

SIRLEI FAVERO CETOLIN
(ORGANIZADORA)



ATIVACÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SEVEN
EDITORA
2026

UNOESC

RICARDO ANTONIO DE MARCO - Reitor

VITOR CARLOS D'AGOSTINI - Vice Reitor - Unoesc São Miguel do Oeste

KURT SCHNEIDER - Pró-reitor de Pesquisa, Pós-graduação, Extensão e Inovação

ELIANDRA MIRLEI ROSSI - Diretora de Pesquisa, Pós-graduação, Extensão e Inovação -
São Miguel do Oeste

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE

PPGBS

DIEGO DE CARVALHO

ORGANIZAÇÃO, ELABORAÇÃO E AUTORIA

Sirlei Favero Cetolin

Graduação em Psicologia e em Serviço Social. Especialista em Saúde Coletiva; Psicologia Hospitalar; Geriatria e Gerontologia; Psicologia Clínica - Terapia Cognitivo Comportamental; MBA em Gestão de Pessoas. Mestrado em Gestão de Políticas Públicas e doutorado em Serviço Social. Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Biociências e Saúde (PPGBS) e membro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Funcionária da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), com atuação na Gerência Regional de Saúde de São Miguel do Oeste na Coordenação Regional da Atenção Primária. Articuladora da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) da Região Extremo Oeste de Santa Catarina.

ORGANIZAÇÃO E COAUTORIA

Cássia Cunico

Farmacêutica. Especialista em Farmacologia Clínica e em Microbiologia Aplicada. Mestre em Ciências Farmacêuticas (UFPR). Doutora em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR/UFSC). Funcionária da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) com atuação na Gerência Regional de Saúde de São Miguel do Oeste. É docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), campus de São Miguel do Oeste/SC.

Luciano Fiorentin

Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública (UNOESC), mestre em Biociências e Saúde (PPGBS/UNOESC) e doutor em enfermagem (PPGENF/UFRGS). Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Bandeirante com atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF/UBS) e docente da UCEFF Itapiranga e São Miguel do Oeste/SC.



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

COAUTORIA

Ian Jacques de Souza: Psicólogo. Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Mestre em Saúde Coletiva. Atua no apoio clínico e técnico em planejamento e composição de ações em redes de saúde do Departamento de Saúde Mental da Secretaria Especializada à Saúde do Ministério da Saúde/Brasília (DSM/SAE/MS).

Elise Gretzler Trenhago: Psicóloga. Especialista em Saúde Mental e Dependência Química. Mestranda em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (PPGBS/UNOESC). Tem experiência como psicóloga hospitalar em Ala de Saúde Mental. Proprietária do Ateliê da Mente.

Cleonice Simon: Psicóloga e Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica pela CENSUPEG e em Psicologia Perinatal e da Parentalidade pelo Instituto Materonline (Cascavel/PR). Mestranda em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (PPGBS/UNOESC). Atua como psicóloga na Unidade Básica de Saúde do município de Tunápolis.

Angélica Pricila Neves: Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência, UTI Neonatal e Pediátrica. Mestranda em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (PPGBS/UNOESC). Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNOESC, campus de São Miguel do Oeste.

Pedro Henrique Favero Cetolin: Médico. Neurologista e Intensivista, responsável Técnico da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e coordenador da Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT) do Hospital Regional Terezinha Gaio Basso (HRTGB). Neurologista na Neuroclínica Extremo Oeste em São Miguel do Oeste. Mestre em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (PPGBS/UNOESC).

Lediane Paula Trissoldi: Enfermeira. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde - FaHol - Campus Curitiba - PR. Mestre em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (PPGBS/UNOESC). Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São Miguel do Oeste com atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF/UBS).

Arlete Reichert: Enfermeira. Especialista em Gestão, Auditoria e Atenção Básica. Mestranda em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (PPGBS/UNOESC). Docente no curso de Graduação em Enfermagem da UCEFF e docente do curso técnico em enfermagem do SENAC.

Maria Eduarda Barp: Psicóloga. Graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), atuação clínica com abordagem na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

ELEMENTOS VISUAIS (ILUSTRAÇÃO, ÍCONES E IMAGENS)
CANVA PRO

APOIO

**SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO OESTE**

**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL (CIR) DO EXTREMO
OESTE DE SANTA CATARINA**

**COMISSÃO INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES/EPS) DA
REGIÃO EXTREMO OESTE DE SANTA CATARINA**

FOMENTO:

**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA FAPESC Nº 09/2024 MULHERES+PESQUISA –1ª
EDIÇÃO ATIVAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.
TERMO DE OUTORGA Nº2024TR1574**



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

C423a Cetolin, Sirlei Favero.
Ativação da Linha de Cuidado em Saúde Mental na
Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] - Volume
1 / Sirlei Favero Cetolin. – São José dos Pinhais, PR:
Editora Seven, 2026.
Dados eletrônicos (1 PDF).

ISBN 978-65-6109-346-0

1. Saúde mental. 2. Prevenção. 3. Atenção primária à
saúde. I. Título.

CDU 614

Bruna Heller - Bibliotecária - CRB10/2348

Índices para catálogo sistemático:

1 Saúde pública 614

DOI: 10.56238/livrosindi202654-001

Tecendo a manhã

João Cabral de Melo Neto

**Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.
E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão**

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o e-Book “Ativação da Linha de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde”, um trabalho construído com o propósito de fortalecer a organização do cuidado em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

Este material nasce da necessidade de ampliar o debate sobre o cuidado em saúde mental de forma integrada, territorial, humanizada e centrada nas necessidades das pessoas. Em um contexto em que, os sofrimentos psíquicos se tornam cada vez mais presentes nos serviços de saúde, torna-se indispensável qualificar as equipes para atuarem de maneira articulada, acolhedora e corresponsável.

A obra apresenta os fundamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Linha de Cuidado em Saúde Mental, esclarecendo conceitos, funções e formas de organização da rede. Também evidencia o papel estratégico da APS como porta de entrada preferencial do SUS e coordenadora do cuidado longitudinal.

São discutidos temas e mecanismos fundamentais para a prática cotidiana dos profissionais, como: acolhimento; escuta qualificada; categorização de risco; apoio matricial; Projeto Terapêutico Singular (PTS); clínica ampliada; visita domiciliar; grupos terapêuticos; genograma e ecomapa; cuidado territorial e em liberdade.

Além dos aspectos teóricos e organizacionais, o conteúdo busca aproximar o leitor da prática assistencial, por meio de fluxos de atendimento, estudo de caso e instrumentos aplicáveis ao cotidiano das equipes multiprofissionais.

Dedicou-se também um espaço especial à Reabilitação e Integração do Cuidado, abordando a reabilitação psicossocial como estratégia fundamental para promoção da autonomia, cidadania e inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico.

Outro aspecto relevante apresentado é a importância da continuidade do cuidado, destacando o acompanhamento longitudinal e o papel da Atenção Primária à Saúde no monitoramento contínuo dos usuários, fortalecendo vínculos e garantindo a coordenação do cuidado na rede.

A abordagem ainda enfatiza a intersectorialidade como elemento essencial, para a integralidade da atenção, promovendo a articulação entre saúde, assistência social, educação, cultura, trabalho e justiça, reconhecendo que o cuidado em saúde mental, ultrapassa os limites do setor saúde.

A defesa do cuidado no território e em liberdade, também ocupa lugar na obra, reforçando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a necessidade de práticas substitutivas ao modelo manicomial, valorizando a convivência comunitária, os vínculos familiares e a inclusão social.

Por fim, a obra propõe reflexões sobre a superação da fragmentação do cuidado, incentivando práticas integradas, corresponsabilização entre os serviços e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.

Mais do que um material técnico, a intensão é convidar para a construção de um cuidado ético, humanizado e comprometido com a defesa da vida, da autonomia e da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

Esperamos contribuir para a qualificação dos profissionais, estudantes, gestores e pesquisadores, fortalecendo práticas de cuidado em saúde mental, alinhadas aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

“Falar de saúde mental é falar de humanidade.
O cuidado precisa alcançar a todos:
usuários, famílias, comunidades e também os profissionais de saúde,
que diariamente acolhem dores, angústias e sofrimentos.
Cuidar de quem cuida é fortalecer vínculos,
preservar vidas e construir serviços mais humanos,
éticos e saudáveis para todos.”

Os Autores .

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
1. FUNDAMENTOS DA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	11
1.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	11
• Definição	
• Componentes da rede	
1.2 Linha de Cuidado em Saúde Mental.....	12
• Definição	
• Função organizadora do cuidado	
• Diferença entre RAPS e Linha de Cuidado	
1.3 Características da Linha de Cuidado.....	14
• Fluxo organizado	
• Integração da rede	
• Centralidade no usuário	
• Responsabilidade compartilhada	
2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA LINHA DE CUIDADO.....	16
2.1 A APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado.....	16
• Territorialidade	
• Longitudinalidade	
2.2 Acolhimento na Atenção Primária à Saúde - porta de entrada para RAPS..	16
• Definição	
• Escuta qualificada	
• Organização do fluxo de atendimento	
3. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL.....	19
3.1 Manual de Intervenções mhGAP-IG na APS.....	19
• Finalidade	
• Aplicabilidade	
• Contribuições para o cuidado	

3.2 APS e Categorização de risco em saúde mental.....	22
• Critérios de avaliação	
• Classificação por cores	
3.3 Níveis de atenção à saúde.....	24
• Atenção Primária	
• Atenção Secundária	
• Atenção Terciária	
 4. FLUXO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	31
4.1 Organização das demandas na APS.....	31
• Acolhimento e avaliação	
• Manejo inicial	
4.2 Corresponsabilização da ESF e da e-Multi na construção compartilhada do cuidado.....	32
• Construção compartilhada do cuidado	
• Responsabilidade dos Profissionais da eMulti em Relação à Saúde Mental	
4.3 Encaminhamentos na RAPS.....	38
• CAPS	
• Ambulatório	
• Hospital geral	
4.4 Retorno e acompanhamento longitudinal.....	41
 5. INSTRUMENTOS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	43
5.1 Acolhimento.....	44
5.2 Vínculo: a clínica do afeto.....	45
5.3 Escuta qualificada.....	46
5.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS).....	47
5.5 Apoio matricial na APS.....	48
5.6 Visita domiciliar.....	49
5.7 Genograma e Ecomapa.....	49
5.8 Clínica Ampliada.....	51
5.9 Grupos terapêuticos.....	51
5.10 Escalas e instrumentos.....	52
5.11 Mobilização social.....	53

6. PRÁTICA DO CUIDADO NA APS.....	54
6.1 Estudo de caso ilustrativo.....	54
• Apresentação do caso	
• Aplicação dos instrumentos	
• Construção do PTS	
• Deliberações do PTS	
7. REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO CUIDADO.....	56
7.1 Reabilitação psicossocial.....	56
• Conceito	
• Tripé da reabilitação	
7.2 Continuidade do cuidado.....	57
• Acompanhamento longitudinal	
• Papel da APS	
7.3 Intersectorialidade na reabilitação psicossocial.....	60
• Articulação com outras políticas públicas	
7.4 Cuidado no território e em liberdade.....	61
7.5 Superação da fragmentação do cuidado.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	65
ANEXOS.....	68

1. FUNDAMENTOS DA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O papel do Sistema Único de Saúde (SUS), na saúde mental no Brasil é estruturado a partir dos princípios: universalidade, integralidade, equidade e cuidado em liberdade, sendo orientado principalmente pela Lei nº 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial para uma lógica comunitária e humanizada.

Sendo assim, alguns conceitos iniciais, são fundamentais na compreensão da atuação que se faz necessária, para garantir o cuidado dos usuários do SUS, no direito a saúde mental.

A esse respeito, destacam-se:

1.1 A Rede de Atenção Psicossocial

Definição:

A RAPS foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 3.088/2011, com o objetivo de estruturar a atenção em saúde mental, especialmente para pessoas com sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e outras drogas. E, baseia-se justamente, nos princípios da SUS: **universalidade, integralidade e equidade**, respeitando a lógica da Reforma Psiquiátrica (cuidado em liberdade e territorializado).

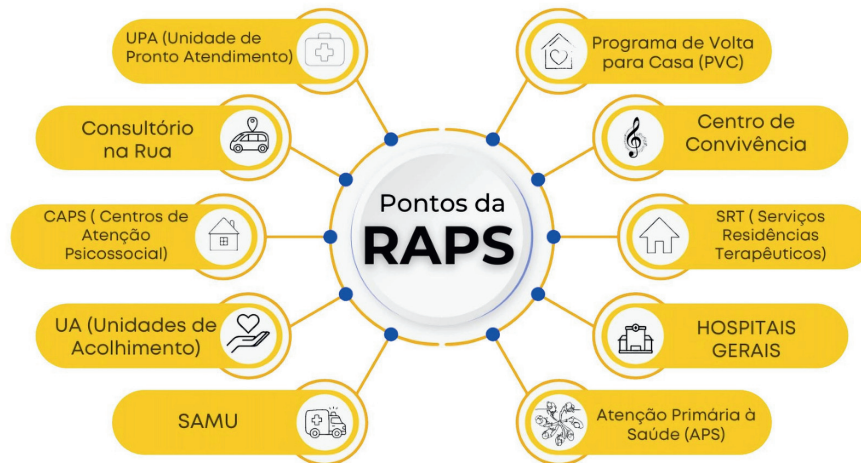
Componentes da rede:

São considerados principais **dispositivos e/ou pontos de atenção da RAPS:**

- Atenção Primária à Saúde
- Atenção Psicossocial Especializada
- Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, UPA, Pronto Atendimento)
- Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidades de acolhimento)
- Atenção Hospitalar (leitos em saúde mental em hospital geral)
- Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs))
- Reabilitação Psicossocial (Inclusão social pelo trabalho, cultura e renda)

Figura 1

Figura 1 - Pontos da RAPS



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Destaca-se que, existe uma relação entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a linha de cuidado em saúde mental.

