

**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL

2022 - Edição revisada e atualizada / 2018 - Edição anterior

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Governador

Carlos Moisés da Silva

Secretário de Estado da Saúde

Aldo Baptista Neto

Superintendência de Gestão e Planejamento

Carmem Regina Delziovo

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Jane Laner Cardoso

Elaboração e Organização

Ana Borges França

Bárbara Litiane da Silva Vargas

Júlia Sievert Alves

Kíciosan da Silva Bernardi Gali

Larissa Pruner Marques

Ludmilla Castro Malta

Manoel Victor Ferreira Silva

Monique Meneses de Aguiar D'Avila

Avaliadores

Carlos Henrique Martinez Vaz - Equipe técnica Qualificação Profissional - DAPS/SES

Deivid de Abreu - Chefe da Unidade de Saúde Mental do HU/UFSC-Ebserh

Paula Thais Ávila do Nascimento - Coordenação Qualificação Profissional - DAPS/SES

Sirlei Favero Cetolin - Coordenação Regional da Atenção Primária do Extremo Oeste

Walter Ferreira de Oliveira - Departamento de Saúde Pública - UFSC

Apoio Equipe Telessaúde SC

SUMÁRIO

LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	9
1.1 - Situação Epidemiológica	9
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	Error! Bookmark not defined.3
2.1 Atenção Primária à Saúde	133
2.2 Atenção Secundária (Média Complexidade)	155
2.2.1 Centros de Atenção Psicossocial	17
2.2.2 Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental	20
2.3 Atenção Terciária (Alta Complexidade)	20
A PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA REDE	244
3.1 Somatização e Sintomas sem Explicação Médica	25
3.2 Sofrimento Psíquico: Transtornos Mentais e a Ausência de Marcadores Biológicos	28
3.3 Sofrimento psíquico pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas	30
3.4 Saúde Mental na Infância e Adolescência	32
3.5 Ideação Suicida	Error! Bookmark not defined.
3.6 O manejo da crise no território	36
3.7 Os Impactos da Covid-19 no adoecimento mental	37
PRÁTICAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	39
4.1 Acolhimento como conduta permanente	39
4.2 Plano Terapêutico Singular (PTS)	41
4.3 Clínica Ampliada	42
4.4 Matriciamento	43
4.4.1 A consulta conjunta de saúde mental na APS	43
4.4.2 Visita domiciliar conjunta na APS	45
4.5 Grupos Terapêuticos	45
4.6 Práticas Integrativas e Complementares	47
4.7 Psicofármacos	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa média de óbitos por suicídio em Santa Catarina.....	10
Figura 2 - Taxa de mortalidade por suicídio segundo idade.....	11
Figura 3 - Fluxo do CAPS.....	19
Figura 4 - Sintomas de síndromes ansiosas ou depressivas.....	25
Figura 5 - Mimetização de quadros cardíacos ou pulmonares agudos.....	25
Figura 6 - Perturbações do sono.....	26
Figura 7 - Método de investigação do risco de suicídio.....	33
Figura 8 - Método de investigação do risco de suicídio.....	33
Figura 9 - Sinais e sintomas comuns durante a pandemia da Covid-19.....	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na APS.....	13
Quadro 2 - Serviços da Rede de Atenção Psicossocial na Média Complexidade.....	15
Quadro 3 - Modalidades de CAPS.....	17
Quadro 4 - Configuração dos leitos em Serviço Hospitalar de Referência.....	21
Quadro 5 - Matriz de Competência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Alta Complexidade.....	21
Quadro 6 - Atitudes frente a pessoa em sofrimento psíquico.....	23
Quadro 7 - Medidas para Higiene do Sono.....	26
Quadro 8 - Transtornos Mentais.....	27
Quadro 9 - Aspectos para considerar diante de uma crise.....	35
Quadro 10 - Etapas da consulta conjunta na APS.....	41
Quadro 11 - Grupos terapêuticos.....	43
Quadro 12 - Grupos de atividades terapêuticas.....	43
Quadro 13 - Rol de PICS na PNPIC.....	45
Quadro 14 - Aspectos para considerar na prescrição de psicofármacos.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de mortalidade por suicídio.....	9
---	----------

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CABSIN - Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

EMAESM/AMENT – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde

PIC – Práticas Integrativas Complementares

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PTS – Plano Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SNC - Sistema Nervoso Central

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

No Brasil, a atenção à Saúde Mental no âmbito da Saúde Pública, até a Instituição da Reforma Psiquiátrica, seguia o modelo conhecido como “asilar”. Este, consistia na segregação e isolamento em instituições manicomiais de todos aqueles que apresentavam diferenças, desvios e/ou divergências sociais e culturais frente a um padrão estabelecido pela sociedade (BERNARDO; GARBIN, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS), implantado pela Lei 8.080 de 1990, propondo mudança dos modelos de atenção e gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão, que incorporou os preceitos do movimento da Reforma Psiquiátrica. Este movimento emergiu com o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental em 1978, promovendo a abertura nos debates acerca da Saúde Mental como uma questão de saúde pública (BERNARDO; GARBIN, 2011).

Em 2001, sancionou-se a [Lei Paulo Delgado \(L10216\)](#) no país, o que levou a direcionar a assistência em Saúde Mental e privilegiar a oferta de tratamento em serviços de base comunitária extra-hospitalares, financiados pelo Ministério da Saúde. Além disso, com a lei soma-se o cuidado hospitalar com a proposta de, paulatinamente, substituir o modelo asilar pelo cuidar no território (BERNARDO; GARBIN, 2011).

Entretanto, dados apontam a necessidade de fortalecermos a prática do cuidado na Atenção Psicossocial. Vejamos alguns exemplos: no caso de mortes provocadas por transtornos pelo uso prejudicial de substâncias, no período de 2007 a 2017, houve um aumento de 284.000 mortes (268.000 -- 289.000) para 352.000 (334.000 -- 363.000) mortes provocadas pelo uso de substâncias (IHME, 2019); assim como as taxas de suicídio subiram 17% nas Américas entre os anos 2000 a 2019, no Brasil a proporção era de 0,31 casos a cada 100 mil habitantes em 2010, e em 2019 passou para 0,67 casos a cada 100 mil habitantes, conforme Ministério da Saúde. Verifica-se que a incidência em agravos de ordem psíquica, inclusive levando a população a óbito, continuou em ascensão.

Nesse contexto, a Linha de Cuidado para Atenção Integral em Saúde Mental vem para consolidar a oferta do cuidado e ampliar o acesso da população aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tem como ênfase a qualidade assistencial, por meio da descrição das rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde.

Desse modo, a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde Mental de Santa Catarina conduz o atendimento de maneira efetiva e articulada com os demais Serviços de Saúde. Ressalta-se, ainda, que as Linhas de Cuidado foram desenvolvidas sob a perspectiva do cenário da Saúde Pública brasileira, e sua implantação deve ter a Atenção Primária à Saúde (APS) como gestora dos fluxos assistenciais, dado ser ela a responsável pela coordenação do

cuidado e ordenamento das Redes de Atenção à Saúde.

1. LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar os atos que se refletem sobre a saúde, voltados às necessidades do usuário durante seu trajeto na rede de assistência à saúde. De modo a expressar como a assistência acontece na prática, uma Linha de Cuidado deve considerar toda rede de apoio de um território sócio político e geográfico em conjunto com a saúde, desde entidades comunitárias, assistência social, entre outros (FRANCO & FRANCO, 2012).

A Linha de Cuidado é um processo que se inicia com a entrada da pessoa em qualquer serviço de saúde. A partir desta entrada, abre-se um percurso que irá ampliar-se por um conjunto de oferta de serviços, levando em conta as demandas que a pessoa traz (MALTA & MERHY, 2010). Assim, o "Itinerário terapêutico" que esta Linha de Cuidado busca apresentar, inicia-se pela organização, ou reorganização, dos processos de trabalho partindo da APS.

Nesse contexto, o desafio da APS na Rede SUS não se restringe às demandas da Saúde Mental, mas é extensivo a todas as Linhas de Cuidado, pois além de ser a porta de entrada e reguladora de toda a Rede de Atenção à Saúde, ela representa "uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes [...] que resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores" (CECÍLIO & MERHY, 2003, p. 2). Portanto, o fio condutor das Linhas de Cuidado atende ao objetivo terapêutico que se pretende alcançar, atentando-se para a singularidade de cada sujeito, nos diferentes momentos da assistência no cuidado em saúde mental.

No campo da saúde mental, o princípio da integralidade aponta o acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico para além da medicalização e da doença em si, envolvendo em seu cuidado sua relação com o corpo em sua dimensão bio-fisiológica, com as situações da vida social, de sua história, sua família e rede de apoio. Dessa forma, o objetivo desta Linha de Cuidado é fornecer subsídios para que os serviços de saúde possam garantir assistência para as pessoas em sofrimento psíquico e/ou pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas, visando ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação da saúde mental, dentro de uma rede organizada de saúde, tecida na trama da intra intersectorialidade.

1.1 - Situação Epidemiológica

Os dados e indicadores gerados pelos registros de produção dos serviços da rede SUS funcionam como sinalizadores da realidade. Eles orientam e apoiam na tomada de decisões, na priorização de intervenções, e na otimização do uso dos recursos públicos. Ainda, os indicadores apontam as principais demandas da Saúde Mental, e ajudam a traçar as ações adequadas na construção de políticas públicas de qualidade.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2022), em 2019, quase 1 bilhão de pessoas viviam com transtorno mental, sendo 14% adolescentes. Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, de cada seis anos vividos com incapacidade, um ano é em decorrência de transtorno mental. As pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo comparado a população em geral, principalmente por

doenças físicas evitáveis (OMS, 2022).

