://www.checkup.org.au/icms_docs/297800_PHN_Guidance_-_Stepped_Care.pdf
36. Kates N. Mental Health and Primary Care: Contributing to Mental Health System Transformation in Canada. *Can J of Community Mental Health.* 2018;36(4). Disponível em: <https://www.cjcmh.com/doi/abs/10.7870/cjcmh-2017-033>
37. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
39. National Mental Health Strategy. The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan, Commonwealth. Austrália; 2017. Disponível em: <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/0209d27b-1873-4245-b6e5-49e770084b81/Fifth-National-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-Plan.pdf>
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para 52 Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf
41. Morato GG, Lussi IA. Contributions from the perspective of Psychosocial Rehabilitation for occupational therapy in the field of mental health. *Cad Bras Ter Ocup.* 2018;26(4):943-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000400943&lng=en&nrm=iso
42. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965
43. Campos GW. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 1999;4(2):393-404. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
44. Campos GW, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(2):399-407.
45. Saraiva S, Bachmann M, Andrade M, Liria A. Bridging the mental health treatment gap: effects of a collaborative care intervention (matrix support) in the detection and treatment of mental disorders in a Brazilian city Family Medicine and Community Health. 2020;8:e000263. Disponível em: <https://fmch.bmj.com/content/8/4/e000263>
46. Brasil. Ministério da Saúde. III concurso nacional de experiências em saúde da família: trabalhos premiados. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Disponível em: <https://aps.sau.gov.br/biblioteca/visualizar/MTlyMw==>
47. Rocha EF, Paiva LF, Oliveira RH. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2012;20(3):351-61.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf
49. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). Escritório Regional para as Américas. COVID-19. COVID-19. Intervenções recomendadas em saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS) durante a pandemia. OPAS/OMS; 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53017/OPASBRANMHMHCVID-19200026_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

50. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Guia preliminar. Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de Covid-19. Versão 1.5 Tradução técnica para versão em português: Márcio Gagliato. IASC; 2020. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>
51. World Health Organization (WHO). Mental health atlas. Geneve: WHO; 2017. Disponível em: <https://www.issup.net/files/2018-06/WHO%20Mental%20Health%20Atlas%202017.pdf>

ANEXO

Anexo 1. Alcohol Use Disorders Identification Test.

IDENTIFICAÇÃO

Unidade de Saúde: _____ Data ___/___/____.

Sexo: () Masculino () Feminino

Nome: _____ Idade: _____

REGISTRO

AUDIT – Teste para identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Orientação para o início da entrevista:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos meses”.

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <input type="text"/>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais</p> <input type="text"/>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>
<p>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <input type="text"/>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <input type="text"/>
<p>Se o total for maior do que o ponto de corte recomendado, consulte o manual.</p>	<p>Anote aqui o resultado.</p> <input type="text"/>

NÍVEL DE USO	INTERVENÇÃO	ESCORES
ZONA I	PREVENÇÃO PRIMÁRIA	0-7
ZONA II	ORIENTAÇÃO BÁSICA	8-15
ZONA III	INTERVENÇÃO BREVE E MONITORAMENTO	16-19
ZONA IV	ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO ESPECIALIZADO	20-30