1.2 Linha de Cuidado em Saúde Mental

Definição

O conceito de LINHA DE CUIDADO é especialmente importante no SUS e na atenção psicossocial, pois busca superar a fragmentação do atendimento, conectando diferentes níveis de atenção (da Atenção Primária à Atenção Especializada) e diferentes serviços (consultórios, hospitais, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e outros serviços que compõem a RAPS).

Na Linha, se descreve um fluxo sequencial de ações que um paciente deve percorrer para receber um tratamento completo, desde a prevenção até a reabilitação, passando pelo diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde.

Função da Linha de Cuidado em Saúde Mental

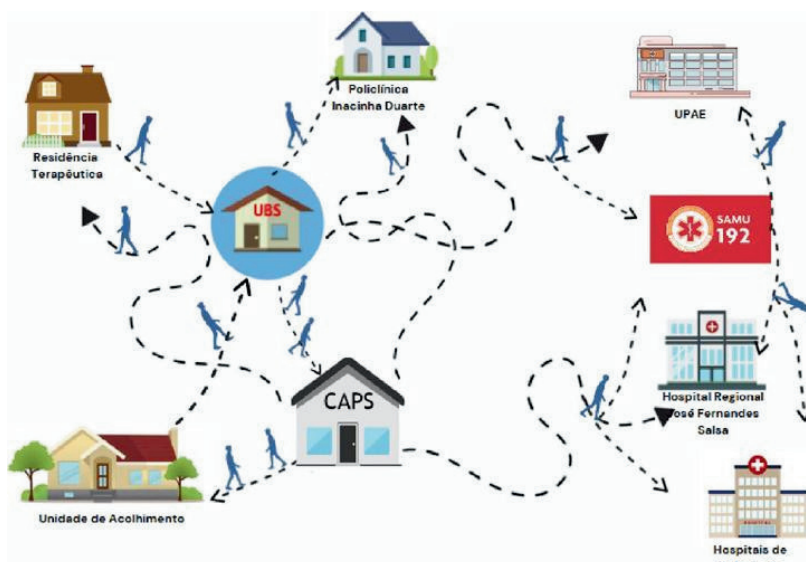
A Linha de Cuidado em Saúde Mental é a organizadora do percurso dentro da RAPS. A linha de cuidado é uma ferramenta de gestão e organização dos serviços de saúde que **visa garantir a continuidade do cuidado**, ao longo do processo de assistência ao usuário.

Diferença entre RAPS e Linha de Cuidado em Saúde Mental

A **RAPS** e a **Linha de Cuidado em Saúde Mental**, são mecanismos complementares, dentro do SUS.

A **RAPS** organiza os serviços e pontos de atenção, e a **Linha de Cuidado em Saúde Mental** organiza o caminho do usuário dentro dessa rede, garantindo continuidade e a integralidade do cuidado.

A figura 2 ilustra o itinerário a ser percorrido pelo usuário dos serviços, visando a garantia da continuidade, integralidade e resolutividade do cuidado.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude>

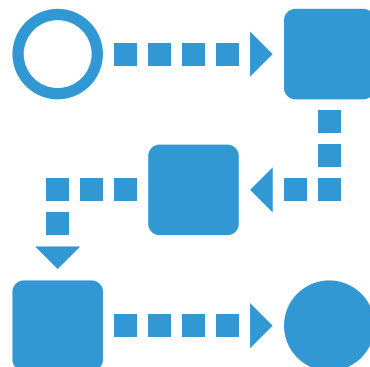
1.3 Características da Linha de Cuidado

Fluxo organizado

A linha de cuidado define um percurso claro e lógico para o paciente.

Por exemplo, em saúde mental, a linha pode começar na Unidade Básica de Saúde (UBS)

Onde o paciente é acolhido e diagnosticado, e depois encaminhado, se necessário, para um CAPS ou para um hospital especializado, seguindo um protocolo predefinido.



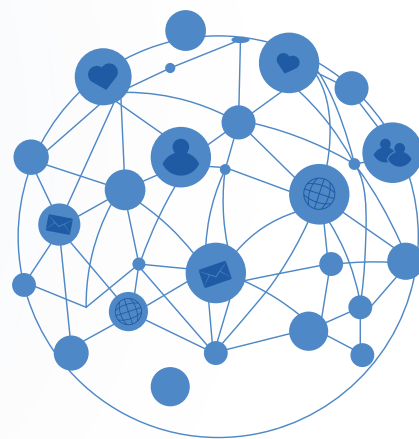
Integração com a rede

A Linha articula os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como as Unidades Básicas, os hospitais, os serviços de urgência e emergência e os serviços de reabilitação.

A meta é que o paciente não fique "perdido" entre os serviços, mas que tenha um caminho bem definido e que um serviço "dialogue" com o outro.

Centralidade no usuário

Foco centrado no Paciente: na pessoa e em suas necessidades de saúde, e não apenas a doença.



A linha de cuidado deve se adaptar às particularidades de cada indivíduo, garantindo um tratamento personalizado e integral.

Responsabilidade Compartilhada

Não é responsabilidade de apenas um profissional ou serviço, mas de toda a equipe e de todos os pontos da rede. A continuidade do cuidado é um esforço conjunto.



Vale destacar que, no SUS existe uma articulação entre a linha de cuidado em saúde mental e a Atenção Primária à Saúde (APS). Neste aspecto, a APS, especialmente por meio da **Estratégia Saúde da Família**, assume o papel de porta de entrada preferencial do sistema, sendo responsável pela identificação precoce de demandas em saúde física e mental, pelo acolhimento qualificado e pelo acompanhamento longitudinal dos usuários.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA LINHA DE CUIDADO

*A ativação da Linha de Cuidado
é um exercício de humildade e interdependência:
ninguém faz saúde mental sozinho.
Superar a fragmentação é entender que cada fio da rede é vital,
e que a Atenção Primária é
o solo onde a reabilitação floresce.
Que nossa prática cotidiana seja a ponte que une
o saber técnico ao afeto necessário para produzir vida*

2.1 A APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado

Territorialidade

Espaço onde a vida acontece. O sofrimento mental é indissociável das condições de moradia, trabalho e lazer. Por estar no território, a equipe de saúde da família consegue identificar determinantes sociais que um ambulatório distante não perceberia.

Longitudinalidade

O cuidado em saúde mental muitas vezes é crônico e requer acompanhamento ao longo dos anos. A APS garante que o histórico do sujeito seja preservado, evitando a reiteração de diagnósticos e intervenções desnecessárias.

Clínica ampliada

A Clínica Ampliada é uma abordagem do cuidado em saúde que considera o sujeito em sua integralidade, levando em conta aspectos biológicos, psicológicos, sociais, familiares e culturais, ultrapassando a visão centrada apenas na doença. Essa perspectiva valoriza o trabalho interdisciplinar, a escuta qualificada, o vínculo e a construção compartilhada do cuidado entre profissionais, usuários e famílias (BRASIL, 2009).

2.2 Acolhimento na Atenção Primária à Saúde - porta de entrada para RAPS

Definição

O acolhimento não é um local físico, uma triagem administrativa ou um momento isolado. Ele é uma **tecnologia relacional** — uma forma de construir o cuidado. Na APS, o acolhimento é o compromisso ético de escutar a demanda, avaliar riscos e oferecer uma resposta qualificada, colocando o sujeito no centro do processo de saúde.

Na Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento constitui um dos princípios fundamentais para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), visando assegurar acesso, escuta qualificada, responsabilização e resolutividade das demandas apresentadas pelos usuários, evitando que estes deixem a Unidade Básica de Saúde sem algum encaminhamento ou definição de continuidade do cuidado (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Na prática: o acolhimento acontece através da Escuta Qualificada.

Escuta qualificada

É o momento em que o profissional interrompe o fluxo de "ordem de chegada" para compreender a necessidade real do usuário.

Figura 3. Fluxo do acolhimento em Saúde Mental na APS



Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com auxílio da ferramenta ChatGPT e baseada no Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Básica: Orientações técnicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (caderno de Atenção Básica nº 34).

Organização do fluxo de atendimento

Para que a prática seja resolutive, o **acolhimento** deve seguir diretrizes claras para evitar o "empurra-empurra":

Recepção Humanizada:

O primeiro contato define a confiança. Apresentar-se e demonstrar disposição para ouvir é o primeiro passo da clínica.



Triagem por Necessidade:

Substituímos o critério de ordem de chegada pelo de risco/vulnerabilidade.



Encaminhamento Resolutivo:

Urgência: Encaminhamento imediato para equipe médica/enfermagem/psicologia.

Demanda Programada: Organização da agenda para continuidade do cuidado.

Demanda Espontânea: Acolhimento integral, podendo envolver escuta psicológica ou orientação multiprofissional.



A organização do fluxo e prioridade é parte essencial do trabalho e do manejo na APS. Para tal, é importante ter ferramentas que ajudem a classificar de forma clara e objetiva, para que, os serviços sejam fornecidos na ordem correta e na urgência necessária.

3. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

3.1 Manual de Intervenções mhGAP-IG na APS

Finalidade

O mhGAP-IG (Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide) é um manual técnico desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de reduzir a "lacuna" de tratamento em saúde mental ao redor do mundo. Ele foi desenhado especificamente para ser utilizado por profissionais de saúde não especializados que atuam na Atenção Primária, facilitando o manejo clínico de transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias.

O manual não substitui o médico especialista, ele funciona como um guia de condutas baseadas em evidências científicas para o dia a dia das UBSs.

Aplicabilidade para rede

A implementação do mhGAP na rotina da unidade de saúde traz benefícios claros para a gestão do cuidado e para a qualidade de vida da população atendida:

Contribuições para o cuidado



Padronização do Atendimento: Garante que todos os profissionais da unidade falem a mesma língua ao identificar sinais de sofrimento mental, evitando condutas desiguais.

Qualificação do Primeiro Contato: Permite que o profissional que recebe o usuário saiba identificar precocemente condições como depressão, epilepsia ou riscos associados ao uso de álcool, agindo antes que o quadro se agrave.



Resolutividade na Ponta: Reduz o número de encaminhamentos desnecessários para a rede especializada (como CAPS ou psiquiatria), pois muitas demandas podem ser manejadas com sucesso na própria unidade de saúde, através de orientações e acompanhamento familiar.

Segurança Clínica: Fornece fluxogramas claros de "o que fazer" e "o que não fazer" em situações de emergência, como comportamentos de autolesão ou crises psicóticas, aumentando a segurança tanto do usuário quanto da equipe.



Gestão de Recursos: Ao organizar o fluxo de atendimento em saúde mental, a UBS consegue utilizar seus recursos de forma mais eficiente, otimizando o tempo dos profissionais e o fluxo de pacientes.

O manual é um documento de acesso público e sua utilização é recomendada pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). O mesmo encontra-se disponível para download gratuito no portal da OPAS/OMS (iris.paho.org), buscando pelo título: Manual de Intervenções mhGAP Versão 2.0.



Ainda considerando todas as ferramentas disponíveis para facilitar o trabalho da APS e os encaminhamentos assertivos, é possível consultar o fluxograma de acolhimento da linha de cuidado em saúde mental

Figura 4. Fluxo de Acolhimento e Cuidado em Saúde Mental na RAPS



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT e baseada no caderno de Atenção Básica nº 34 e portaria nº3.088. de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011 e 2013).

Observa-se que o fluxo de acolhimento permite a **categorização de risco em saúde mental**, que constitui-se numa estratégia essencial para a organização do cuidado na APS. Por meio da categorização, ou também, chamada de classificação, torna-se possível identificar o grau de sofrimento psíquico e a presença de riscos iminentes, como autoagressão, heteroagressão ou agravamento clínico, orientando a priorização dos atendimentos e a definição de fluxos assistenciais mais adequados. Essa classificação, geralmente dividida em níveis como: **GRAVE, ALTO, MODERADO e LEVE**, não tem caráter estático, devendo ser continuamente reavaliada conforme a evolução do paciente.

Entende-se que, a categorização de risco favorece intervenções mais resolutivas, fortalece a segurança do cuidado e contribui para a integralidade da atenção, ao articular diferentes pontos da rede conforme a necessidade singular de cada indivíduo e situação.

3.2 APS e Categorização de risco em saúde mental

O principal objetivo da **classificação de risco** é fornecer um método comum para que os profissionais de saúde compreendam a gravidade de um caso e saibam quais recursos da rede devem ser acionados.



Este processo foca na identificação das ações mais assertivas para a diminuição e estabilização de agravos. A avaliação é fundamental, tanto para casos novos, quanto para quadros já conhecidos, incluindo aqueles considerados crônicos.

AVALIAÇÃO NA APS

A **classificação de risco** também auxilia no dimensionamento da demanda por diferentes níveis de intensidade de cuidado e apoia o fluxo de referência e contrarreferência entre os serviços. A avaliação de risco vai além dos sintomas e queixas do paciente, considera múltiplas dimensões, incluindo:

Critérios de avaliação

Aspectos clínicos: Gravidade do transtorno e a presença de comorbidades.

Aspectos sociais e psíquicos: Fatores protetivos, vulnerabilidades, o vínculo, e o impacto na funcionalidade do indivíduo

Risco de dano: A avaliação se concentra em identificar o risco significativo de dano grave ou morte para o paciente ou para terceiros, que pode exigir uma intervenção imediata.

Classificação de RISCO por cores

A classificação dos níveis de risco em saúde mental constitui um dispositivo organizador do cuidado que orienta a tomada de decisão clínica e o encaminhamento dos usuários na rede de serviços. Representados por cores, esses níveis expressam a gravidade do quadro e a urgência da intervenção, estando diretamente relacionados aos diferentes níveis de atenção e complexidade do cuidado.