Nesse contexto, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão e aproximadamente 800 mil morram por esta causa a cada ano no mundo (OMS, 2017), sendo responsável por 4,3% da carga global de doenças e está entre as maiores causas de incapacidade a nível mundial (OMS, 2021). “A condição é diferente das flutuações usuais de humor e das respostas emocionais de curta duração [...], quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma crítica condição de saúde” (OMS, 2017).

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2019), 16,3 milhões (10,2%) de pessoas com 18 anos ou mais receberam diagnóstico médico de depressão, maior do que em 2013 (7,6%) (BRITO et al., 2022). Segundo dados do Covitel (2022), Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia, o comparativo do período pré-pandêmico da COVID-19 e o primeiro trimestre de 2022 revelou aumento de 41% de diagnóstico médico autorreferido de depressão, de 9,6% para 13,5%, respectivamente.

O suicídio, ato realizado intencionalmente para extinguir a própria vida, foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes, sendo que 58% ocorreram antes dos 50 anos de idade (OMS, 2022). O cenário é alarmante, ainda quando cerca de 80% dos casos de suicídio estão associados à algum transtorno mental (BRASIL, 2021).

O Brasil está entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídio (OMS, 2014). No país, Santa Catarina é o segundo estado com maior taxa de suicídio, seguido do Rio Grande do Sul. No período de 2015 a 2020, em Santa Catarina ocorreram 4.364 mortes por suicídio, sendo no ano de 2019 registrada a maior taxa do período, 11,1 suicídios por 100 mil habitantes (Tabela 1).

Tabela 1. Taxa de mortalidade por suicídio (por 100 mil hab), por ano de óbito segundo Região/Unidade da Federação, de 2015 a 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Brasil	5,4	5,5	6,0	6,1	6,5	6,5
Região Sul	8,5	8,8	9,6	9,7	10,5	10,3
Santa Catarina	9,3	9,7	10,5	10,3	11,1	10,7

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso em 19/07/2022.

No período de 2017 a 2021, dentre as 17 regiões de saúde de Santa Catarina, o Alto Uruguai Catarinense apresentou as maiores taxas por suicídio, em média, ocorreram 23 mortes por 100 mil habitantes, enquanto a região Nordeste, com a menor taxa, foram 9,4

mortes a cada 100 mil habitantes (Figura 1). No mesmo período, a Região Carbonífera apresenta uma das menores taxas de suicídio, embora se destaque entre as maiores taxas de tentativa de suicídio.

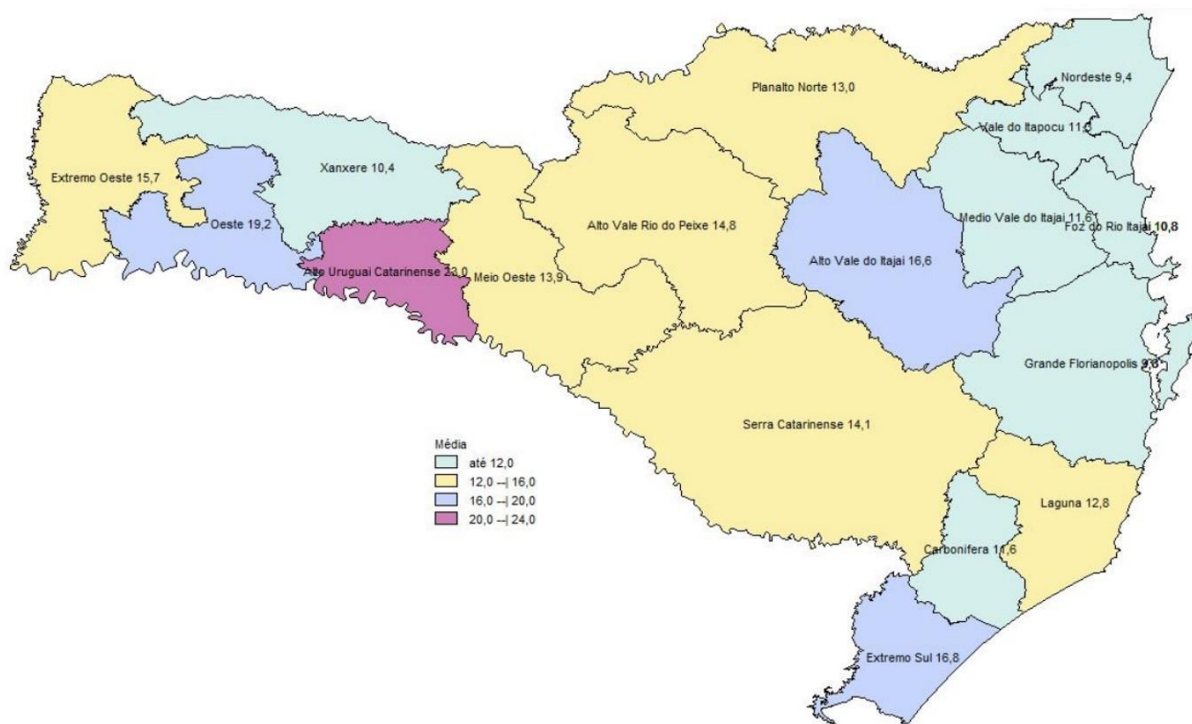


Figura 1. Taxa média de óbitos por suicídio (por 100 mil hab.) por região de saúde. SC, 2017 a 2021.

Os homens apresentaram 3,5 vezes maior risco de morte por suicídio, comparado as mulheres, entre homens, a taxa de mortalidade por suicídio em 2019 foi de 17,4, enquanto entre mulheres foi de 4,7 por 100 mil. Em contrapartida, o risco de tentativa de suicídio é quase o dobro entre as mulheres, comparado aos homens (BRASIL, 2022).

No período de 2015 a 2020, exceto no ano de 2016, predominaram as maiores taxas de óbito por suicídio entre os idosos (60 anos ou mais de idade), com registro de 17,4 suicídios por 100 mil, em 2020. A população entre 40 e 59 anos também destaca-se com altas taxas, apesar da tendência de declínio, a partir de 2016 (BRASIL, 2022).

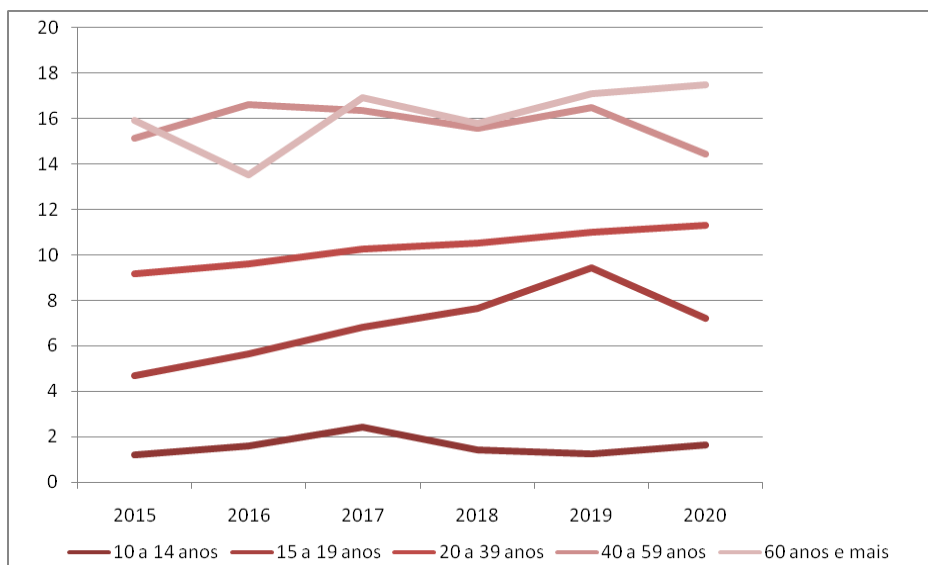


Figura 2. Taxa de mortalidade por suicídio, por ano de óbito segundo idade, de 2015 a 2020. Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso em 04/08/2022.

O que os números acima revelam, são homens dentro da faixa etária jovem/adulta considerada altamente produtiva nos mais diversos perfis de sua vida, indo a óbito por meio do suicídio. Ainda, os dados apontam o aumento da ocorrência do suicídio entre a população idosa, e diante disso, cabe questionar como isso impacta o povo brasileiro, dado que temos a projeção de que em 2025 seremos um país “velho”?

Os **dados aqui apresentados** apontam um recorte de nossa realidade, e como referido no primeiro parágrafo, o uso sistematizado destes **nos indicam** quais as ações que devem ser traçadas para a melhoria do cuidado ofertado. Apontar aqui como se reverbera o sofrimento psíquico em nossa sociedade é responsabilidade da Saúde Pública, assim como criar instrumentos e caminhos para evitar a proliferação da doença e a promoção da saúde.

Os **indicadores para a Saúde Mental** adotados no Brasil implicam, em um primeiro momento, o número de **Internações em Saúde Mental** de determinado território sanitário, ou seja, quanto maior o número de internações, supõe-se maior fragilidade nos serviços extra-hospitalares (ou territoriais). Assim como na Atenção Primária, quanto maior o número de internações de doenças por causas sensíveis (ICSAPs), menor vem sendo a efetividade do cuidado na APS.

O **Matriciamento** é o segundo indicador de maior importância na área da Saúde Mental, oficializado pelo Ministério da Saúde, o matriciamento provoca os serviços de saúde a constatarem a importância da APS na rede SUS, assumindo o seu papel na promoção da saúde e na prevenção da doença. Veremos como ampliar e aplicar ações matriciadoras no decorrer desta Linha de Cuidado, o que leva ao fortalecimento da APS, que se edifica enquanto ‘Porta de Entrada e Reguladora do cuidado’ sendo ela o fio condutor para se alcançar indicadores que revelam um país saudável.

2. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) compreendem arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. As RAS são ordenadas para responder às condições específicas de saúde, o que implica na integralidade da atenção e cuidado nos diferentes níveis: Atenção Primária, Secundária e Terciária.

Ao total são 5 Redes Temáticas de Atenção à Saúde, são elas: Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e a Rede de Atenção Psicossocial, razão pela qual constitui-se este documento.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), faz parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e foi instituída pela [Portaria de Consolidação nº 3/2017](#) - Anexo V, em substituição à Portaria 3088/2011. A RAPS consiste numa rede de cuidados que visa assegurar o atendimento integral e humanizado às pessoas com sofrimento psíquico e/ou necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A Portaria de Consolidação nº 3/2017 apresenta os serviços que compõem a RAPS de acordo com os pontos de atenção a que pertencem, atenção primária, secundária e terciária, e suas respectivas competências. O objetivo da RAPS é realizar um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção, proteção e prevenção de agravos, além do diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, uma Rede, cuja trama é fortalecida pelas ações cotidianas dos profissionais da saúde que estão nos serviços e assistência direta às pessoas.

Para tanto, é indispensável o diálogo entre os serviços de Saúde Mental e demais pontos de atenção, a articulação e o desenvolvimento de ações intersetoriais, a avaliação dos avanços obtidos e das dificuldades enfrentadas, assim como planejar o enfrentamento dos desafios no território. Neste sentido o território é um campo que ultrapassa o recorte regional ou geográfico, ele é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde, entre outros, as pessoas constroem e são construídas por este **território, portanto ele é o lugar psicossocial do sujeito.**

2.1 Atenção Primária à Saúde

Uma das diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS) é coordenar o cuidado e reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, de forma a organizar as demandas em relação aos outros pontos de atenção à saúde, e manejar as situações em Saúde Mental recorrentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS). É a partir da APS que se estabelecem limites geográficos e de cobertura populacional sob a responsabilidade clínica e sanitária das equipes de Saúde (BRASIL, 2013), dando início à trama da rede de cuidados.

A APS exerce papel fundamental na acolhida de demandas espontâneas referentes à Atenção Psicossocial, por oportunizar uma ampla investigação das necessidades em saúde mental, que, usualmente, se apresentam por meio de queixas físicas, dificultando sua identificação e seu manejo. Entre esses usuários, destacam-se aqueles com sintomas associados a situações de estresse agudo, luto e aqueles com múltiplas queixas físicas, normalmente identificados como “pacientes poliqueixosos”.

De acordo com o [Caderno de Atenção Básica, n. 34](#), o cuidado em saúde mental na APS é estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários, e vice-versa, bem como para realizar o manejo precoce de eventuais agudizações. Por estas características, é comum que os profissionais de saúde encontrem-se a todo o momento com usuários em situação de sofrimento psíquico.

Importante enfatizar que a APS abrange a **promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a redução de danos, a reabilitação, e a manutenção da saúde**, diante de uma escuta adequada e por meio de uma **clínica ampliada** no âmbito individual e coletivo, de forma a reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. Ainda, a APS também é responsável pela coordenação do cuidado dos usuários entre os diversos pontos da rede de atenção.

O processo de trabalho em saúde pode ser mediado por instrumentos que apontam tecnologias distintas, que por vezes são sobrepostas e outras são exclusivas em seu campo de atuação. **O campo das tecnologias leves**, conhecido como **trabalho vivo em ato**, onde é imperativo o papel da comunicação e da escuta entre profissional e usuário e, a **“hard technology” ocupa o espaço hospitalar e é**, mediada por máquinas e instrumentos já produzidos (MERHY, 1997). Destaca-se aqui que **na Atenção Primária o trabalho vivo é soberano**.

O cuidado ofertado na APS tem seu alicerce em tecnologias leves, ou seja, as ferramentas cotidianas pautadas na escuta, no vínculo entre profissionais e usuários, no acolhimento como recurso cotidiano do cuidar. Quanto maior a tendência do trabalho em saúde para usar as tecnologias leves, menos padronizado ele fica, e revela uma **característica eminentemente relacional**, que envolve a lida com a subjetividade de trabalhadores e usuários (MERHY, 1997).

Uma equipe de Saúde da Família com enfoque comunitário e territorial, apresenta ao longo do tempo, impactos positivos comprovados na saúde da população, conhecido como longitudinalidade, este atributo da APS tem papel decisivo no controle e na continuidade do cuidado (MEDINA *et al.*, 2020). Na proposta organizativa da RAS e da Linha de Cuidado que aqui se apresenta, ambas devem ser ordenadas a partir da Atenção Primária em Saúde (APS), pois é o ponto de atenção que presta o cuidado mais complexo e ampliado, no sentido biopsicossocial e, estruturante, já que é na APS que ocorrem as articulações com outros serviços de saúde e também com a intersetorialidade, como por exemplo a assistência social, a educação, habitação, cultura, lazer, dentre outros.

Quadro 1. Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na APS

Dispositivos da RAPS	Competência do nível de Atenção
Unidade Básica de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento/Vínculo - Ações individuais e coletivas - Visita domiciliar - Busca-ativa - Promoção e proteção da saúde - Prevenção de agravos - Diagnóstico, tratamento e reabilitação - Redução de Danos - Matriciamento - Estratificação de risco - Ordenamento do Cuidado - Articulação da Rede Intra e Intersetorial - Compartilhamento com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do cuidado ao usuário com sofrimento psíquico médio a grave
Consultório na Rua	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Redução de Danos - Busca Ativa - Cadastramento - Identificação de riscos - Orientação e encaminhamentos - Vínculo
Centros de Convivência	<ul style="list-style-type: none"> - Espaços de sociabilidade - Produção e intervenção na cultura e na cidade

Fonte: BRASIL, 2017

INFORMAÇÃO

No decorrer desta Linha de Cuidado, a APS enquanto ordenadora, conforme supracitado, apresentará papel de destaque. Encontraremos seu espaço em cada tópico.

2.2 Atenção Secundária (Média Complexidade)

A Saúde Mental apresenta desafios, como a garantia dos direitos fundamentais, do exercício da cidadania, da promoção da autonomia, e da reinserção social dos usuários. Entretanto, o que acaba levando maior destaque é o estigma historicamente estabelecido em nossa sociedade, em relação aos transtornos mentais e a loucura. Para tanto, a Rede de

Atenção Psicossocial propõe uma assistência integral, contínua e de base comunitária, garantindo um processo permanente de cogestão do cuidado junto aos demais serviços da RAS e da intersectorialidade (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a atenção secundária, formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, cuja competências e densidade tecnológicas ficam entre a atenção primária e a terciária, vem para fornecer serviços interdisciplinares especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, e atendimento de urgência e emergência (Erdmann et al., 2013). O quadro 2 demonstra alguns dos serviços de média complexidade inseridos na RAPS:

Quadro 2. Serviços da Rede de Atenção Psicossocial na Média Complexidade

Pontos de Atenção	Competência do ponto de Atenção	Território Sanitário
<p>Centro de Atenção Psicossocial CAPS ad (Álcool e Drogas); CAPS I,II,III e CAPSi (Infantil)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Reabilitação psicossocial (reinserção social, assembleias, oficinas, atenção aos familiares, projeto de geração de renda, atividades em grupo ou coletivas, etc) - Projeto Terapêutico Singular (PTS) - Matriciamento - Compartilhamento com a APS do cuidado ao usuário de alto risco - Atenção às situações de crises - Hospitalidade noturna (CAPS III e ad III) - Atendimento multiprofissional - Articulação de redes intra e intersectoriais - Redução de Danos - Acompanhamento de SRT – Serviço Residencial Terapêutico (caso tenha SRT vinculado) - Definição de acolhimento na Unidade de Acolhimento (UA) e no Serviço de Atenção em Regime Residencial (caso tenha esses serviços vinculados) 	<p>Território de Abrangência</p>
<p>Unidade de Acolhimento ou Serviço de Atenção em Regime Residencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento definido pelo CAPS - Moradia e Acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório - Processo de trabalho e PTS Vinculados ao CAPS - Atenção aos familiares - Articulação com a Rede Intersectorial 	<p>Território de Abrangência</p>

	visando à reinserção social, familiar e laboral	
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM)	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico moderado, em todas as faixas etárias. - Ações de apoio matricial junto às equipes da APS - para os municípios onde não há CAPS, contribuindo para a integralidade do cuidado e qualificando a capacidade de intervenção em Saúde Mental - Articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial; - Compartilhamento com a APS do cuidado ao usuário de médio e alto risco 	Território de Abrangência

Fonte: BRASIL, 2017

2.2.1 Centros de Atenção Psicossocial

Na Média Complexidade, a [Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002](#) institui e regulamenta o modelo assistencial de referência em Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A partir desta portaria, os CAPS são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme quadro abaixo.

Quadro 3. Modalidades de CAPS

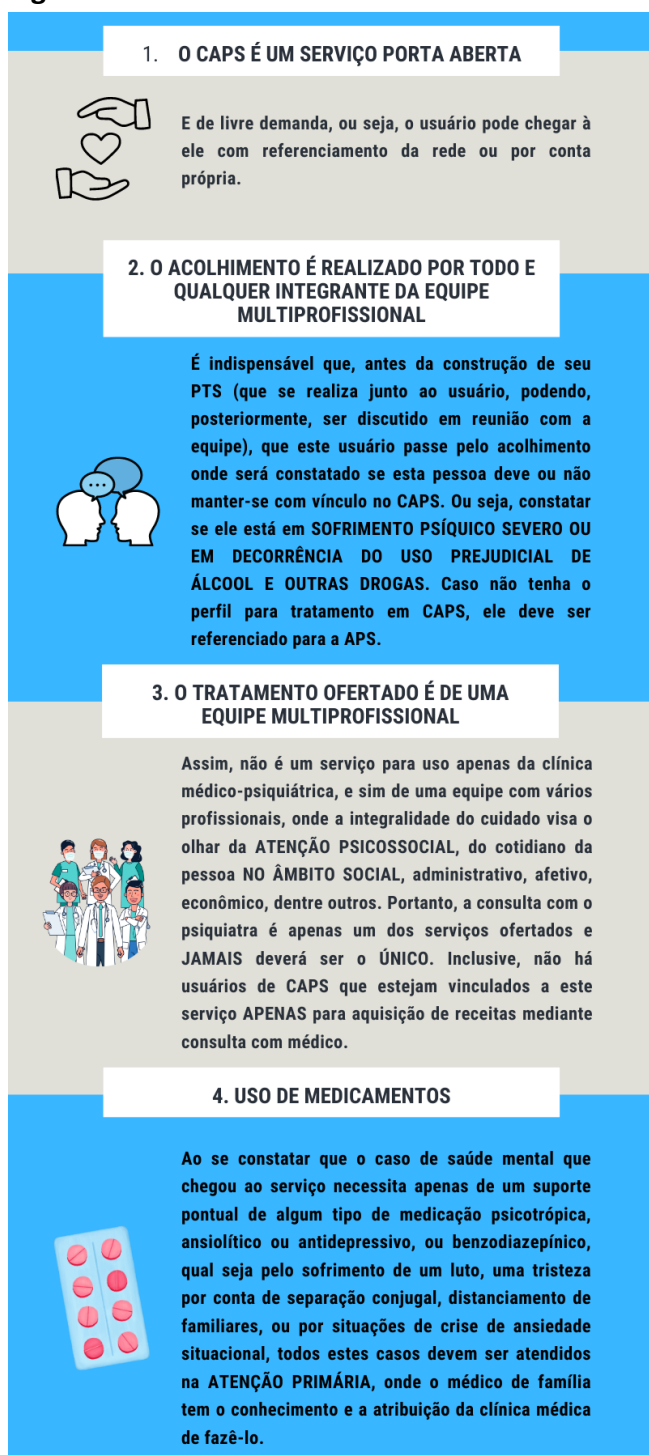
Modalidade	Organização	Requisitos*
CAPS I	Oferece o cuidado às pessoas referenciadas ou demanda espontânea, que apresentam intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais graves e persistentes e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, com impossibilidade de estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.	Municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes

CAPS II	Atende pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, com impossibilidade de estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.	Municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes
CAPS III	Atende pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, com impossibilidade de estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços 24h, feriados e finais de semana, retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD.	Municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes
CAPSi	Atende prioritariamente crianças e adolescentes que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes.	Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes
CAPS AD (Álcool e Drogas)	Atende pessoas com intenso sofrimento psíquico pelo uso prejudicial de substâncias psicoativas, trabalha a reabilitação psicossocial e permite ao usuário permanecer em sociedade. O CAPSad atende pessoas de ambos os sexos, com mais de 18 anos, sendo que o acolhimento se dá de forma espontânea ou referenciada.	Municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes
CAPS AD IV	Atende todas as faixas etárias, atendimento 24h, finais de semana e feriados, oferta assistência a urgências e emergências, com leitos de observação.	Municípios ou regiões de saúde com população acima de 500 mil habitantes

Fonte: Portaria MS/GM 3088/2011, Art. 7o, § 4o, Anexo IV.

Os CAPS possuem uma equipe mínima, de acordo com a modalidade proposta, composta por médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e técnicos de enfermagem, e outros optativos como farmacêutico, educador físico, redutor de danos, entre outros. O profissional no CAPS, ao trilhar os caminhos do cuidado, é conduzido pela demanda do usuário. Entretanto, este caminho está alinhado a um fluxo que viabiliza o trabalho em rede, e o usuário não pertence apenas ao CAPS, mas à toda RAS do município. Vamos lá:

Figura 3. Fluxo do CAPS



No [item 1.1](#), foi destacada a importância dos profissionais registrarem as ações realizadas no cotidiano do serviço, os serviços extra-hospitalares como os CAPS, Unidades de Acolhimento (UA) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), possuem um sistema disponibilizado pelo MS, para os profissionais registrarem o cuidado ofertado, conhecido como RAAS – Registro de Ações Ambulatoriais-Psicossocial. O ato de registrar a produção de um dia de trabalho garante à equipe o monitoramento e análise de suas atividades diárias, com intuito de fortalecer as fragilidades e ampliar as potencialidades do serviço ofertado.

2.2.2 Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental

A [Portaria nº 3588/2017](#) institui a Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental (EMAESM - também referida como AMENT) como parte da RAPS. Este serviço vem para ser mais uma ferramenta na ampliação do acesso, qualificação do cuidado e fortalecimento dos serviços de base comunitária às pessoas com sofrimento psíquico moderado.

Estas equipes devem ser compostas por profissionais da medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, terapia ocupacional, além de técnicos/auxiliares de enfermagem, cargos administrativos, dentre outras categorias. Além disso, a formação desse grupo especializado deve estar adequada ao projeto técnico institucional, em conformidade com as singularidades epidemiológicas e socioeconômicas de cada região.

SAIBA MAIS: [NOTA TÉCNICA Nº 003/2022 - DAPS/SPS/SES](#)

Importante atributo da EMAESM é o de realizar **matriciamento junto às outras equipes da APS e demais serviços**, o que contribui para a integralidade do cuidado aos usuários e qualifica a intervenção em Saúde Mental.

IMPORTANTE!

A EMAESM não se restringe ao atendimento individualizado.
Deve constar no Projeto Técnico do Serviço diferentes técnicas de intervenção como grupos terapêuticos e ações matriciadoras, de acordo com a demanda.

2.3 Atenção Terciária (Alta Complexidade)

Os pontos da Atenção Terciária destinam-se a cuidados intensivos para pessoas em crise e/ou que apresentam risco a si ou aos outros. Não é no hospital que as pessoas vivem a maior parte do tempo, e sim no território. Dessa forma, os profissionais do componente

hospitalar cuidam e atuam diante de situações de crise e/ou quando o sujeito coloca a si ou a outro(s) em risco, não participando do seu cotidiano.

A Atenção Terciária na RAPS compreende a Rede de Atenção às Urgências e Emergências – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e os leitos de saúde mental em hospitais gerais. Nesse contexto, a [Portaria Ministerial 148/2012](#) vem para definir as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar para atenção a pessoas com sofrimento psíquico e/ou necessidade do cuidado pelo uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas, bem como instituir incentivos financeiros de investimento e de custeio do Ministério da Saúde.

Em Santa Catarina a Central de Regulação de Leitos do Estado regula as internações em Saúde Mental, de acordo com as urgências, e busca direcionar a internação do usuário para o local mais próximo de sua residência. A implantação de leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais busca **reduzir o estigma histórico relacionado aos transtornos mentais evitando a clausura, restringindo o espaço hospitalar apenas para estabilização da crise**, sendo que sua configuração observará os seguintes parâmetros:

Quadro 4. Configuração dos leitos em Serviço Hospitalar de Referência

No caso de até 10 (dez) leitos implantados,

o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas poderá funcionar em:

- | | |
|--|---|
| 1. Leitos de clínica médica destinados para o atendimento a pessoas adultas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; | 2. Leitos de pediatria qualificados para o atendimento destinado a crianças e adolescentes em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; |
|--|---|

No caso de mais de 10 (dez) leitos implantados,

o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas funcionará em:

1. **Enfermaria especializada** destinada ao atendimento de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas;

Fonte: Portaria nº 148/2012

O quadro a seguir demonstra as competências das equipes dos pontos de Atenção

Terciária na RAPS:

Quadro 5. Matriz de Competência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Alta Complexidade

Pontos de Atenção	Competência do ponto de Atenção	Território Sanitário
Pronto Atendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento às urgências e emergências em saúde mental - Classificação de risco (clínico psiquiátrico) - Orientação aos familiares - Encaminhamento para a continuidade do cuidado na RAPS - Encaminhamento para internação, quando necessário, por meio do Sistema Nacional de Regulação - SISREG - Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, da APS à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos 	Município
SAMU *	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza o suporte do cuidado em casos de urgência acolhendo o usuário em crise, - Manejo da situação do usuário junto ao profissional do serviço extra-hospitalar que acolheu a pessoa em crise (APS, CAPS, PA, UPA ou EMAESM). - Encaminha o usuário para internação, quando necessário. 	
Leito de Saúde Mental em Hospital Geral	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento às urgências e emergências em saúde mental - Avaliação da severidade do transtorno mental. - Orientação aos familiares - Referenciar para a continuidade do cuidado na RAPS. - Acolhimento e internação de pacientes em regime de curta ou curtíssima permanência 	Território de Abrangência/ Pactuação Macrorregiões de Saúde

*Abordagem indicada pela Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde

Faz-se importante ressaltar que a internação hospitalar, em acordo com a Lei 10.216/2001, deve ser sempre o último recurso a ser aplicado, após todas as outras possibilidades terapêuticas terem sido esgotadas para o caso a tratar. O hospital nunca será autossuficiente, entretanto, será sempre uma parte primordial do cuidado em rede, porque salva vidas e pode possibilitar o retorno do usuário ao território, ao seu lugar de pertencimento, onde realmente a pessoa deve estar.

3. A PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA REDE

Diversas situações podem gerar ou agravar o sofrimento psíquico ao passo de levar a pessoa a buscar um profissional de saúde, mesmo que a situação não se enquadre aos critérios para diagnosticar um transtorno mental. Apesar disso, essas situações precisam ser valorizadas e compreendidas, para garantir a oferta de um acolhimento adequado.