Vermelho (GRAVE): Representa um caso gravíssimo, com risco iminente de morte ou deterioração do quadro clínico que ameaça a vida do próprio paciente ou de terceiros. Necessita de atendimento imediato e encaminhamento para serviços de urgência e emergência

Laranja (ALTO): Indica risco significativo, com condições que potencialmente ameaçam a vida e requerem intervenção rápida. Pacientes com transtorno mental severo e persistente que necessitam de encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Amarelo (MODERADO): Corresponde a casos de gravidade moderada, que podem evoluir para um problema sério se não forem atendidos rapidamente. Requer encaminhamento para ambulatorios de saúde mental.

Verde (LEVE): Sinaliza um quadro de estabilidade, com potencial para complicações, mas sem urgência. Pacientes com quadro psicopatológico leve ou que não configuram um quadro agudo devem ser atendidos na Atenção Básica/Primária.

Figura 5. Avaliação e Classificação de Risco em Saúde Mental
Níveis de Risco e Exemplos de Situações

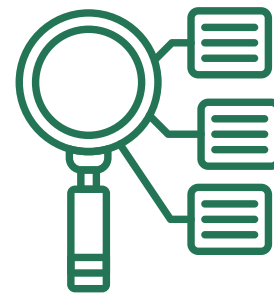
NÍVEL DE RISCO	EXEMPLOS DE SITUAÇÕES
 VERMELHO RISCO GRAVE	- Ideação, plano ou tentativa de suicídio - Surto psicótico - Agitação psicomotora grave - Agressividade hetero ou autoagressiva - Intoxicação por substâncias  Necessidade de atendimento IMEDIATO para urgência/emergência (UPA, Pronto Atendimento ou Hospital Geral)
 LARANJA RISCO ALTO	- Ideação suicida sem plano definido - Sintomas depressivos ou ansiosos moderados a graves - Uso problemático de álcool ou outras drogas - Conflitos familiares intensos  Encaminhamento para CAPS e/ou apoio matricial da APS
 AMARELO RISCO MODERADO	- Tristeza persistente - Ansiedade leve a moderada - Estresse, insônia, queixas somáticas - Dificuldades relacionais - Luto não complicado  Acompanhamento na APS com intervenções terapêuticas e apoio psicossocial
 VERDE RISCO LEVE	- Preocupações cotidianas - Ajustes emocionais - Demandas relacionadas à qualidade de vida - Promoção de saúde mental  Ações de promoção e prevenção na APS (grupos, oficinas, educação em saúde)

LEGENDA – NÍVEL DE RISCO

● VERMELHO – Risco Grave (atendimento imediato) ● LARANJA – Risco Alto (prioridade alta) ● AMARELO – Risco Moderado (acompanhamento estruturado) ● VERDE – Risco Leve (promoção e prevenção)

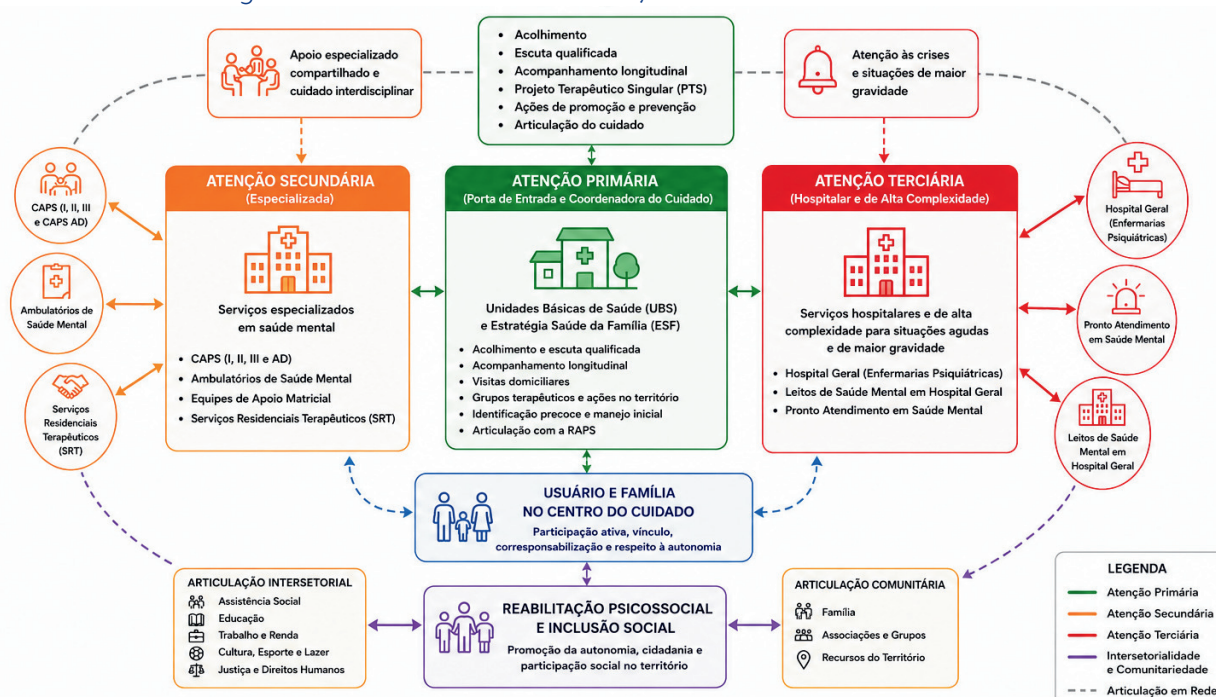
Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT e baseada no caderno de Atenção Básica nº 34 e Portaria nº3.088. de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011 e 2013).

3.3 Níveis de atenção à Saúde Mental



Os níveis de atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) organizam-se de forma integrada e complementar por meio da Rede de Atenção Psicossocial. A **atenção primária** é representada pelas UBS e Estratégias Saúde da Família (ESF), responsáveis pelo acolhimento, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado no território. A **atenção secundária** compreende os serviços especializados, como os CAPS e ambulatórios de saúde mental, destinados ao acompanhamento de casos que necessitam de suporte especializado e interdisciplinar. Já a **atenção terciária** corresponde aos serviços hospitalares e de alta complexidade, utilizados em situações agudas e de maior gravidade, priorizando-se sempre internações breves e o cuidado em liberdade. Esses níveis devem atuar articuladamente para garantir integralidade, continuidade do cuidado e reabilitação psicossocial dos usuários (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Figura 6. Fluxo nos Níveis de Atenção à Saúde Mental na RAPS



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada no caderno de Atenção Básica nº 34 e portaria nº3.088. de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011 e 2013); Amarante, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 5 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017; Mendes, Eugênio Vilça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana, 2011.

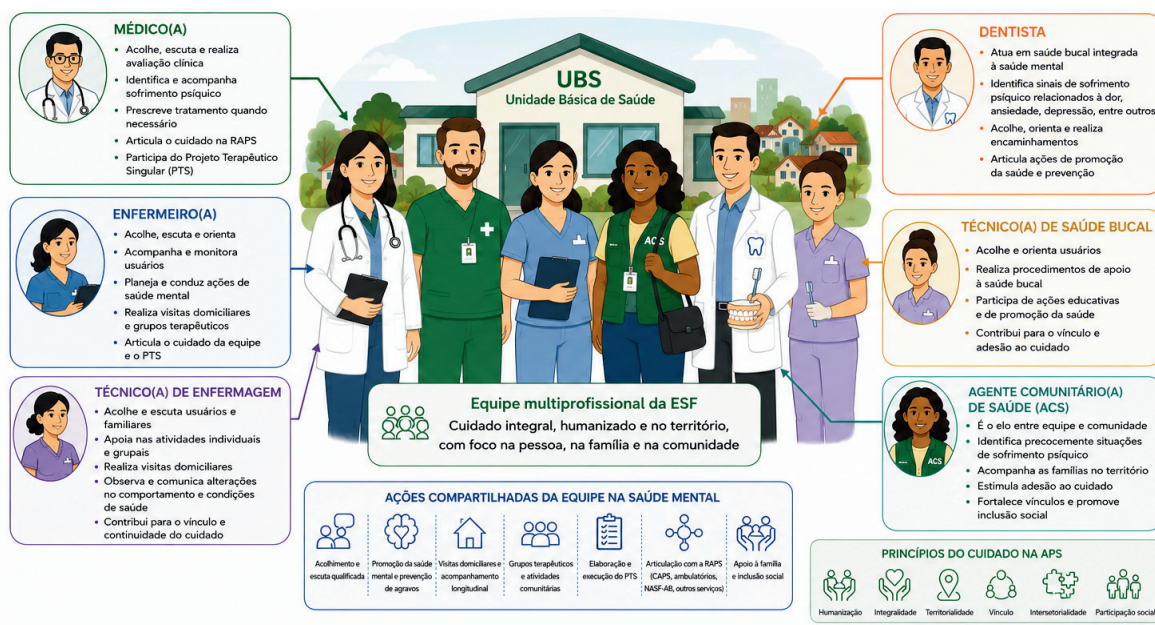
Baixo Nível de Complexidade

ATENÇÃO PRIMÁRIA

Atuação corre na APS atua como a porta de entrada e coordenadora do cuidado, direcionando o paciente pelos níveis de baixa, média e alta complexidade. Essa organização racionaliza recursos e assegura a integralidade da assistência.

Conforme a Portaria nº 2.436/2017, a APS atua com a mais baixa densidade tecnológica, sendo **responsável pela coordenação do cuidado e pela resolução da maioria dos problemas de saúde**. Fica incluído nesse nível, demandas como por exemplo:

Figura 7. Atenção a Saúde Mental na APS equipe da ESF e cuidado integral



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada no caderno de Atenção Básica nº 34 e portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011 e 2013); Amarante, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 5 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017; Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana, 2011.



Pequenas perdas na autonomia de gerir a própria vida



Uso moderado de álcool e outras drogas com laços sociais preservados



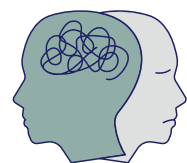
Tristeza e angústia com presença ou não de insônia vinculadas às situações de violência e perdas (separações, mortes, luto...)

Humor ansioso com dificuldades de realizar as atividades diárias



Uso crônico de benzodiazepínico e/ou antidepressivo

Quadro de neurose ou psicose estabilizada



Presença de distúrbios de humor leve (choros imotivados, irritabilidade).

Problemas de aprendizagem e comportamento que não configurem danos psicossociais maiores



MÉDIO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

O atendimento acontece em nível **ambulatorial e hospitalar especializado**, que complementa a APS. De acordo com a Portaria nº 4.279/2010, os serviços de média complexidade recebem o paciente encaminhado pela atenção primária para diagnóstico e tratamento que exigem tecnologias e profissionais mais especializados. Fica incluso neste nível, as seguintes demandas:

1. Gravidade clínica moderada

Sintomas que afetam funcionalidade diária, mas sem risco iminente de vida.



Ex.: crises ansiosas, depressão moderada, instabilidade emocional que exige acompanhamento frequente.

2. Necessidade de avaliação multiprofissional



Intervenção de psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, terapeuta ocupacional, entre outros.

Planejamento de cuidado individualizado PTS.

3. Acompanhamento contínuo e frequente

Consultas regulares ou sessões terapêuticas agendadas. Monitoramento da evolução do quadro clínico e social.



4. Procedimentos especializados ambulatoriais



Ex.: medicação psicotrópica controlada, terapias específicas, pequenas intervenções clínicas ou reabilitação psicossocial.

5. Integração com a rede de atenção

Encaminhamento para CAPS, UBS ou serviços de apoio matricial conforme necessidade.

Coordenação com assistência social, educação, emprego e família.



6. Baixo risco de complicação imediata

Paciente não apresenta risco grave de autoagressão ou heteroagressão no momento.
Situação que permite seguimento ambulatorial seguro.

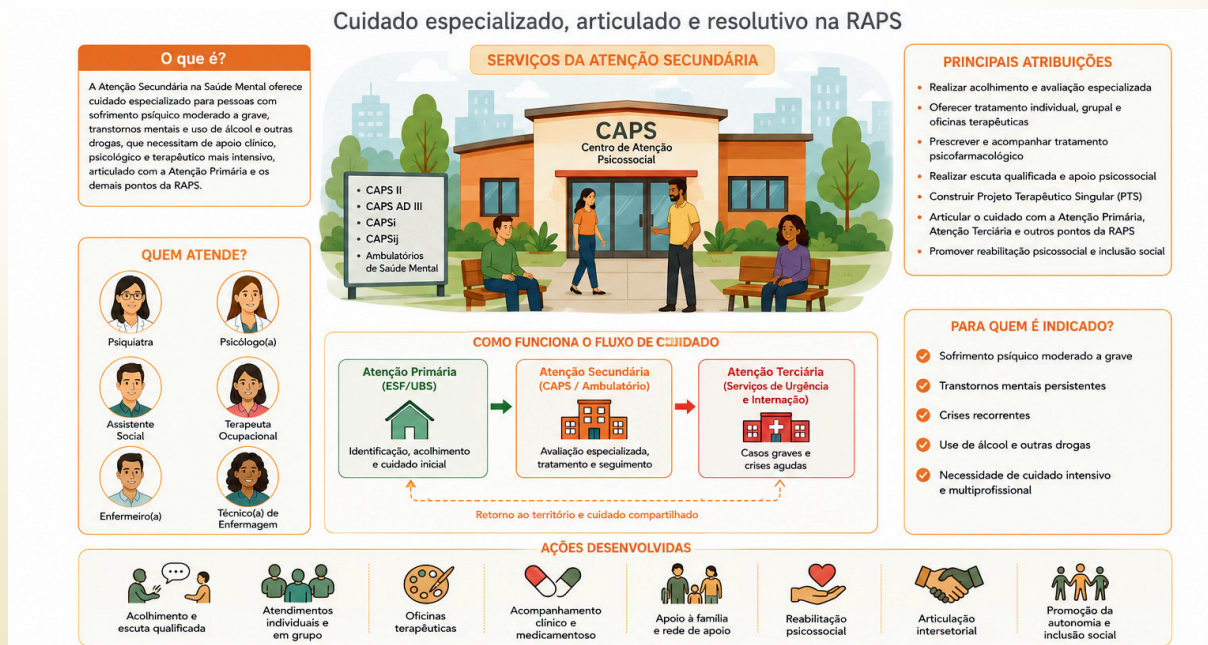
7. Potencial de intervenção preventiva ou reabilitativa

O caso é passível de melhoria com suporte contínuo, promoção de autonomia e prevenção de agravamento.