Para tanto, é necessário olhar o sujeito considerando seus múltiplos perfis, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. A abordagem do sofrimento psíquico – tanto em situações de sofrimento psíquico comum, quanto nos casos de transtornos graves e persistentes - exige do profissional uma perspectiva multidimensional.

Assim, a noção de transtorno, traduz uma compreensão sindrômica das psicopatologias, compreendidas como um conjunto de sintomas, através de uma explosão do número de classificações possíveis. Abaixo lista-se algumas atitudes de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico:

Quadro 6. Atitudes frente a pessoa em sofrimento psíquico

Atitudes Positivas	Atitudes Ineficazes
Atender com regularidade (mensalmente, por exemplo) evitando o surgimento de novas queixas como forma de obter atendimento, ampliando o vínculo com os profissionais da saúde e reforçando a importância do cuidado em saúde mental.	Tensionar a relação com o usuário ao tentar convencê-lo de forma prematura que os sintomas são de fundo emocional e de causas não orgânicas.
Envolver a equipe e a família no cuidado desses usuários, utilizar de recursos interdisciplinares e não farmacológicos disponíveis na comunidade (atividades físicas em grupo, psicoterapia, fisioterapia e etc).	Dizer: “Você não tem nada”, ou não valorizar a preocupação da pessoa com a experiência dela em adoecer.
Os objetivos almejados, mais do que o alívio dos sintomas, deve ser a escuta do que está acontecendo, reconhecer os ‘gatilhos’, a reestruturação da vida ativa do usuário e a adesão às mais diversas formas de tratamento.	Preocupar-se excessivamente com os sintomas, ao invés de buscar compreender o indivíduo como um todo.
	Não dar valor ao papel de questões familiares e socioeconômicas no agravo ou melhora dos sintomas.
	Realizar intervenções desnecessárias (exames

e encaminhamentos sem critérios), uma vez que elas não aliviam a ansiedade dos indivíduos em relação ao sintoma e sim fortalecem a convicção de possíveis doenças a serem investigadas.

IMPORTANTE!

Muitas vezes, é preciso fazer um trabalho de desconstrução da demanda como demanda de tratamento, ou seja, entender que nem todo problema ou sofrimento vivenciado pelas pessoas necessita de tratamento periódico e sistemático na rede de saúde, o que não exime esse setor da responsabilidade pelo acolhimento e direcionamento necessários.

É fundamental ainda mais, portanto, que os serviços de saúde promovam articulações intersetoriais que contemplarão, por meio de outras políticas sociais, a demanda então produzida apenas dentro daqueles.

Para finalizar, temos que estar atentos quanto ao tecimento da Rede que estamos construindo no cotidiano do trabalho. As redes podem ser tanto **Redes de Contenção**, reforçando a invalidação, a coerção, a disciplina, as grades, ou **Redes de Apoio e Autonomia**, que ofertam o cuidado aos usuários dos serviços de forma flexível e que fortalecem a mediação para a descoberta de novos modos de vida e novas possibilidades.

3.1 Somatização e Sintomas sem Explicação Médica

A somatização e sintomas sem explicação médica estão associados a sofrimento psíquico em vários contextos médicos, descritos como sensações somáticas persistentes para as quais o exame adequado não revela suficientemente explicação patológica. Importante identificar que portadores de “síndromes funcionais” como fibromialgia, cólon irritable, fadiga crônica, dores pélvicas e torácicas atípicas, dermatites, entre outras, podem apresentar comorbidades psíquicas, o que comumente pode piorar o sintoma original de ordem física (ALMEIDA, 2019).

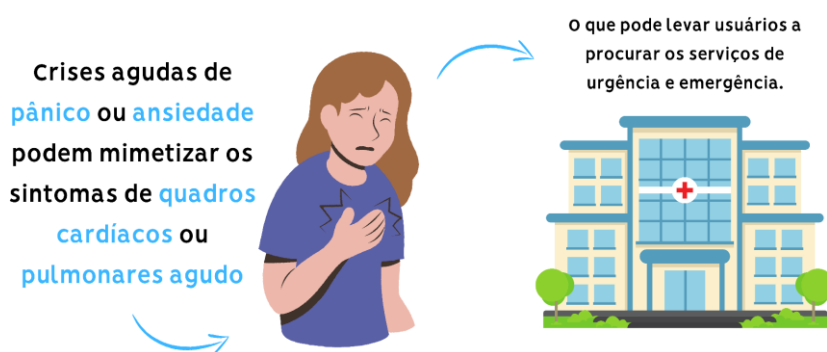
A compreensão da pessoa quanto à multicausalidade de suas dores físicas (inclusive as psíquicas), além de indispensável é o primeiro passo para iniciar um tratamento. Uma vez que a pessoa entenda a conexão entre suas queixas físicas e seu sofrimento emocional, o reconhecimento, a elaboração das possibilidades de cuidado e a superação de seus impasses psicossociais torna-se a finalidade de seu tratamento.

Figura 4. Sintomas de síndromes ansiosas ou depressivas



Conforme figuras 4 e 5, em casos de **crises agudas de pânico ou ansiedade**, os sintomas podem assemelhar-se a quadros cardíacos ou pulmonares agudos, assim como palpitações, dores, tremores podem estar associados a síndromes ansiosas ou depressivas. Nessas situações, é comum que o usuário busque os serviços de urgência e emergência com a ideia de ser algo mais grave, portanto, o profissional deve estar preparado para identificar estas crises a partir dos sintomas relatados.

Figura 5. Mimetização de quadros cardíacos ou pulmonares agudos



No **contexto da APS**, as **perturbações do sono**, são uma queixa recorrente. É fundamental investigar se existe algo físico ou psíquico prévio à perturbação do sono, bem como se é passível de tratamento sem a intervenção medicamentosa (CARVALHO, 2019). A perturbação do sono é a insuficiência da qualidade de sono, quando não provocada por causas externas como uso de certas medicações, drogas anfetamínicas, álcool e até mesmo café, ela é motivada por situações não resolvidas pelo usuário e que ele, por meio da reflexão as traz presentes antes do seu horário de sono.

Figura 6. Perturbações do sono



Perturbações do sono se expressam de forma singular para cada pessoa.

A necessidade de horas de sono varia com a idade e a personalidade de cada indivíduo, bem como com o estado físico e psíquico.

Destaca-se que o sono é uma necessidade humana básica, tal como comer e beber, portanto crucial para a nossa saúde e para o nosso bem-estar. Deve-se ter presente que não é o número de horas de sono que definirá a qualidade do mesmo. Há pessoas que dormem 5 horas e sentem-se bem, outras 8 horas e sentem prejuízo quando em vigília, no caso de idosos é muito comum o tempo de sono diminuir, este público deve ser esclarecido quanto a isto para não se autodiagnosticar como sofrendo de 'insônia'.

Dentre as opções para recuperar a qualidade do sono, deve-se priorizar medidas não farmacológicas, conhecidas como **Higiene do Sono**. Esta prática deve ser adaptadas a condições sociais e culturais dos indivíduos, e algumas atitudes podem ser as que estão listadas abaixo:

Quadro 7. Medidas para Higiene do Sono

Utilizar o quarto/cama/ambiente em que se dorme apenas para este fim, evitando estudar/trabalhar nela e também a permanência nela quando acordado
Estabelecer uma rotina com horários fixos para dormir e acordar
Prática de atividades físicas durante o dia (evitando 2 horas antes de dormir)
Evitar refeições próximo à hora de dormir, café e bebidas estimulantes após as 18:00 horas
Reduzir estímulos luminosos ou sonoros (como telas de celulares etc.) no momento de dormir. A substituição por leitura ou exercícios de respiração facilitam o início do sono.
Introduzir ao cotidiano noturno atividades relaxantes como banho quente, música relaxante, etc

Nos **CAPS**, distúrbios do sono não são comuns enquanto agravo de saúde. Quando presente nas queixas do usuário, este distúrbio vem como sintoma de um agravo que prepondera em um transtorno psíquico maior, e deve ser também descrito para eliminar outros fatores orgânicos associados que podem provocá-lo, como supracitado.

3.2 Sofrimento Psíquico: Transtornos Mentais e a Ausência de Marcadores Biológicos

De acordo com a [Organização Pan-Americana de Saúde](#) (OPAS, 2014), os transtornos mentais, ou sofrimento psíquico, se evidenciam quando a pessoa apresenta uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos que para ela são incomuns em sua vida cotidiana, e dependendo de sua frequência e intensidade, podem afetar suas relações com os outros, as coisas e com o mundo.

O fato do sofrimento psíquico se caracterizar pela ausência de marcadores biológicos, seu diagnóstico deve ser considerado a partir de um critério de exclusão de toda e qualquer possível doença orgânica, o que muitas vezes dificulta a detecção e o tratamento adequado, é imprescindível adotar um **cuidado integral**, que coloque a pessoa como centro do processo e permita a correta avaliação psicossocial, concomitante à avaliação clínica, o que amplia a possibilidade de detecção e a ausência de iatrogenias na assistência aos usuários.

O sofrimento psíquico tem como origem **aquilo que faço daquilo que o mundo e minha relação com minha vida social e minha história, fizeram de mim**, ou seja, a dor psíquica torna-se uma doença dependendo da forma com que o indivíduo estabelece relações consigo próprio e com as situações vividas e, e é imprescindível ressaltar que suas mediações sociais e as situações que se apresentam, podem determinar maior ou menor chance de vir a sofrer algum tipo de transtorno mental.

O ser humano sempre poderá superar esse sofrimento supracitado com o apoio de uma rede de relações que lhe dá um suporte emocional adequado, ou pode não ter acesso a este suporte e então, padecer.

A seguir, o quadro abaixo aponta aqueles mais comuns que chegam aos serviços de saúde:

Quadro 8. Transtornos Mentais

Transtornos de ansiedade e pânico	A diferença entre os tipos de transtornos está relacionada com o objeto ou situação que induz o medo ou ansiedade. A questão nestes transtornos está em qual o GATILHO que leva a ter estes sintomas?
Transtornos Depressivos	Caracterizam-se por tristeza suficientemente grave ou persistente que interferem na vida de relações da pessoa de forma a perder o

	interesse ou o prazer nas atividades que antes lhe davam prazer.
Transtornos Psicóticos	Fazem com que as pessoas percebam ou interpretem as coisas de maneira diferente das pessoas que as rodeiam, podendo envolver histórias irreais, alucinações ou delírios provocados por temas como religiosidade, medo e/ou culpa, perseguição de algo, alguém ou algum grupo de pessoas.
Transtornos de Personalidade	Existem quando os traços de personalidade se tornam tão ressaltados, rígidos e desadaptados nas relações sociais, que a pessoa tem problemas em lidar com outras pessoas no trabalho, na escola, no lazer, entre outras relações, não conseguindo alterar seus padrões de reação que se mostram repetidamente ineficazes frente às situações citadas acima, provocando consequências negativas.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.

Alguns gatilhos podem ressaltar traços de personalidade em situações especiais. Alguns exemplos como o abuso de substâncias químicas (como o álcool etílico, a cocaína, os alucinógenos e outras drogas), situações altamente estressantes relacionadas a eventos traumáticos, grandes perdas afetivas, e até mesmo mudanças de ambiente para pessoas com dificuldade em aceitar mudanças ou aquelas pessoas de pouca resiliência em relação às pessoas e eventos de seu meio social.

Muitas vezes, o profissional não terá a definição em um primeiro acolhimento de que a demanda do usuário configure um sofrimento psíquico, e não algum outro tipo de agravo em saúde com sintomas similares aos agravos em saúde mental. Por exemplo, uma descompensação glicêmica típica na diabetes, assim, ele deve se sentir tranquilo quando da necessidade de compartilhar suas dúvidas e dificuldades com a equipe de trabalho.

A atenção do profissional é indispensável ao apurar as variáveis do caso exaustivamente antes de concluir um quadro diagnóstico. Assim, o usuário é acolhido pelo profissional que escutará suas queixas, e com a atenção do olhar, das pontuações investigativas e necessárias para o descarte da causa orgânica (ou não), o profissional definirá a necessidade de referência a um atendimento em Saúde Mental. Em municípios que possuem CAPS e EMAESM, são estes os serviços que absorvem a demanda e mantêm o seguimento ao tratamento de forma compartilhada e resolutiva.

SAIBA MAIS: [Cartão Babel](#)

3.3 Sofrimento psíquico pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas

Há diferentes **padrões de consumo e riscos selecionados no uso de drogas lícitas e ilícitas**, os quais devem ser avaliados e considerados tendo como parâmetro a relação estabelecida pela pessoa frente ao uso que faz dessas substâncias e quais os riscos e prejuízos que podem acarretar. Cabe aqui pontuar que os problemas decorrentes do uso de substâncias não se resumem apenas na dependência destas, a intervenção não deve ser focada na abstinência como única alternativa.

É equivocada a **utilização do termo Dependência Química** ao se trabalhar com a lógica da Atenção Psicossocial junto às pessoas em sofrimento pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas. Sabe-se que a "dependência química" é apenas um dos elementos que constituem o fenômeno do sofrimento pelo uso prejudicial de substâncias lícitas e ilícitas. Compreender que o único problema da pessoa em sofrimento pelo uso prejudicial é estar dependente de uma substância em si, é um entendimento reduzido e inverídico.

Há uma multiplicidade de fatores tais como, conflitos familiares, falência financeira, problemas de relação amorosa, dificuldades de aprendizagem, violência em suas várias modalidades que, ao se somarem, resultam na busca da pessoa por uma “bengala química” para suportar situações que lhe trazem sofrimento e dor, buscando a fuga no uso prejudicial.

A abstinência neste momento acarreta sintomas de desconforto e irritabilidade psicofísicas característicos da falta do uso da droga no corpo, levando o usuário a recorrer novamente ao uso prejudicial como única saída para sua dor, dor esta provocada pelas situações difíceis impostas em sua vida de relações. Portanto, recomenda-se que a equipe em reunião do serviço traga para discussão a **Redução de Danos** no manejo do cuidado às pessoas em sofrimento pelo uso prejudicial de substâncias lícitas e ilícitas.

Seguem dicas de manejo - tanto na APS, quanto nos CAPS - para a equipe trabalhar nas reuniões:

- Ao trabalharmos este usuário, **evitar o uso do termo dependente químico**, dado os documentos oficiais do Ministério da Saúde que norteiam a Atenção Psicossocial.

- Para a RD as diretrizes do tratamento não devem se basear em um primeiro momento na abstinência, mas na **redução do uso, na compreensão do uso, na ampliação das possibilidades de vida e no círculo de relações e situações que fortalecem a pessoa em sofrimento.**

- Já que é quase impossível que a população não faça uso de algum tipo de droga, a atribuição dos profissionais é a de esclarecer e orientar os usuários a evitar que se tornem dependentes, entretanto, para aqueles que já se tornaram, cabe a nós oferecer os melhores meios para que possam minimizar o uso, eleger prioridades em suas relações (com os outros, com as coisas e situações de vida) que venham a ser mediações para o 'não uso'.

Fonte: BRASIL, 2008

SAIBA MAIS: [ABC, REDUÇÃO DE DANOS](#)

A intervenção da Atenção Psicossocial, frente ao uso prejudicial das drogas lícitas e ilícitas, compreende que cada sujeito estabelece uma relação particular com as substâncias, e que a utilização de propostas de tratamento padronizadas, como pacotes prontos e impostos para todos, é ineficaz e excludente. Haja vista que muitos serviços que trabalham com a lógica da **exigência da abstinência exclui usuários** que não querem ou não conseguem se manter abstinentes.

Caso a relação com o álcool e outras drogas seja determinada pela alta frequência e quantidade da substância, associado a prejuízo no trabalho, necessidade do uso para além de momentos de lazer e recreação, com comprometimento da saúde física e psíquica e, que acarreta consequências sociais e familiares, o cuidado do indivíduo deverá envolver a articulação dos serviços da RAPS.

Assim, seguindo o fluxo de atendimento da RAPS, o usuário pode ser encaminhado ao CAPS ad, onde será acolhido e onde construirá em conjunto com a equipe multidisciplinar de saúde o seu Projeto Terapêutico Singular. O PTS será focado nas necessidades específicas para a melhora de sua qualidade de vida, de sua motivação, com metas acordadas com a pessoa e atualizadas com o decorrer do tempo.

IMPORTANTE!

Quando não houver CAPS ad no município, a APS, a equipe de EMAESM ou outros serviços da rede SUS, devem estar aptos a manejar crises referentes ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo o que o uso prejudicial de álcool é predominante principalmente na APS.

➤ [Veja maiores informações no item 3.6](#)

3.4 Saúde Mental na Infância e Adolescência

O Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), onde **criança é a pessoa que tem entre 0 e 9 anos de idade completos e adolescente aquela entre 10 e 19 anos completos**. Essa divisão tem sentido a partir das especificidades de saúde de cada público específico, alinhada ao perfil epidemiológico de cada grupo populacional.

Crianças e adolescentes devem ser tratados com prioridade no cuidado em saúde (BRASIL, 2017). Nesse sentido, a APS exerce importante função de proteção da vida e promoção da saúde sobre os problemas de saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência, podendo ser resolutiva no manejo de muitas situações, sendo que algumas destas queixas merecem destaque nas intervenções psicossociais que se expressam por sugestões quanto a posturas e estratégias de vínculo que o profissional pode pôr em prática com esta população vem sendo adotadas por profissionais da APS com bons resultados, com o apoio do CAPSi e demais pontos de atenção da RAPS localizadas em seu território.

Destaca-se a importante premissa de que a avaliação ampliada deve compreender a criança e o adolescente de forma integral e **ressaltar as áreas de resistência (força) e a capacidade de recuperação (resiliência) não apenas a patologia**. É a identificação desses pontos fortes que vai possibilitar a construção de forma significativa de vínculo do usuário com o profissional de Saúde (BRASIL, 2014).

Cabe apontar que em especial os CAPS i, devem assumir uma função social que extrapola o fazer técnico do cuidar em saúde, e se traduz em ações como possibilitar ações emancipatórias, apoiá-la na participação e inclusão em sua comunidade, levando em conta sua singularidade e o que a pessoa fez (e ainda faz) de si a partir do aprendizado resultante das relações estabelecidas em sua vida.

➤ **Saiba mais:** [Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil](#)

Quadro x. **Aspectos essenciais para avaliação psicossocial na Infância**

Considerar que a criança não resume-se a um diagnóstico, ela vai muito além do que traz ao serviço de saúde, cada pessoa é única, é preciso conhecer suas formas de ser, sua história e sua dinâmica familiar;

A presença de um familiar em determinados momentos é indispensável, entretanto, depende da queixa e de sua origem manter ou não familiares ou alguém de sua rede social em um primeiro contato com o usuário. Muitas vezes a criança ou adolescente não consegue falar de sua dor com pessoas tão próximas quanto a ele e ao profissional da saúde.

Um serviço como o **CAPSi tem a responsabilidade de trabalhar a família** do adolescente e/ou criança. Nenhuma criança desenvolve um sofrimento psíquico sem a participação dos pais ou responsáveis, mesmo que não intencionam, estes não estão conseguindo manejar de modo adequado, por uma miríade de razões, como por exemplo: excesso de zelo e proteção, desconhecimento da dinâmica social imposta pela atualidade e reproduzida por estes jovens e crianças, exigências que não correspondem à realidade em que vivem, dentre outras.