Figura 8. Atenção Secundária na Saúde Mental

Cuidado especializado, articulado e resolutivo na RAPS



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada no caderno de Atenção Básica nº 34 e portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011 e 2013); Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

ALTO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

ATENÇÃO TERCIÁRIA

É o nível de **maior densidade tecnológica**. A Portaria nº 4.279/2010 estabelece que este nível se destina a procedimentos de alto custo e tecnologias avançadas, como cirurgias complexas e terapias intensivas, recebendo os casos mais graves da média complexidade e, de forma ordenada, da atenção primária. Na área da Saúde Mental fica incluso neste nível, as seguintes demandas:

1. Laços sociais e/ou familiares muito fragilizados ou rompidos



2. Comprometimento grave com a higiene e cuidados pessoais

3. Histórico de tentativas de suicídio e ideação suicida



4. Agitação psicomotora extrema com alteração de senso-percepção

5. Evidências de risco de violência para si e para os outros, inclusive violência autoprovocada.



6. Quadro confusional agudo e desorganização do pensamento

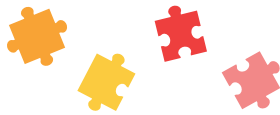
7. Humor marcadamente eufórico, excitação, planos grandiosos, conduta bizarra ou estranha



8. Humor gravemente deprimido

9. Ideias delirantes com ou sem cunho persecutório que esteja produzindo risco para si ou outros





10. Crianças e adolescentes com quadro de isolamento, grave dificuldade de comunicação e comportamentos estereotipados, muitas vezes diagnosticadas como autistas e psicose infantil

11. Uso abusivo de álcool e/ou outras drogas vinculado à comportamentos que impliquem em riscos para si e para os outros



12. Quadros de distúrbios metabólicos decorrentes de intoxicação por drogas lícitas e ilícitas

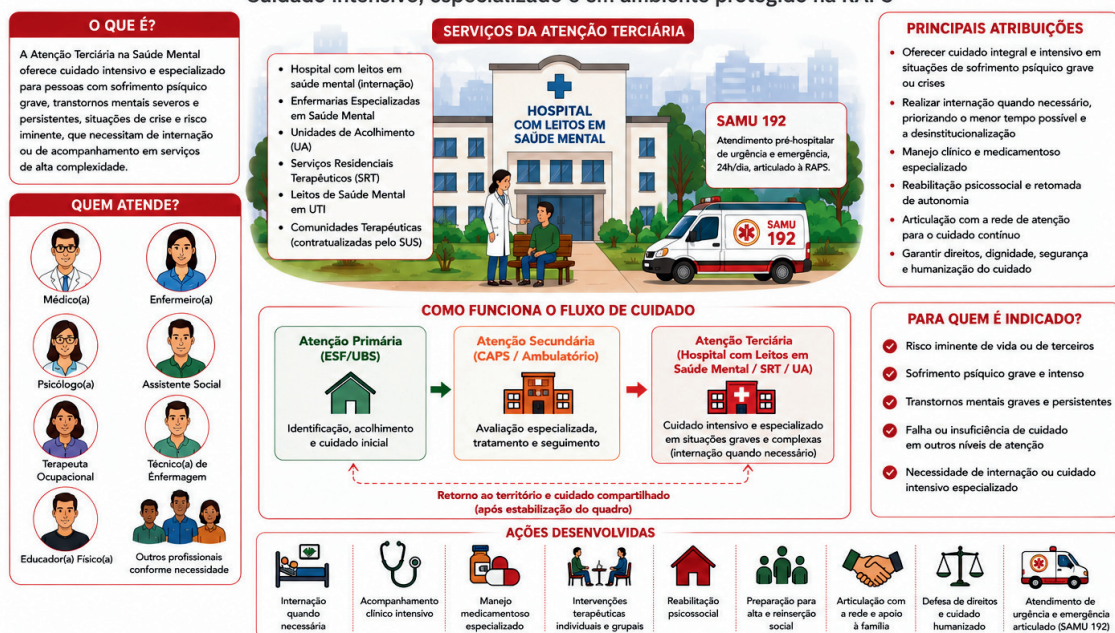
13. Violência contra crianças e adolescentes com sofrimento mental grave e necessidade de construção de rede intersetorial.



14. Criança em uso de medicamento psicotrópico

Entendendo os níveis de complexidade e quais casos se atribuem a cada categoria, é possível ter domínio técnico-teórico dos procedimentos padrões e referência no encaminhamento de cada um. Ainda, existe uma conduta que é comum a todos os níveis e essencial para qualquer serviço prestado ao paciente, o acolhimento.

Figura 9. Atenção Terciária na Saúde Mental
Cuidado intensivo, especializado e em ambiente protegido na RAPS



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 dez. 2011.

4. FLUXO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

4.1 Organização das demandas na APS

A partir da portaria nº 3.088/2011, a RAPS fica institucionalizada como um **modelo de rede**. Essa rede tem seu início na APS. Para além de ser a "porta de entrada", a APS é o centro de comunicação e a inteligência clínica da rede.

Ordenar o cuidado significa que a UBS detém a responsabilidade ética e política de organizar o percurso do usuário.



Diferente do modelo de "encaminhamento", onde a responsabilidade é transferida para o especialista, na coordenação do cuidado, a APS mantém o vínculo mesmo quando o usuário acessa pontos de maior densidade tecnológica, como os CAPS ou a Urgência e Emergência.

Acolhimento e avaliação

Para que a APS ordene o cuidado, é necessário superar o foco exclusivo no diagnóstico nosológico (o CID). Utilizamos aqui o conceito de Clínica Ampliada (Campos, 2013), que propõe:

- 1- O sujeito em sua singularidade:** O foco não é a "esquizofrenia" ou a "depressão", mas como aquele sujeito específico vivencia seu sofrimento.
- 2- Multiprofissionalidade:** A compreensão de que o médico, o enfermeiro, o psicólogo e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) possuem saberes complementares.
- 3- Autonomia do usuário:** O cuidado deve produzir "contratualidade social", ou seja, aumentar a capacidade do sujeito de gerir sua própria vida.

A ativação da linha de cuidado exige que a equipe da APS reconheça suas potências. A ordenação falha quando a UBS se vê apenas como um "posto de triagem".

Manejo inicial

A verdadeira ordenação ocorre quando a equipe utiliza o Matriciamento para qualificar sua escuta e resolver a maioria das demandas de saúde mental (ansiedade leve, luto, transtornos de adaptação) sem a necessidade de especialização, reservando os níveis secundários para casos de maior complexidade.

4.2 Corresponsabilização da ESF e da e-Multi na construção compartilhada do cuidado

O compartilhamento do cuidado configura-se como uma estratégia fundamental para qualificar o cuidado em saúde, especialmente na saúde mental, ao promover a integração entre equipes da APS e profissionais especializados. Rompe com a lógica tradicional de encaminhamento verticalizado, substituindo-a por um modelo de cogestão do cuidado, no qual há compartilhamento de saberes, práticas e responsabilidades entre as equipes (Campos, 2007).

Figura 10. Integração do Cuidado ESF/eMulti na APS



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada no caderno de Atenção Básica nº 34 e portaria nº3.088. de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011 e 2013); Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Nesse contexto, a atuação da equipe multiprofissional — atualmente denominada e-Multi no âmbito do Sistema Único de Saúde — fortalece a capacidade resolutiva da APS ao ofertar suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial.

As equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) possuem papel estratégico no cuidado em saúde mental, atuando de forma integrada às equipes de Saúde da Família (eSF) e demais pontos da RAPS. A responsabilidade dos profissionais da eMulti não se restringe ao atendimento especializado, mas envolve apoio matricial, corresponsabilização do cuidado, educação permanente e construção compartilhada de projetos PTS.

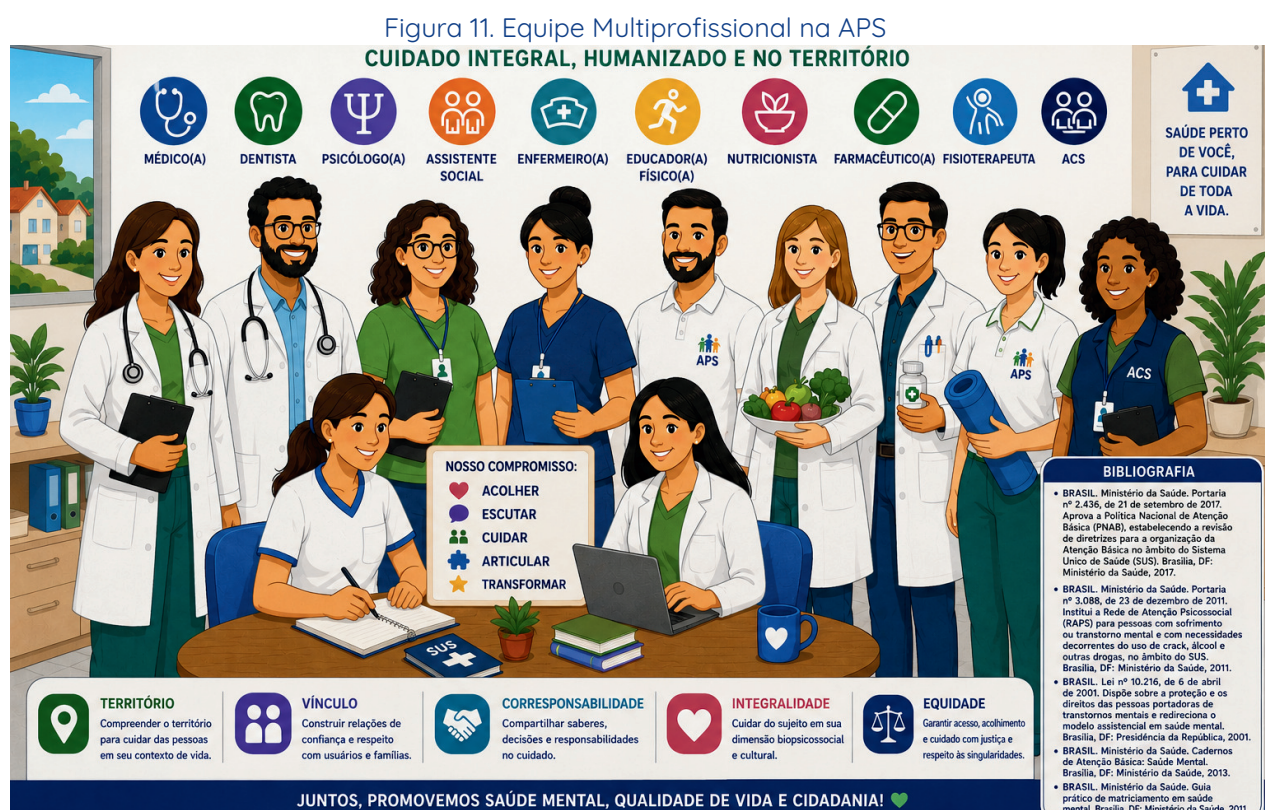
Construção Compartilhada do cuidado

Entre as principais responsabilidades da eMulti em relação à saúde mental destacam-se:

- realizar apoio matricial às equipes da APS, auxiliando na identificação, acolhimento e manejo dos casos de sofrimento psíquico;
- compartilhar a condução dos casos com as equipes de referência, evitando fragmentação do cuidado;
- participar da construção do PTS;
- desenvolver ações de promoção da saúde mental, prevenção de agravos e reabilitação psicossocial;
- realizar atendimentos individuais, compartilhados, familiares, domiciliares e em grupo;
- fortalecer o vínculo entre usuário, família e território;
- articular o cuidado com os serviços da RAPS, como CAPS, ambulatórios especializados, urgência e hospitais gerais;
- apoiar as equipes na condução de situações de crise em saúde mental;
- promover educação permanente para os profissionais da APS;
- contribuir para a integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Responsabilidade dos Profissionais da eMulti em Relação à Saúde Mental

As equipes multiprofissionais (eMulti) atuam de forma integrada à APS, compartilhando o cuidado em saúde mental com as ESF. Cada categoria profissional possui atribuições específicas, e todos os profissionais devem atuar sob os princípios da integralidade, interdisciplinaridade, territorialização e corresponsabilização do cuidado (BRASIL, 2023).



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada no caderno de Atenção Básica nº 34 e portaria nº3.088. de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011 e 2013); Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 e demais bibliografias mencionadas na figura.

Psicólogo

O psicólogo na eMulti atua no acolhimento, escuta qualificada, atendimentos individuais e grupais, apoio matricial às equipes da APS e construção do PTS. Também contribui para ações de promoção da saúde mental e prevenção do sofrimento psíquico. Segundo Dimenstein (2009), o trabalho do psicólogo na APS deve priorizar práticas territoriais, coletivas e interdisciplinares, superando o modelo exclusivamente clínico e individualizante.

“O psicólogo deve atuar na construção compartilhada do cuidado e no fortalecimento das redes sociais e comunitárias” (Dimenstein, 2009).