Durante a avaliação da criança ou adolescente, deve-se conversar diretamente com ela/ele. Mesmo que fale pouco, essa sempre tem o que dizer. Manter-se com o olhar no mesmo nível que o olhar da criança e /ou adolescente, agachar-se caso necessário para que o adulto não demonstre superioridade e consiga alinhar seu olhar com o da criança.

Brincadeiras, jogos, desenhos são ferramentas importantes para a aproximação do profissional, e delineamento da queixa que o adolescente ou criança traz. Em caso de adolescentes, a música, o esporte, programas de TV e filmes são também ferramentas potentes.

É importante verificar em que espaço social as queixas estão associadas: na família? Na escola? No grupo de amigos? Na relação com seu corpo? São situações de violência? Que tipo de violência?

Muitas vezes, os **profissionais da APS identificam a necessidade de cuidados em Saúde Mental na infância e na adolescência**, e ajudam os pais e/ou cuidadores a perceberem as dificuldades dos filhos. A informação de que os serviços de saúde podem ajudá-los é fundamental para o seguimento do cuidado;

3.5 Ideação Suicida

O suicídio é o ato realizado intencionalmente para extinguir a própria vida, e responsável por mais de uma em cada 100 mortes (OMS, 2015). Neste contexto, a ideação suicida insere-se como uma das dimensões do suicídio, o qual envolve pensamentos sobre tirar a própria vida ou estar morto. Assim, é necessário estar atento às características, pois quanto mais frequente e mais detalhada, maior o risco do ato em si (CALDEIRA, 2015).

As tentativas de suicídio, notificadas pela saúde são conhecidas como violência autoprovocada, sendo esta um dos sintomas constituintes de transtornos mentais, principalmente a depressão e abuso/dependência de álcool e outras drogas, a ausência de apoio social, o histórico de suicídio na família, falência financeira, entre outros eventos desencadeadores.

Em Santa Catarina, de 2016 a 2021, foram registradas **13.748** internações por situação de risco elevado de suicídio (TABNET, BRASIL). A APS enquanto ordenadora do cuidado, deve estar preparada para identificar e acolher um paciente que esteja apresentando pensamentos e/ou comportamentos suicidas, para, caso necessário, encaminhá-lo a outro serviço sem perder o referenciamento na APS, de forma a evitar a internação, ou em casos graves, o óbito.

O acolhimento ao paciente em risco de suicídio pode ser pensado a partir de quatro passos. O primeiro é saber ouvir o paciente e entender suas motivações, pois muitas vezes o que o leva à APS são as [queixas somáticas](#). A partir deste primeiro contato, a escuta clínica e o bom julgamento clínico devem estar presentes no trabalho, pois todo paciente que fala sobre suicídio tem risco em potencial e merece atenção especial.

O terceiro passo corresponde ao manejo, frisa-se que **a abordagem verbal pode ser tão ou mais importante que a medicação**. Por fim, é importante identificar e tratar transtornos psiquiátricos presentes, porém ressalta-se que a presença, ou não, de transtorno psiquiátrico não é, e nem deve, ser entendido como a motivação principal da ideação suicida do paciente.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) propõe um método para investigação do risco de suicídio (figura 7), contudo, ressalta-se que esta abordagem deve ser feita com cautela e de maneira gradual. Essa investigação é dividida em perguntas que serão dirigidas a todos os usuários, e perguntas que serão feitas a apenas para aqueles indivíduos que responderam às duas perguntas iniciais que sugerem, pelas respostas, um risco de suicídio (BRASIL, 2014).

- [Informações sobre o acolhimento ou outras práticas de intervenção psicossocial, podem ser vistas no capítulo 4.](#)

Figura 7. Método de investigação do risco de suicídio

MATERIAL COMPLEMENTAR

1. **Você tem planos para o futuro?** A resposta do paciente com risco de suicídio é não;
2. **Se a morte viesse, ela seria bem-vinda?** Desta vez a resposta será sim para aqueles que querem morrer.

Se o paciente respondeu como foi referido acima, o profissional de saúde fará estas próximas perguntas:

1. **Você está pensando em se machucar/se ferir/fazer mal a você/em morrer?**
2. **Você tem algum plano específico para morrer/se matar/tirar sua vida?**
3. **Você fez alguma tentativa de suicídio recentemente?**

Fonte: Conselho Federal de Medicina, 2014

A partir do contato com o paciente, é preciso investigar e avaliar se:

Figura 8. Método de investigação do risco de suicídio

MATERIAL COMPLEMENTAR

- * Há meios acessíveis para ele cometer suicídio? (Armas, andar onde mora, remédios ou inseticidas);
- * Qual a letalidade do plano e a concepção da letalidade pelo paciente? Qual a probabilidade de resgate/como foi o resgate?;
- * Alguma preparação foi feita? (Carta, testamento ou acúmulo de comprimidos);
- * Quão próximo o paciente esteve de completar o suicídio? O paciente praticou anteriormente o ato suicida ou já tentou?;
- * O paciente tem habilidade de controlar seus impulsos?;
- * Há fatores estressantes recentes que tenham piorado as habilidades de lidar com as dificuldades ou de participar no plano de tratamento?;
- * Há fatores protetores? Quais os motivos para o paciente se manter vivo? Qual a visão do paciente sobre o futuro?

É importante colocar que para o manejo desse paciente é necessário incluir familiares ou pessoas próximas para monitoração e apoio e fornecer acesso a suporte clínico quando o paciente necessitar. Ainda, instruir familiares sobre necessidade de procurar a emergência nos casos graves, restringir o acesso dele a meios letais (armas e medicações), e informá-lo sobre esforço em ajudar e agendamento de consultas para que o usuário se sinta conectado

e com suporte (BRYAN et al., 2009).

Também é de extrema importância que o profissional identifique os gatilhos para a ideação suicida, de forma a ajudá-lo a evitar que ocorra novamente. Além disso, traçar estratégias para lidar, e orientar atividades saudáveis para manejar ou distrair o usuário quando houver pensamentos suicidas também é uma excelente forma de cuidado com esse paciente (BRYAN et al., 2009).

SAIBA MAIS: [Cartilha - Suicídio: Informando para Prevenir](#)

3.6 O manejo da crise no território

O que vem a ser uma situação de crise em saúde mental? Costumeiramente já ouvimos frases como: “a pessoa surtou!”, “fulano está descompensado, enlouqueceu!”, para definir situações em que alguém, por alguma razão, mudou seu comportamento dito “normal” e, sem freios, exacerbou sua dinâmica de ser, extrapolou a expressão de suas emoções revelando-se aos outros ao seu redor como alguém em desequilíbrio, fora de sua normalidade. Os profissionais da RAS, em todos os pontos de atenção, já devem ter presenciado algo semelhante ao descrito e tiveram que se posicionar frente ao manejo desta situação.

Sabe-se também que para a crise se desencadear, há um “gatilho” específico para cada pessoa, podendo este ser um objeto, um lugar, um evento climático, uma pessoa, algo que pertença ao seu mundo de relações e que esteja alinhado com seu sofrimento psíquico de tal modo que o empurra, para uma realidade impossível de se vivenciar. Assim, a “crise” rouba a cena e a pessoa, para fugir de uma realidade carregada de dor e insuportável de se viver, a crise se impõe.

Toda **situação de vida que nos empurre para a condição de incapacidade de resolução de impasses ou conflitos** nos leva a uma crise. Por conta disto, a pessoa em sofrimento é quem detém a autoridade máxima daquilo que está acontecendo, há um caminho percorrido até a crise ser exteriorizada, e para tanto, há mudanças no curso de seu cotidiano, nos momentos que antecedem a crise, que se somam a experimentações de ordem emocional referentes ao seu mundo de relações já fragilizado. Este momento que antecede a crise é conhecido como **“Evento Sentinela”**.

Uma pessoa em crise, expressa **sinais** que caracterizam esta situação, os quais permitem ao profissional detectar o evento e defini-lo como ‘crise’, entretanto para reconhecer estes sinais ele deve conhecer a história de vida do usuário. O uso dos sinais torna-se instrumento de intervenção do profissional por duas razões: para detectar a crise em curso e, para antecipar os sinais e atuar na prevenção de sua ocorrência.

Algumas vezes, o usuário em crise não chega a um serviço de saúde, recusando-se a

buscar ajuda. Nesses casos, a equipe da APS e/ou do CAPS deve dirigir-se ao local onde o usuário se encontra, e, se necessário, conduzi-lo ao serviço indicado. Todavia, onde quer que chegue, deve ser acolhido e escutado, antes de qualquer decisão sobre o encaminhamento.

Diante de uma possível crise, importante verificar os seguintes aspectos:

Quadro 9. Aspectos para considerar diante de uma crise

- Fala acelerada e descoordenada
- Discurso delirante
- As características psicopatológicas e a gravidade clínica do quadro
- A intensidade do sofrimento do usuário e das demais pessoas envolvidas
- O grau dos distúrbios e conflitos que a situação de crise provoca nas relações familiares e sociais
- Até que ponto estão preservados os laços familiares e afetivos
- Se existem, e quais são os suportes para o usuário na família, na comunidade, em todo o âmbito do território
- Os recursos da Rede Local de Atenção Psicossocial para o atendimento da crise
- As condições de renda, moradia, segurança e demais direitos de cidadania do usuário

Na APS é muito comum situações de crise por uso prejudicial de álcool, neste sentido, enquanto os CAPS têm a responsabilidade de manejar a crise com vistas ao seu cessamento, a APS não tem este dever, mas pode e deve manejá-la visando amenizar seus sintomas e proceder com o devido referenciamento do caso. É importante que os profissionais da APS, e demais pontos de atenção, fiquem atentos a entender alguns aspectos do manejo de sinais e sintomas do atendimento às situações de crise que envolvem o uso de álcool e outras drogas. São eles: intoxicação, abstinência, comorbidades, e dificuldades no relacionamento interpessoal.