Assistente Social

O assistente social atua na identificação das vulnerabilidades sociais, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, articulação intersetorial e garantia de direitos sociais dos usuários em sofrimento psíquico.

De acordo com Miotto e Nogueira (2013): o Serviço Social na saúde mental possui papel fundamental na mediação entre usuário, família e políticas públicas, fortalecendo a cidadania e a inclusão social”.

Enfermeiro

O enfermeiro participa do acolhimento, acompanhamento longitudinal, manejo inicial de casos leves e moderados, educação em saúde e monitoramento de usuários em sofrimento mental. Também auxilia na articulação da rede de cuidado e no acompanhamento medicamentoso.

Conforme o Ministério da Saúde (2013), o enfermeiro na APS deve desenvolver ações de cuidado integral em saúde mental, incluindo prevenção, promoção e acompanhamento terapêutico.

Médico

O médico da APS atua na avaliação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, manejo de transtornos mentais comuns e compartilhamento do cuidado com os serviços especializados quando necessário.

Segundo Campos e Domitti (2007), o cuidado em saúde mental deve ocorrer de forma compartilhada entre profissionais, evitando a centralização das condutas médicas e fortalecendo a lógica do apoio matricial.

Terapeuta Ocupacional

O terapeuta ocupacional desenvolve intervenções voltadas à autonomia, reinserção social, atividades de vida diária, fortalecimento da participação social e reabilitação psicossocial. De acordo com Lancman (2008), a terapia ocupacional em saúde mental contribui para reconstrução dos vínculos sociais e ampliação das possibilidades de vida no território.

Fisioterapeuta

O fisioterapeuta atua na promoção da funcionalidade, manejo de sintomas físicos associados ao sofrimento psíquico, práticas corporais, relaxamento e incentivo ao autocuidado.

Segundo Bispo Júnior (2010), a atuação da fisioterapia na APS deve ocorrer de forma ampliada, interdisciplinar e voltada às necessidades integrais do sujeito.

Nutricionista

O nutricionista contribui na educação alimentar, manejo de transtornos alimentares, orientação nutricional relacionada ao uso de psicofármacos e promoção de hábitos saudáveis.

Conforme o Ministério da Saúde (2014), a alimentação adequada e saudável integra as estratégias de promoção da saúde mental e qualidade de vida.

Farmacêutico

O farmacêutico atua no acompanhamento farmacoterapêutico, orientação sobre uso racional de psicofármacos, adesão ao tratamento e prevenção de interações medicamentosas.

Segundo o Conselho Federal de Farmácia (2016), o cuidado farmacêutico em saúde mental fortalece a segurança terapêutica e o acompanhamento longitudinal dos usuários.

Profissional de Educação Física

O profissional de educação física desenvolve práticas corporais e atividades físicas que auxiliam na redução da ansiedade, depressão e estresse, promovendo socialização e bem-estar.

A Organização Mundial da Saúde destaca que a atividade física possui efeito protetor e terapêutico sobre a saúde mental (OMS, 2022).

Figura 12. Integração do Trabalho ESF/e-Multi na APS



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada no caderno de Atenção Básica nº 34 e portaria nº3.088. de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011 e 2013); Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção a Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

4.3 Encaminhamentos na Rede de Atenção Psicossocial

Os encaminhamentos na RAPS, não devem ser compreendidos apenas como transferência de responsabilidade entre serviços, mas como parte de um processo compartilhado de cuidado, envolvendo corresponsabilização, comunicação entre as equipes e construção de estratégias integradas. O encaminhamento adequado requer **avaliação clínica, psicossocial e contextual**, considerando a singularidade de cada usuário e sua rede de apoio (Brasil, 2013).

Encaminhamento para Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) constitui um serviço estratégico da RAPS destinado ao atendimento de pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistente, incluindo transtornos mentais graves e persistentes e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O encaminhamento ao CAPS é indicado quando o usuário apresenta sofrimento psíquico significativo que demanda acompanhamento multiprofissional contínuo, necessidade de atendimento intensivo ou semi-intensivo, crises recorrentes ou prejuízo importante no funcionamento social e familiar (Brasil, 2011).

Figura 13. CAPS como serviço da RAPS



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

O CAPS desempenha papel central na coordenação do cuidado em saúde mental, desenvolvendo atendimentos individuais, grupos terapêuticos, atendimento familiar, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e articulação com a rede intersetorial.

Encaminhamento para Ambulatório de Saúde Mental

Os ambulatórios de saúde mental destinam-se ao acompanhamento de usuários com transtornos mentais moderados e situações que demandam seguimento especializado, porém sem necessidade de acompanhamento intensivo característico dos CAPS. O encaminhamento pode ocorrer em casos de ansiedade, depressão, transtornos do humor, transtornos de personalidade estabilizados e outras condições que necessitem avaliação especializada e acompanhamento periódico (Brasil, 2015).

Figura 14. Ambulatório de saúde mental como dispositivo da RAPS



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Cadernos de Atenção Especializada n.11.

Os serviços ambulatoriais atuam de forma complementar aos demais pontos da rede, mantendo articulação com a **Atenção Primária à Saúde (APS)** e outros dispositivos da RAPS, contribuindo para a continuidade do cuidado e redução de internações desnecessárias.

Encaminhamento para Hospital Geral

O encaminhamento ao hospital geral ocorre principalmente em situações de urgência e emergência psiquiátrica ou quando há necessidade de cuidados clínicos associados. A Reforma Psiquiátrica brasileira preconiza a substituição do modelo hospitalocêntrico por serviços comunitários, reservando a internação hospitalar para situações específicas, como risco iminente de suicídio, heteroagressividade, episódios agudos graves, necessidade de estabilização clínica ou complicações associadas ao uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2001).

Figura 15. Hospital Geral como mecanismo de estabilização clínica para RAPS



Fonte: Ilustração elaborada por inteligência artificial para fins didáticos, baseada nas diretrizes do Ministério da Saúde sobre Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, 2026.

A internação deve ser realizada pelo menor tempo possível e integrada a um Projeto Terapêutico Singular (PTS), com planejamento de alta e articulação com os serviços territoriais, favorecendo a reinserção social e a continuidade do cuidado na rede.

4.4 Retorno e acompanhamento longitudinal na APS

A **longitudinalidade** do cuidado constitui um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo caracterizada pelo acompanhamento contínuo do usuário ao longo do tempo, independentemente da presença de doença específica ou da frequência de utilização dos serviços. Esse atributo envolve a construção de vínculos terapêuticos duradouros entre profissionais, usuários, famílias e comunidade, permitindo maior conhecimento sobre as necessidades individuais e favorecendo a integralidade da assistência (Starfield, 2002).

No contexto da saúde mental, o retorno e o acompanhamento longitudinal na APS assumem papel estratégico na identificação precoce de sinais e sintomas, monitoramento da evolução clínica, fortalecimento do vínculo terapêutico e coordenação do cuidado com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Figura 16. Retorno e a longitudinalidade na APS



Ilustração elaborada por inteligência artificial para fins didáticos, baseada em: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.34 - Saúde Mental. Brasília:Ministério da Saúde, 2013. Ministério da Saúde. Guia de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Brasília:Ministério da Saúde, 2022.

APS não deve limitar-se ao encaminhamento para serviços especializados; ao contrário, mantém a corresponsabilidade pelo acompanhamento dos usuários, inclusive daqueles assistidos por CAPS, ambulatórios especializados ou hospitais gerais (Brasil, 2013).

O retorno programado permite a reavaliação contínua das necessidades de saúde, acompanhamento da adesão terapêutica, manejo medicamentoso, identificação de situações de vulnerabilidade social e fortalecimento das estratégias de promoção e prevenção em saúde mental. Além disso, a continuidade da relação entre equipe e usuário favorece a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) mais efetivos, ampliando a autonomia e a participação ativa do indivíduo no seu processo de cuidado (Brasil, 2017).

Figura 17. Reavaliação contínua das necessidades de saúde na APS



Ilustração elaborada por inteligência artificial para fins didáticos, baseada em: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.34 - Saúde Mental. Brasília:Ministério da Saúde, 2013. Ministério da Saúde. Guia de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Brasília:Ministério da Saúde, 2022.

A continuidade do acompanhamento também está associada à redução de internações evitáveis, melhoria dos desfechos clínicos e maior satisfação dos usuários com os serviços de saúde. Dessa forma, a longitudinalidade ultrapassa a dimensão temporal do cuidado, constituindo-se como uma prática que promove vínculo, responsabilização e cuidado integral centrado na pessoa.

A efetividade do retorno e do acompanhamento longitudinal na APS, depende não apenas da continuidade do vínculo entre usuários e equipes de saúde, mas também da utilização de estratégias que permitam identificar necessidades, monitorar a evolução clínica e subsidiar a tomada de decisões ao longo do processo terapêutico. O acompanhamento contínuo possibilita compreender as mudanças nas condições de saúde, reconhecer fatores de risco e vulnerabilidades e ajustar as intervenções conforme as necessidades individuais de cada pessoa.

Nesse contexto, a utilização de instrumentos padronizados de avaliação e rastreamento torna-se um importante recurso para qualificar a prática assistencial. Essas ferramentas auxiliam os profissionais na identificação precoce de sofrimento psíquico, transtornos mentais comuns, uso problemático de substâncias, alterações cognitivas e situações de risco, fortalecendo o cuidado integral e a articulação com a RAPS.

Assim, conhecer os principais instrumentos utilizados na APS representa etapa fundamental para ampliar a resolutividade das equipes e favorecer intervenções mais oportunas e qualificadas em saúde mental.

5. PRINCIPAIS INSTRUMENTOS NA APS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A APS desempenha papel central no cuidado em saúde mental, sendo responsável pelo acompanhamento contínuo, pela construção de vínculos e pela coordenação do cuidado ao longo do tempo. Para qualificar esse processo, são utilizadas diferentes estratégias e recursos assistenciais que auxiliam na identificação das necessidades dos usuários, no planejamento das intervenções e no acompanhamento da evolução clínica e psicossocial.

Figura 18. Ilustração dos principais instrumentos e abordagens na APS

Ferramentas e estratégias que fortalecem o vínculo, qualificam a avaliação e promovem um cuidado integral, humanizado e longitudinal.



Fonte: Ilustração elaborada por inteligência artificial para fins didáticos, baseada em Brasil (2013; 2022) e WHO (2018).

5.1 Acolhimento

O acolhimento consiste na escuta qualificada das demandas do usuário, reconhecendo suas necessidades de saúde mental e promovendo acesso humanizado ao cuidado. Segundo o Ministério da Saúde:

“O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, garantindo escuta, vínculo e responsabilização” (BRASIL, 2013).

O acolhimento permite identificar sofrimento psíquico, situações de crise, risco de suicídio e necessidades de encaminhamento.

Figura 19. Acolhimento na APS



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT e baseada no caderno de Atenção Básica nº 34 e portaria nº3.088. de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011 e 2013).

A postura ética da Recepção

O acolhimento na saúde mental não se restringe a uma recepção administrativa. Ele é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que pressupõe a escuta de todos que procuram o serviço, sem exclusão.

Diferencial Clínico: Diferencia-se da triagem porque não busca classificar para excluir, mas sim para dar a resposta mais adequada (seja o atendimento imediato, o agendamento ou a articulação com outro ponto da rede).

Na Prática: Deve ocorrer em todos os momentos do contato do usuário com a equipe, do agente comunitário à recepção e ao consultório.

A equipe deve estar preparada para suportar o silêncio, o choro e a angústia. O objetivo é que o usuário saia do primeiro contato com um plano de cuidado, e não apenas com uma ficha de espera.

5.2 VÍNCULO: A clínica do afeto

O vínculo é o "contrato" invisível entre profissional e usuário. Na APS, ele é facilitado pela proximidade geográfica.

Atuação da e-Multi - construção compartilhada do cuidado

O vínculo permite a corresponsabilização. Quando o usuário confia na equipe, a adesão ao PTS é significativamente maior. A longitudinalidade garante que a equipe conheça as crises anteriores, os gatilhos e as potências do sujeito ao longo do tempo.

Estratégias como a visita domiciliar e o acompanhamento pelo ACS são fundamentais para manter o **vínculo ativo**, especialmente em períodos de estabilidade, prevenindo recaídas.

5.3 Escuta Qualificada

A escuta qualificada é um instrumento fundamental para compreensão das dimensões subjetivas, sociais e familiares do sofrimento mental.

Conforme Paulo Amarante, “o cuidado em saúde mental deve valorizar o sujeito em sua singularidade e contexto social, superando práticas exclusivamente medicalizantes”.

Figura 20. Escuta Qualificada na APS
BASE PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL



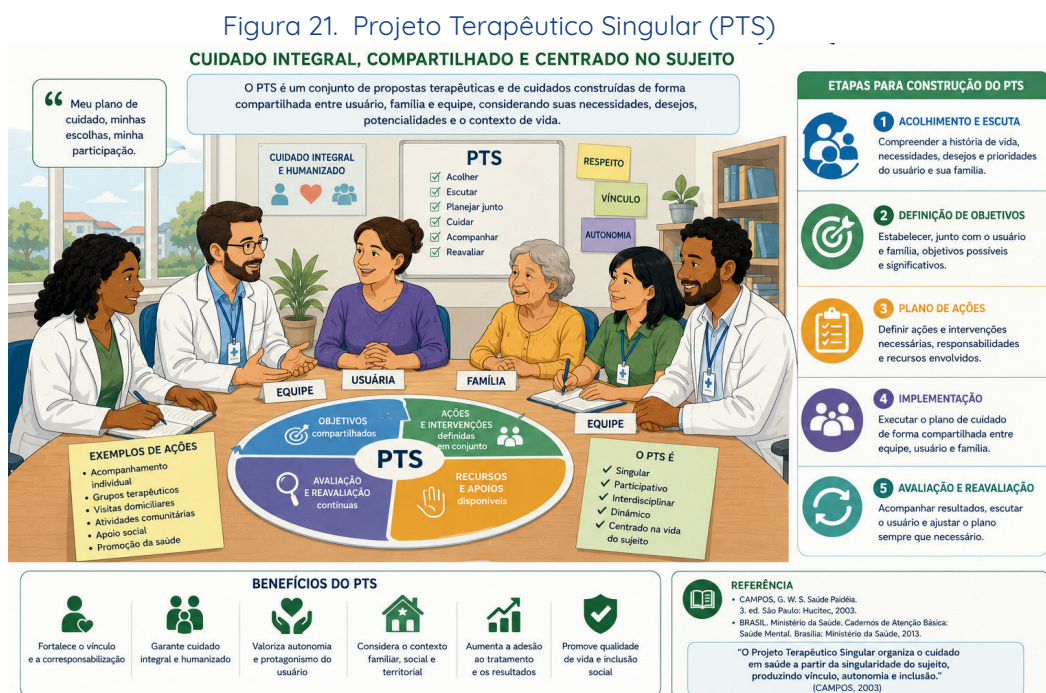
Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada em: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013; Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS): Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde 2010; Campos, G.W.S; Domitti, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23 n.2 p.399-407, 2007.

5.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS é um conjunto de propostas terapêuticas construídas coletivamente entre equipe, usuário e família, considerando necessidades clínicas, sociais e subjetivas. Segundo Campos (2003):

“O Projeto Terapêutico Singular organiza intervenções compartilhadas e interdisciplinares voltadas à integralidade do cuidado.”

O PTS favorece corresponsabilização entre profissionais e participação ativa do usuário.



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT, utilizando-se das referências mencionadas na figura.

O PTS é uma ferramenta essencial e dinâmica na prática da equipe multiprofissional em saúde. Trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, articuladas e construídas de forma interdisciplinar e coletiva, que visam atender às necessidades de um indivíduo ou de um grupo específico.

Diferente de um protocolo de tratamento rígido, o PTS é uma abordagem que centraliza o diálogo entre a equipe de saúde, o usuário e sua família.

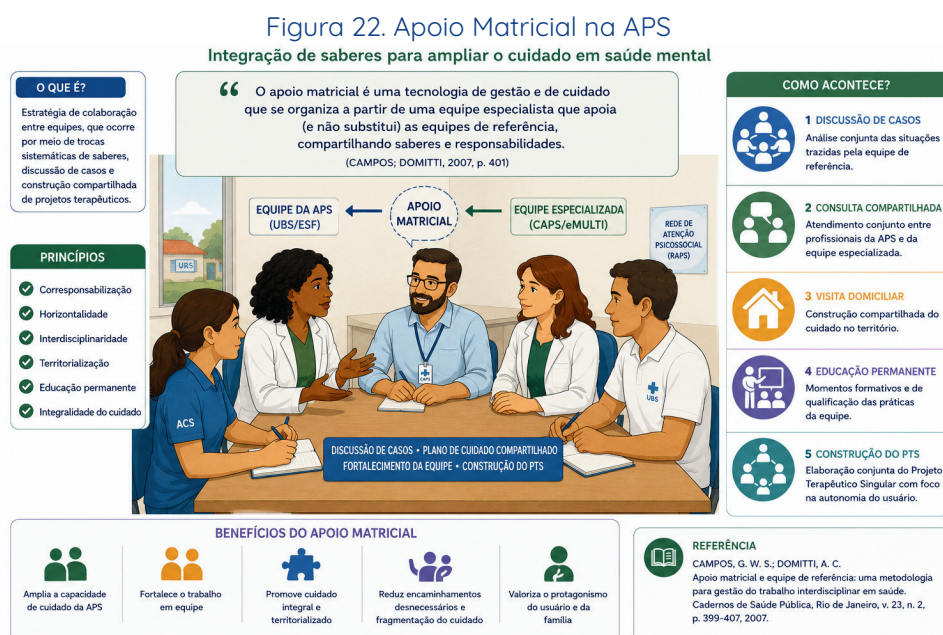
5.5 Apoio Matricial na APS

O apoio matricial é uma metodologia de trabalho colaborativo entre equipes da APS e profissionais especializados da saúde mental, especialmente CAPS e eMulti. Conforme Gastão Wagner de Sousa Campos e Domitti (2007):

“O apoio matricial amplia a capacidade resolutiva das equipes por meio da construção compartilhada do cuidado.”

O matriciamento pode ocorrer por:

- discussões de caso;
- consulta/atendimentos compartilhados;
- visitas domiciliares;
- Educação Permanente em Saúde (EPS);
- construção do PTS.



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT, utilizando-se das referências mencionadas na figura.

O **matriciamento, ou apoio matricial**, diferente do modelo tradicional de encaminhamentos hierárquicos, visa atenuar os efeitos burocráticos e estáticos do sistema de saúde.

Na APS, a ESF funciona como a equipe de referência, enquanto a e-Multi atua como a equipe de apoio matricial. Essa relação tem como objetivo principal ampliar as possibilidades de realizar uma clínica mais abrangente e promover a integração entre diferentes especialidades.

5.6 Visita Domiciliar

A visita domiciliar permite compreender o contexto familiar, social e territorial do usuário em sofrimento psíquico. Segundo o Ministério da Saúde (2012), esse instrumento fortalece vínculo, adesão ao tratamento e acompanhamento longitudinal.

Nos casos de saúde mental, a visita domiciliar deve ser feita, especialmente quando houver:

- usuários em crise;
- dificuldades de acesso;
- vulnerabilidade social;
- abandono de tratamento;
- pessoas acamadas ou isoladas socialmente.

Figura 23. Visita Domiciliar na APS



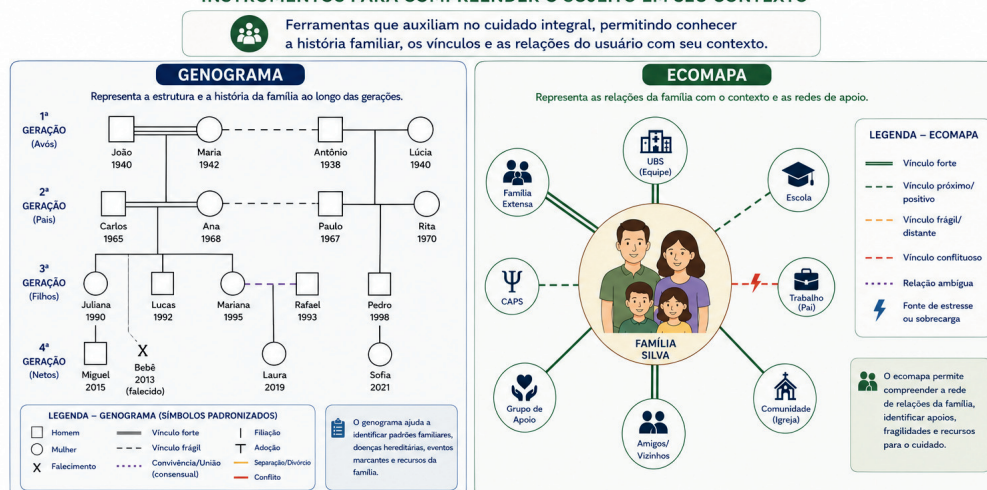
Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada em Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Atenção Domiciliar n.33. Brasília:Ministério da Saúde, 2012.

5.7 Genograma e Ecomapa

Esses instrumentos auxiliam na compreensão dos vínculos familiares, fatores de proteção e vulnerabilidades psicossociais.

Segundo Wright e Leahey (2012), essas ferramentas favorecem avaliação ampliada e planejamento do cuidado familiar.

Figura 24. Genograma e Ecomapa na APS
INSTRUMENTOS PARA COMPREENDER O SUJEITO EM SEU CONTEXTO



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada em Wright, L. M.; Leahey, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção da família. 5ed. São Paulo: Roca, 2012; McGoldrick, M.; Gerson, R.; Petry, S. Genogramas: avaliação e intervenção familiar. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2026

O **genograma** é a Cartografia das Relações Familiares. constitui-se numa representação gráfica, que organiza informações sobre a família de uma pessoa ao longo de pelo menos três gerações. Utiliza símbolos padronizados (quadrados para homens, círculos para mulheres, linhas duplas para vínculos fortes, linhas tracejadas para vínculos frágeis, etc.). É uma ferramenta de diagnóstico vivo que ajuda o usuário a compreender sua própria história transgeracional.

Diferente da árvore genealógica, o genograma mapeia padrões de repetição (ex: alcoolismo recorrente, suicídios na família, padrões de abuso). Permite visualizar alianças, rupturas e segredos familiares que sustentam o sintoma do paciente.

ECOMAPA ajuda a identificar os recursos e apoios disponíveis para a família, bem como as áreas de estresse e conflito. Ele utiliza linhas para simbolizar a qualidade dessas conexões: linhas sólidas representam relações fortes, linhas pontilhadas indicam relações frágeis e linhas serrilhadas mostram relações de conflito.

5.8 Clínica Ampliada

A clínica ampliada propõe olhar integral sobre o sujeito, considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. De acordo com o Ministério da Saúde:

“A clínica ampliada busca integrar diferentes saberes e produzir cuidado compartilhado” (BRASIL, 2009).

Figura 25. Clínica Ampliada na APS



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada em Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Cadernos de Atenção Básica: Atenção Domiciliar n.39. Brasília:Ministério da Saúde, 2014.

A clínica ampliada é um instrumento que fortalece práticas interdisciplinares e humanizadas.

5.9 Grupos Terapêuticos e Oficinas

Os **grupos terapêuticos** promovem troca de experiências, fortalecimento de vínculos e apoio coletivo. Exemplos que podem envolver **oficinas terapêuticas**:

- arte;
- música;
- atividades corporais;
- práticas integrativas;
- educação em saúde.



Segundo Yasui (2010), os grupos fortalecem autonomia e reabilitação psicossocial no território.

5.10 Escalas e Instrumentos de Rastreamento

As equipes da APS podem utilizar instrumentos padronizados para o rastreio e acompanhamento em saúde mental. Citamos algumas sugestões que não são prerrogativas de uma só profissão e, que podem contribuir como ferramentas importantes, no trabalho das equipes:

- PHQ-9 (depressão) (anexo 1);
- GAD-7 (ansiedade) (anexo 2);
- ASSIST (uso de álcool e drogas) (anexo 3);
- CAGE (anexo 4);
- Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (anexo 5);
- Escala de risco de suicídio(anexo 6);
- Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (anexo 7).

Obs. São instrumentos complementares, que podem auxiliar na identificação precoce e no monitoramento clínico. Desta forma, não devem ser utilizados como únicas referências para fechamento de diagnósticos.



5.11 Mobilização Social: a Saúde Mental para além do consultório

A mobilização social na RAPS é o instrumento que operacionaliza a Reforma Psiquiátrica Brasileira no cotidiano do território. Ela se baseia na premissa de que a saúde mental não se produz apenas com fármacos ou psicoterapia, mas através da reconstrução dos laços sociais e da ocupação dos espaços públicos.

Para a mobilização social, o território não é apenas um mapa geográfico ou uma área de abrangência da UBS; é um **território vivo**, composto por redes de afeto, conflitos, cultura e trocas econômicas. Mobilizar significa identificar as potências desse território (centros comunitários, igrejas, escolas, associações de bairro) e integrá-las ao cuidado.

A mobilização tem por objetivo:

Combate ao estigma: A presença do usuário de saúde mental na praça, na feira ou no conselho de saúde humaniza o sofrimento e rompe com o preconceito da "periculosidade" ou "incapacidade".

Protagonismo e Autonomia: Estimular que os usuários e seus familiares tenham voz ativa. A mobilização promove o "empoderamento", onde o indivíduo passa a entender que sua condição de saúde não anula seus direitos políticos e civis.

Fortalecimento do Controle Social: Incentivar a participação dos usuários nos Conselhos Locais e Municipais de Saúde para que possam pautar as políticas públicas de acordo com suas necessidades reais.



Podem ser consideradas ferramentas práticas de mobilização na APS:

- assembleias de usuários e familiares;
- grupos de geração de renda e economia solidária;
- eventos de visibilidade.



O profissional da APS, ao mobilizar, atua como um "articulador de redes". Ele deve transitar entre o saber clínico e o saber popular, sendo capaz de identificar que, para um determinado usuário, a participação em um grupo de capoeira no bairro pode ter um efeito terapêutico tão relevante quanto o ajuste da dosagem medicamentosa.

6. PRÁTICA DO CUIDADO NA APS



6.1 Estudo de caso ilustrativo



Apresentação do caso

Usuário: Sr. Antenor, 62 anos, aposentado.

Contexto: Procura a UBS com queixas recorrentes de insônia, palpitação e "nervosismo". Já passou por três consultas médicas no último semestre, saindo sempre com prescrição de benzodiazepínicos (ansiolíticos), sem melhora do quadro.

Aplicação dos instrumentos

A Ativação do Instrumento: No último atendimento, a enfermeira da equipe realiza um acolhimento diferenciado. Em vez de focar apenas no sintoma físico, utiliza a **Escuta Qualificada**. Sr. Antenor revela que o "aperto no peito" piora ao entardecer, desde que seu filho mais novo se envolveu com uso problemático de substâncias e foi detido.

A equipe de Saúde da Família decide realizar uma visita domiciliar para aplicar ferramentas de mapeamento sistêmico:

- **Genograma:** Revela um padrão transgeracional de alcoolismo na família e uma ruptura profunda de comunicação entre o Sr. Antenor e sua esposa após a prisão do filho.
- **Ecomapa:** Demonstra que o Sr. Antenor se afastou do grupo de idosos da igreja por vergonha (estigma), perdendo sua única rede de apoio social. Sua única conexão forte no momento é a própria UBS.

Construção do PTS

Diante da complexidade e do risco de medicalização excessiva, a equipe convoca uma reunião para elaborar o PTS do Sr. Antenor.

Para qualificar a conduta, a equipe solicita um apoio matricial com o psicólogo do CAPS do município.

Deliberações do PTS

- 1.Eixo Clínico: Desmame gradual do benzodiazepínico e introdução de práticas integrativas (auriculoterapia na UBS) e psicoterapia.
- 2.Eixo Subjetivo: Consultas mensais de Vínculo com a enfermeira para monitoramento do luto e da ansiedade.

Eixo Social: Articulação com o CRAS para suporte jurídico e social à família devido à situação do filho.

Como parte do PTS, a equipe utiliza a **Mobilização Social**. O ACS convida o Sr. Antenor para ajudar na organização da horta comunitária do bairro.

Resultados: Ao ocupar o espaço público e sentir-se útil, o Sr. Antenor retoma o contato com vizinhos e reduz o isolamento. A horta funciona como um dispositivo de Reabilitação Psicossocial.

Após seis meses, Sr. Antenor apresenta melhora significativa do sono e da autoconfiança. A APS atuou como ordenadora: não "mandou o problema" para o CAPS, mas trouxe o saber do CAPS para dentro da UBS, mantendo a responsabilidade sobre o usuário no seu território de vida.

Por que este caso foi bem-sucedido?



- **Superou a Fragmentação:** O olhar não foi apenas para a insônia (biólogico), mas para a família e a sociedade.



- **Evitou a Patologização:** Entendeu-se que o sofrimento era uma resposta a um contexto de vida difícil, que exigia suporte social e não apenas químico.



- **Fortaleceu a Autonomia:** O Sr. Antenor deixou de ser um "paciente que pede remédio" para ser um "colaborador da horta comunitária".

7. REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO CUIDADO

7.1 Reabilitação psicossocial

Conceito

A reabilitação psicossocial não é um "estágio final" do tratamento, mas uma diretriz ética que deve permear todas as ações desde o primeiro acolhimento. Ela se fundamenta no conceito de Contratualidade Social (Saraceno, 1996), que define a saúde mental pela capacidade do sujeito de realizar trocas: de afetos, de bens, de palavras e de direitos.

Tripé da reabilitação

OS TRÊS EIXOS DA REABILITAÇÃO (O TRIPÉ DE SARACENO)

Para que a reabilitação seja efetiva na Atenção Primária, a equipe deve atuar em três frentes simultâneas:

1. Casa (Habitar): Refere-se à dimensão do morar. Reabilitar é garantir que o sujeito tenha um espaço de privacidade e pertencimento, rompendo com a lógica do isolamento hospitalar ou do abandono doméstico.
2. Rede Social (Socializar): Foca na reconstrução dos laços comunitários. O objetivo é que o usuário deixe de circular apenas entre a UBS e sua casa, passando a ocupar praças, igrejas, clubes e associações.
3. Trabalho (Troca de Valor): O trabalho aqui é visto como produção de sentido e valor social, e não apenas como ocupação do tempo. Inclui estratégias de economia solidária, cooperativas e oficinas de geração de renda.

A reabilitação psicossocial é indissociável da Territorialização. O território é o cenário onde a vida se produz; portanto, é nele que a reabilitação acontece.

Diferente do modelo asilar, que isola para "tratar", a RAPS entende que **a liberdade é condição fundamental para a saúde**. O convívio social, com todos os seus desafios, é o que permite ao sujeito desenvolver novas estratégias de enfrentamento.

A reabilitação não se faz apenas com profissionais da saúde. Ela exige a Intersetorialidade, ou seja, a articulação da UBS com outros setores, como, por exemplo: a Assistência Social (CRAS/CREAS), a Educação e a Cultura e Lazer.

A reabilitação efetiva exige que o PTS seja focado na vida do sujeito, e não apenas na remissão de sintomas. A superação da fragmentação ocorre quando a equipe da APS entende que "dar alta" do CAPS não significa encerrar o cuidado, mas sim integrar o usuário de forma plena em sua comunidade, sob a supervisão atenta e cuidadosa da Estratégia Saúde da Família.

7.2 Continuidade do cuidado

A continuidade do cuidado em saúde mental na APS refere-se ao acompanhamento permanente, articulado e integral das pessoas em sofrimento psíquico ao longo do tempo, considerando suas necessidades biopsicossociais, familiares e comunitárias. Trata-se de um dos princípios fundamentais da APS e um elemento essencial para a efetivação do cuidado na RAPS.

Acompanhamento longitudinal na reabilitação psicossocial

O acompanhamento longitudinal é uma das principais características da APS e refere-se ao seguimento contínuo do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde (STARFIELD, 2002). Em saúde mental, esse acompanhamento é fundamental para garantir cuidado integral, vínculo terapêutico, prevenção de crises e continuidade da assistência (BRASIL, 2013).

A longitudinalidade permite que os profissionais conheçam profundamente a história de vida, o contexto familiar, social, cultural e emocional dos usuários, possibilitando intervenções mais humanizadas e adequadas às necessidades individuais. Diferentemente de atendimentos pontuais e fragmentados, o acompanhamento longitudinal favorece uma relação contínua entre equipe e usuário, fortalecendo a confiança e a corresponsabilização no cuidado (BRASIL, 2017).

O acompanhamento longitudinal em saúde mental envolve acolhimento contínuo, escuta qualificada, visitas domiciliares, acompanhamento familiar, grupos terapêuticos, construção e revisão do PTS, busca ativa de usuários em abandono de cuidado, articulação intersetorial e apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Além disso, a longitudinalidade fortalece a coordenação do cuidado, permitindo que a APS organize fluxos, acompanhe encaminhamentos e mantenha a referência do usuário dentro da rede de atenção, promovendo maior integralidade e resolutividade do cuidado (CECÍLIO, 2009).

Benefícios do acompanhamento longitudinal

- Fortalecimento do vínculo terapêutico;
- Maior adesão ao cuidado;
- Integralidade da atenção;
- Redução da fragmentação do cuidado;
- Identificação precoce de riscos;
- Melhora da qualidade de vida;
- Ampliação da autonomia e participação do usuário;
- Redução de hospitalizações evitáveis.

Papel da APS na reabilitação psicossocial

A APS desempenha papel essencial na reabilitação psicossocial e na reintegração do cuidado das pessoas em sofrimento mental, atuando de forma territorial, contínua e integrada à RAPS. Seu trabalho busca promover autonomia, inclusão social, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e melhoria da qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2013).

A reabilitação psicossocial em saúde mental vai além da redução de sintomas ou do uso de medicamentos. Trata-se de um processo que visa reconstruir a participação social, a autonomia e a capacidade do indivíduo de exercer sua cidadania, considerando suas potencialidades, desejos e contexto de vida (AMARANTE, 2017).

A APS também contribui para reduzir o estigma relacionado ao sofrimento psíquico, promovendo cuidado humanizado e inclusão social no território. O trabalho comunitário fortalece redes de apoio e amplia as possibilidades de participação social dos usuários (CECÍLIO, 2009).

Se a Atenção Primária encaminha e se desresponsabiliza, ela não está ordenando, está fragmentando.

VAMOS REFLETIR:

Como sua equipe (ESF/ESB/e-MULTI) tem acompanhado os usuários que são encaminhados e retornam de uma internação em leitos de saúde mental ou de um atendimento no CAPS?

7.3 Intersetorialidade na reabilitação psicossocial

A intersectorialidade é a articulação de saberes e práticas entre diferentes setores das políticas públicas.

Saúde: na APS, as equipes (e-Multi/ESF) devem atuar como articuladores de redes. O encaminhamento não deve ser um "descarte" do paciente. A APS deve acompanhar o percurso do usuário no CAPS ou no hospital geral e estar pronta para acolhê-lo no retorno. Os instrumentos como o prontuário compartilhado, reuniões de rede e contatos telefônicos entre equipes são essenciais para que as informações não se percam. E, portanto, todos os pontos da rede são responsáveis pelo usuário. Se um paciente falta à consulta no CAPS, a UBS (que está no território) deve ser informada para realizar a busca ativa via ACS.

Assistência Social (SUAS): O diálogo com o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e o CREAS é vital para usuários em situação de vulnerabilidade extrema, insegurança alimentar ou violação de direitos. O cuidado em saúde mental é ineficaz se o usuário não tem o que comer ou onde morar.

Educação: Especialmente importante no cuidado de crianças e adolescentes. A escola é um dos principais pontos de detecção de sofrimento psíquico e um parceiro essencial na inclusão social.

Justiça e Direitos Humanos: Articulação necessária para usuários que sofrem estigma, internações compulsórias indevidas ou que necessitam de apoio jurídico para garantia de benefícios (BPC).

Figura 26. Intersetorialidade na Reabilitação Psicossocial



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada em: Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n.34 . Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013; Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília:Ministério da Saúde, 2017; Amarante, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017; Campos, G.W.S; Domitti, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23 n.2 p.399-407, 2007.

7.4 Cuidado no território e em liberdade

O cuidado no território e em liberdade constitui um dos principais fundamentos da atenção psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esse modelo propõe a superação das práticas manicomiais centradas no isolamento e na institucionalização, priorizando o cuidado comunitário, humanizado e territorializado das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2017).

O território deve ser compreendido não apenas como espaço geográfico, mas como o local onde se desenvolvem relações sociais, culturais, familiares e comunitárias dos sujeitos. Assim, cuidar no território significa reconhecer a vida cotidiana das pessoas, seus vínculos, redes de apoio, modos de viver e potencialidades, construindo intervenções articuladas com a realidade social de cada usuário (BRASIL, 2013).

Segundo Amarante (2017), o cuidado em liberdade representa um princípio ético e político da atenção psicossocial, baseado na defesa dos direitos humanos, da cidadania e da inclusão social. Nesse modelo, o sujeito deixa de ser visto apenas pela doença e passa a ser reconhecido em sua singularidade, autonomia e capacidade de participação social.

O cuidado em liberdade envolve diferentes estratégias, como:

- acompanhamento territorial;
- visitas domiciliares;
- grupos terapêuticos;
- apoio matricial;
- construção do PTS;
- articulação intersetorial;
- fortalecimento das redes sociais e familiares;
- inclusão em atividades comunitárias, educacionais e laborais.

Figura 27. Estratégias para um cuidado territorial, integral e humanizado



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com auxílio da ferramenta da IAG ChatGPT. Baseada em: Amarante, P. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2017; Basaglia, F.A Intuição negada. Rio de Janeiro:Graal, 1985; Campos, G.W.S; Dominiotti, A.C. Apoio matricial a equipe de referencia uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23 n.2, p. 399-407, 2007.

7.5 Superação da fragmentação do cuidado

A ativação da Linha de Cuidado em Saúde Mental pressupõe a construção de práticas articuladas e integradas entre os diferentes pontos da RAPS, superando modelos fragmentados e centrados apenas em atendimentos isolados. Nesse contexto, o cuidado em saúde mental somente se torna efetivo quando ultrapassa os limites físicos da UBS e passa a considerar o território, os vínculos familiares, sociais e comunitários do usuário.

A APS, por sua proximidade com a comunidade, possui papel estratégico na coordenação desse cuidado, articulando ações interdisciplinares e intersetoriais voltadas à promoção da autonomia, inclusão social e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013).

A fragmentação do cuidado, caracterizada pela ausência de comunicação entre profissionais, serviços e setores, representa um dos principais obstáculos para a efetivação da atenção integral em saúde mental. Muitas vezes, cada serviço realiza intervenções de forma isolada, sem compartilhamento de informações, corresponsabilização ou construção conjunta do PTS. Esse modelo dificulta a continuidade do cuidado, fragiliza os vínculos e pode contribuir para repetidas internações, abandono do tratamento e cronificação do sofrimento psíquico.

Para superar essa lógica fragmentada, torna-se essencial fortalecer dispositivos como o apoio matricial, as reuniões intersetoriais, a clínica ampliada e o trabalho em rede, favorecendo a construção compartilhada do cuidado entre APS, CAPS, assistência social, educação e demais serviços do território (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Além disso, a reabilitação psicossocial não se limita ao controle de sintomas, mas envolve a ampliação da participação social, do acesso ao trabalho, à cultura, à educação e à convivência comunitária. Nessa perspectiva, o cuidado em liberdade constitui um princípio fundamental da Reforma Psiquiátrica Brasileira, defendendo práticas territorializadas, humanizadas e centradas na singularidade do sujeito. Assim, a Linha de Cuidado em Saúde Mental deve ser compreendida como um processo contínuo de articulação entre serviços, profissionais, usuários e comunidade, promovendo integralidade, corresponsabilização e cuidado longitudinal (AMARANTE, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ativação da Linha de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde vai além da organização de fluxos e protocolos. Ela requer o fortalecimento de uma cultura de cuidado baseada no acolhimento, na corresponsabilização e na defesa da vida.

Ao longo desta obra, evidencia-se que o sofrimento psíquico não pode ser compreendido de forma isolada ou fragmentada, mas como expressão de múltiplas dimensões que atravessam a experiência humana: biológicas, sociais, culturais, familiares e territoriais.

Nesse contexto, superar a fragmentação do cuidado significa reconhecer que nenhum profissional, serviço ou política pública atua de forma suficiente quando isoladamente. A integralidade do cuidado em saúde mental depende da articulação permanente entre equipes multiprofissionais, serviços da rede, famílias, comunidade e políticas intersetoriais.

Assim, a Atenção Primária à Saúde consolida-se como espaço estratégico para a construção de vínculos, identificação de vulnerabilidades, acompanhamento longitudinal dos usuários e coordenação do cuidado no território, fortalecendo práticas humanizadas, integrais e centradas nas necessidades das pessoas.

Que a Linha de Cuidado, na prática cotidiana dos serviços de saúde, seja compreendida não apenas como um instrumento organizacional, mas como um compromisso ético com a dignidade humana, a autonomia, a cidadania e o direito ao cuidado integral, humanizado e em liberdade.

“O verdadeiro êxito da rede não se mede pelo número de encaminhamentos feitos, mas pela força dos vínculos que somos capazes de sustentar. Que ao fechar este material, possamos enxergar para além do diagnóstico, reconhecendo no outro um cidadão que, como todos nós, busca o direito de pertencer, de ser ouvido e de ser autor da própria história”.

Cássia Cunico

Luciano Fiorentin

Ian Jacques de Souza

Elise G. Trenhago

Cleonice Simon

Angelica P. Neves

Pedro Henrique Favero Cetolin

Lediane P. Trissoldi

Arlete Reichert

Maria Eduarda Barp

“ Por fim, ativar a Linha de Cuidado em Saúde Mental é, acima de tudo, um ato de resistência contra o isolamento. Que este material possa auxiliar para que o cuidado nunca se encerre em quatro paredes, mas se multiplique nas esquinas, nos encontros, na liberdade do território e na vida. Afinal, a saúde mental não é a ausência de conflito, mas a presença de caminhos para percorrê-lo com dignidade”.

Sirlei Favero Cetolin.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1627-1636, 2010.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1 e 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 34: saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Intersetorialidade na Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 6 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui as equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. intervenção na família.

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, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade. Brasília, DF: CFF, 2016.

DIMENSTEIN, Magda. O psicólogo nas políticas públicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estudos de Psicologia, Natal, v. 14, n. 1, p. 95-103, 2009.

LANCMAN, Selma. Saúde mental e trabalho: repensando a ação em terapia ocupacional. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e saúde mental: desafios atuais. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 114, p. 273-295, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2022.

PITTA, Ana Maria (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde mental. Florianópolis: SES/SC; COSEMS/SC, 2022.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Estratificação e classificação de risco em saúde mental. São Paulo: SMS, 2023.

SARACENO, Benedetto. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1996.

SMS CUBATÃO. Secretaria Municipal de Saúde. Classificação de risco em saúde mental. Cubatão: SMS, 2022.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.



ANEXO 1

PHQ-9 – Questionário de Saúde do Paciente (Depressão)

O PHQ-9 é um instrumento utilizado para **rastreamento e avaliação da gravidade dos sintomas depressivos**. As respostas devem considerar as últimas duas semanas.

Com que frequência os problemas abaixo incomodaram você nas últimas 2 semanas.

Perguntas	Nenhuma vez (0)	Vários dias (1)	Mais da metade dos dias (2)	Quase todos os dias (3)
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas.	()	()	()	()
2. Sentir-se para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva.	()	()	()	()
3. Dificuldade para pegar no sono, continuar dormindo ou dormir demais.	()	()	()	()
4. Sentir-se cansado(a) ou com pouca energia.	()	()	()	()
5. Falta de apetite ou comer demais.	()	()	()	()
6. Sentir-se mal consigo mesmo(a) — ou achar que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a si mesmo(a).	()	()	()	()
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.	()	()	()	()
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto de outras pessoas perceberem; ou o oposto — estar tão agitado(a) ou inquieto(a) que fica andando de um lado para o outro mais do que de costume.	()	()	()	()
9. Pensamentos de que seria melhor estar morto(a) ou de ferir a si mesmo(a) de alguma maneira.	()	()	()	()

Interpretação da Pontuação

0–4: Depressão mínima

5–9: Depressão leve

10–14: Depressão moderada

15–19: Depressão moderadamente grave

20–27: Depressão grave

Referências

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

ANEXO 2

GAD-7 – Escala de Ansiedade Generalizada

O GAD-7 é um instrumento utilizado para rastreamento e avaliação da gravidade dos sintomas de ansiedade generalizada. As respostas devem considerar as últimas duas semanas.

Instruções

Com que frequência os problemas abaixo incomodaram você nas últimas 2 semanas.

Perguntas	Nenhuma vez (0)	Vários dias (1)	Mais da metade dos dias (2)	Quase todos os dias (3)
1. Sentir-se nervoso(a), ansioso(a) ou muito tenso(a).	()	()	()	()
2. Não conseguir parar ou controlar as preocupações.	()	()	()	()
3. Preocupar-se demais com diferentes coisas.	()	()	()	()
4. Dificuldade para relaxar.	()	()	()	()
5. Ficar tão inquieto(a) que é difícil permanecer parado(a).	()	()	()	()
6. Ficar facilmente aborrecido(a) ou irritado(a).	()	()	()	()
7. Sentir medo como se algo terrível pudesse acontecer.	()	()	()	()

Interpretação da Pontuação

- 0–4: Ansiedade mínima
- 5–9: Ansiedade leve
- 10–14: Ansiedade moderada
- 15–21: Ansiedade grave

Referências

SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. B. W.; LÖWE, B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, v. 166, n. 10, p. 1092–1097, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

ANEXO 3

ASSIST – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

O ASSIST é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para rastreamento do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas.

Substâncias Investigadas

Tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, cocaína/crack, anfetaminas/ecstasy, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opiáceos e outras drogas.

Questionário ASSIST

Perguntas	Opções de Resposta
1. Na sua vida, quais dessas substâncias você já usou?	() Nunca () Uma ou duas vezes () Mensalmente () Semanalmente () Diariamente
2. Durante os últimos 3 meses, com que frequência você utilizou essas substâncias?	() Nunca () 1 ou 2 vezes () Mensalmente () Semanalmente () Diariamente ou quase diariamente
3. Durante os últimos 3 meses, com que frequência você teve forte desejo ou urgência em consumir essas substâncias?	() Nunca () 1 ou 2 vezes () Mensalmente () Semanalmente () Diariamente ou quase diariamente
4. Durante os últimos 3 meses, com que frequência o uso dessas substâncias resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?	() Nunca () 1 ou 2 vezes () Mensalmente () Semanalmente () Diariamente ou quase diariamente
5. Durante os últimos 3 meses, com que frequência você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso dessas substâncias?	() Nunca () 1 ou 2 vezes () Mensalmente () Semanalmente () Diariamente ou quase diariamente
6. Algum amigo, familiar ou outra pessoa já demonstrou preocupação com seu uso de substâncias?	() Não, nunca () Sim, mas não nos últimos 3 meses () Sim, nos últimos 3 meses
7. Você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso dessas substâncias e não conseguiu?	() Não, nunca () Sim, mas não nos últimos 3 meses () Sim, nos últimos 3 meses
8. Você já usou drogas por injeção?	() Não, nunca () Sim, há mais de 3 meses () Sim, nos últimos 3 meses

Interpretação

- 0–3 pontos: Uso ocasional – intervenção mínima.
- 4–26 pontos: Uso de risco – intervenção breve.
- 27 pontos ou mais: Possível dependência – encaminhamento especializado.

Referências

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: WHO, 2010.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Revista da Associação Médica Brasileira, v. 50, n. 2, p. 199–206, 2004.

ANEXO 4

CAGE – Instrumento de Rastreamento para Uso de Álcool

O CAGE é um instrumento breve utilizado para identificar possíveis problemas relacionados ao uso de álcool. O nome CAGE deriva das iniciais em inglês das quatro perguntas do instrumento.

Instruções

Responda às perguntas abaixo considerando sua relação com o consumo de bebidas alcoólicas.

Pergunta	Sim	Não
1. Você já sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	()	()
2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	()	()
3. Você se sente culpado(a) pela maneira como costuma beber?	()	()
4. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca (abrir os olhos)?	()	()

Interpretação

- Cada resposta “Sim” equivale a 1 ponto.
- Pontuação igual ou maior que 2 sugere possível problema relacionado ao uso de álcool.
- O instrumento não substitui avaliação clínica especializada.

Referências

EWING, J. A. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA, v. 252, n. 14, p. 1905–1907, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

ANEXO 5

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um instrumento utilizado para avaliação cognitiva, rastreamento de déficits cognitivos e acompanhamento clínico.

Identificação

Nome: _____

Data: ____/____/____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Aplicação do MEEM

Domínio / Questão	Resposta	Pontuação
Orientação Temporal: Que dia é hoje? mês? ano? dia da semana? estação?	_____	/5
Orientação Espacial: Onde estamos? país? estado? cidade? local?	_____	/5
Registro: Repita as palavras: CASA – VASO – GATO	_____	/3
Atenção e cálculo: Subtrair 7 sucessivamente a partir de 100	_____	/5
Memória de evocação: Recordar CASA – VASO – GATO	_____	/3
Linguagem: Nomear relógio e caneta	_____	/2
Repetição: 'Nem aqui, nem ali, nem lá'	_____	/1
Comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão	_____	/3
Leitura: Feche os olhos	_____	/1
Escrita: Escreva uma frase completa	_____	/1
Cópia do desenho (dois pentágonos intersectados)	_____	/1

Pontuação Total: ____/30

Interpretação

- 24 a 30 pontos: Cognição preservada.
- 18 a 23 pontos: Possível comprometimento cognitivo leve.
- 0 a 17 pontos: Possível comprometimento cognitivo importante.
- A interpretação deve considerar idade e escolaridade.

Referências

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, v. 12, n. 3, p. 189–198, 1975.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 52, n. 1, p. 1–7, 1994.

ANEXO 6

Escala de Avaliação de Risco de Suicídio

Este instrumento auxilia na identificação do risco de suicídio em usuários atendidos nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde e Rede de Atenção Psicossocial.

Identificação

Nome: _____

Data: ____/____/____

Profissional responsável: _____

Avaliação

Perguntas	Resposta	Pontuação
1. Já pensou que a vida não vale a pena?	() Sim () Não	1
2. Tem pensamentos frequentes sobre morrer?	() Sim () Não	1
3. Já pensou em se machucar ou tirar a própria vida?	() Sim () Não	2
4. Possui plano específico para suicídio?	() Sim () Não	3
5. Já tentou suicídio anteriormente?	() Sim () Não	3
6. Faz uso abusivo de álcool ou outras drogas?	() Sim () Não	1
7. Possui histórico de transtorno mental diagnosticado?	() Sim () Não	1
8. Está sem apoio familiar ou social?	() Sim () Não	1
9. Demonstra desesperança intensa?	() Sim () Não	2
10. Tem acesso fácil a meios letais?	() Sim () Não	2

Pontuação Total: _____

Classificação do Risco

- 0–2 pontos: Baixo risco
- 3–6 pontos: Médio risco
- 7 pontos ou mais: Alto risco
- Na presença de plano suicida ativo ou tentativa recente, considerar alto risco independentemente da pontuação.

Condutas Recomendadas

- Escuta qualificada e acolhimento.
- Não deixar a pessoa sozinha em situações de risco elevado.
- Acionamento da rede de apoio familiar e social.
- Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Encaminhamento para CAPS, emergência ou hospital quando necessário.
- Acompanhamento longitudinal pela APS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de prevenção do suicídio dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP, 2022.

ANEXO 7

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é um instrumento de rastreamento utilizado para identificar sintomas depressivos no período gestacional e pós-parto.

Identificação

Nome: _____

Data: ____/____/____

Idade: _____

Período gestacional/pós-parto: _____

Instruções

Marque a alternativa que melhor descreve como você se sentiu nos últimos 7 dias.

Perguntas	Opções de Resposta
1. Tenho conseguido rir e achar graça das coisas.	☐ Como sempre consegui ☐ Não tanto quanto antes ☐ Sem dúvida menos que antes ☐ De jeito nenhum
2. Tenho pensado no futuro com prazer.	☐ Tanto quanto antes ☐ Um pouco menos que antes ☐ Muito menos que antes ☐ Quase nunca
3. Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.	☐ Não, nunca ☐ Raramente ☐ Sim, às vezes ☐ Sim, na maioria das vezes
4. Tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.	☐ Não, de maneira nenhuma ☐ Pouquíssimas vezes ☐ Sim, algumas vezes ☐ Sim, muitas vezes
5. Tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.	☐ Não, de maneira nenhuma ☐ Não muito ☐ Sim, algumas vezes ☐ Sim, muitas vezes
6. Tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do dia a dia.	☐ Não ☐ Às vezes não tenho conseguido lidar bem ☐ Na maioria das vezes não tenho conseguido lidar bem ☐ Não tenho conseguido lidar de maneira nenhuma
7. Tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade para dormir.	☐ Não, nunca ☐ Poucas vezes

	☐ Sim, algumas vezes ☐ Sim, na maioria das vezes
8. Tenho me sentido triste ou muito mal.	☐ Não, nunca ☐ Poucas vezes ☐ Sim, muitas vezes ☐ Sim, quase sempre
9. Tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.	☐ Não, nunca ☐ Só ocasionalmente ☐ Sim, muitas vezes ☐ Sim, quase sempre
10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou pela minha cabeça.	☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Sim, muitas vezes

Pontuação Total: _____

Interpretação

- 0–9 pontos: Baixa probabilidade de depressão pós-parto.
- 10–12 pontos: Possíveis sintomas depressivos – recomenda-se acompanhamento.
- 13 pontos ou mais: Provável depressão pós-parto – recomenda-se avaliação especializada.
- Qualquer resposta positiva na questão 10 exige avaliação imediata do risco.

Referências

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, v. 150, p. 782–786, 1987.

SANTOS, I. S. et al. Validação da Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) em uma amostra de mães da cidade de Pelotas, RS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2577–2588, 2007.

REALIZAÇÃO:



ACESSE NOSSO CATÁLOGO!



WWW.SEVENPUBLI.COM

CONECTANDO O **PESQUISADOR** E A **CIÊNCIA** EM UM SÓ CLIQUE.