3.7 Os Impactos da Covid-19 no adoecimento mental

No intuito de minimizar os efeitos nocivos da pandemia da Covid-19, a OMS propôs que o distanciamento social se mostrou o mais importante. Entretanto, a pandemia tem desencadeado alterações bruscas na vida das famílias e da sociedade em geral, adicionando novos focos de tensionamento e estresse, agravamento dos sintomas de ansiedade e depressão, criando espaços para o surgimento de insegurança e angústia tanto nas famílias, quanto nos profissionais de saúde (SANTA CATARINA, 2020).

Os riscos e agravos na saúde mental decorrentes de tão elevado nível de estresse durante eventos epidêmicos podem comprometer e ter efeito duradouro no bem-estar geral da população, para além do período do surto (KANG *et al.*, 2020). Ainda assim, nem todos os indivíduos que vivenciaram o enfrentamento à Covid-19 vão adoecer psicologicamente, mas se o estresse crônico estiver afetando o bem-estar e, de algum modo, prejudicando o

desempenho das funções diárias, um serviço especializado de saúde mental pode ajudá-los no reequilíbrio emocional.

Figura 9. Sinais e sintomas comuns durante a pandemia da Covid-19

Irritabilidade, insônia ou sonolência incomum, falta de apetite ou fome fora do comum, baixa concentração, desânimo ou aceleração, fraqueza/baixa energia, dificuldade para relaxar ou ficar rememorando os acontecimentos do dia no período de descanso, dores no corpo persistentes, tremores sem explicação, inquietação e desesperança



A presença desses sinais e sintomas, conforme figura, é esperada. Ocorre que, a frequência, a persistência e a intensidade deles que deve requerer atenção, especialmente, se em alguma medida, prejudicam a qualidade de vida do usuário e/ou interferem negativamente na execução das suas tarefas diárias (NOAL, 2020).

Ressalta-se a importância do reconhecimento de seus próprios limites e pedir ajuda quando necessário for, a fim de viabilizar o apoio, o suporte e atenção tanto às suas limitações físicas, quanto psicológicas na medida em que estão em contato com exposição recorrente a fatores estressantes (ROHDE, 2020). A pandemia da Covid-19 apresenta um luto de contornos próprios, vivenciado de forma significativa por famílias que perderam seus entes pela Covid-19.

No cenário atual, a inexistência ou restrições dos rituais de luto diante da imposição sanitária, levam às famílias a terem que viver a experiência sem o ritual de despedida. Entende-se que os rituais de despedida são uma tradição que oferece ao enlutado a possibilidade importante de se reorganizar, abraçar outras pessoas, estar junto aos familiares e amigos. A suspensão ou impedimento deste momento ser compartilhado redimensiona o agravo, que pode representar coletivamente um sofrimento que poderá perpetuar para além da pandemia (FRANCO, 2020).

4. PRÁTICAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Entende-se que as práticas em saúde mental podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental deve ser o entendimento do território e a **relação de vínculo** da equipe de saúde com os usuários.

Os profissionais da Atenção Primária deparam-se frequentemente com muitas dificuldades no manejo e acompanhamento das pessoas em sofrimento emocional. A identificação e a discussão dessas dificuldades devem ser feitas juntamente com esses profissionais em encontros matriciais ou em outras atividades de educação permanente da equipe.

Assim, essas práticas constituem-se em importante estratégia para o cuidado em Saúde. Para tanto, disponibilizamos, a seguir, ações em saúde mental que dialogam com o conceito ampliado de saúde e com a integralidade do cuidado, e que podem ser realizadas tanto na APS, quanto em outros pontos de atenção.

4.1 Acolhimento como conduta permanente

O acolhimento na APS deve levar em consideração o sofrimento e outros aspectos envolvidos na qualidade de vida daquele usuário que chega à Rede, de forma a evitar sua fragmentação. Uma pessoa vista em sua integralidade, pressupõe que se considere seu adoecer em sua multiplicidade de determinantes biopsicossociais.

No acolhimento, saber trabalhar com a escuta e entender a narrativa dos usuários,

permite que se consiga lidar com a multiplicidade de queixas que são relatadas e, fundamentalmente, criar o vínculo. A escuta com os usuários em saúde mental é pré-requisito para realizar um trabalho coerente, mas não são todos os profissionais que mantêm a atitude correta em escutar, muitas vezes, eles ouvem os usuários com a intenção de diagnosticá-los, mais importante do que saber “o que o usuário tem”, no sentido psicopatológico, é atentar para aquilo que o faz sofrer.

O **acolhimento** estabelece o **vínculo** e permite o cuidado. A escuta permite o desabafo (denominado catarse em termos psicológicos) e cria espaços para a pessoa refletir sobre seu sofrimento e suas causas. Vínculo, na língua portuguesa consta no dicionário como sinônimo de: “Ligação, relação, laço, ligação, relacionamento, união, vinculação”.

Faz parte do acolher, acordos e negociações entre o cuidador e quem recebe o cuidado, são estratégias fundamentais para uma boa relação com o usuário, as negociações devem incluir a família ou aquelas pessoas que fazem parte de seu círculo social mais próximo, pessoas em quem o usuário confia. O princípio de pactuação ou negociações que devem ser feitas no processo do cuidar, vale também para as relações profissionais com os colegas, porque, em alguns casos, há um profissional da equipe que pode fazer mais por um usuário do que outro profissional.

O vínculo, como uma conquista do acolhimento, tem como premissa a concessão de espaço para a fala, sem interrupção. A partir disto, o usuário consegue esclarecer seus receios, medos e inseguranças, de forma a aumentar a informação para o profissional, facilitando a organização de suas idéias. Entretanto, apesar da prática ter o intuito de subsidiar o tratamento, algumas dificuldades são comumente vivenciadas pelos profissionais da atenção primária, como:

- Tendência a dar soluções e conselhos
- Dificuldade em manejar o tempo de cuidado e de expectativa de melhora do quadro, em casos de saúde mental quem definirá o tempo é a pessoa em sofrimento

➤ **Ambas as situações citadas acima como dificuldades devem ser trabalhadas com o intuito de fortalecer o profissional no momento de sua escuta, como fazer isto?**

- 1) O profissional deve deixar a pessoa confortável e segura para poder falar, o local de escolha desta conversa deve ser aquele em que o usuário mais se sinta confortável, às vezes este local é até mesmo fora da unidade de saúde, no banco de uma praça próxima ao serviço, no espaço externo da unidade de saúde, quem deve escolher é o usuário!
- 2) A postura corporal do profissional é de grande importância, evitar cruzar os braços ao estar frente ao usuário, buscar olhar nos olhos da pessoa mostrando que sua atenção é exclusivamente para aquilo que ele falar;
- 3) O profissional deve ficar atento para não “perder o usuário”, muitas vezes a pessoa precisa falar conteúdos que lhe incomodam e, é precisamente naquele momento em que ela busca falar com o profissional, caso se deixe para depois, corre-se o risco do usuário não sentir-se mais confortável para tanto e, principalmente na APS, o profissional corre o risco de

ter deixado passar a fala de uma pessoa que poderia estar vivendo um momento de ideação suicida, por exemplo.

4) Os profissionais têm que ter claro que quem define a temporalidade da aproximação entre eles e os usuários, será sempre o usuário! Não obstante, o profissional tem que estar atento para os momentos de aproximação por parte do usuário, nesta relação. O mesmo vale para os ganhos que se espera, como resultado das intervenções, este tempo também é definido pelo usuário. **Os profissionais não podem exigir mudanças e avanços em um tempo que não seja o do usuário**, e isto vale para todos os pontos de atenção.

4.2 Plano Terapêutico Singular (PTS)

É no processo de cuidar que consolidamos o vínculo, no decorrer do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário. E quando falamos de Projeto Terapêutico Singular é fundamental ressaltar que não se trata somente da agenda do usuário no serviço. **Projeto Terapêutico Singular é projeto de vida**, é processo. Não se trata necessariamente do longo prazo. É preciso pactuar objetivos maiores, é lógico. Mas é no “miúdo” do cotidiano que vamos construindo este projeto, e ele é vivo, ou seja, muda como muda a vida.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral (BRASIL, 2008).

Um Projeto Terapêutico Singular (PTS) bem desenvolvido é fundamental para a vinculação do usuário. Quando ele sente que está sendo ouvido em seus interesses e demandas, sendo cuidado do jeito que é e não alvo de julgamento ou “transformação”, o trabalho passa a fazer sentido para ele e, conseqüentemente, aumentam vigorosamente as chances dele se vincular ao serviço, aderir ao processo de cuidar. Para que isso possa acontecer, é indispensável a participação protagonista do usuário na construção e desenvolvimento do PTS.

Um Projeto Terapêutico Singular deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação (BRASIL, 2008).

Considerações importantes para a formulação do PTS

- Abordagens biológica e farmacológica
- Abordagens psicossocial e familiar
 - Apoio do sistema de saúde
 - Apoio da rede comunitária

- Definir as atribuições do trabalho em equipe: quem faz o quê

Ressalta-se que o PTS é o direcionamento das ofertas de cuidado construído a partir da identificação das necessidades do sujeito e de sua família, de acordo com o arranjo sócio histórico, afetivo, emocional e econômico em que o usuário se encontra. O PTS deve ser composto por ações dentro e fora do serviço e deve ser conduzido, acompanhado e avaliado por profissionais ou equipes de referência junto ao usuário e, quando necessário, aos seus familiares ou responsáveis.

O PTS deve ser revisto sistematicamente, levando em conta os projetos de vida, o processo de reabilitação psicossocial (com vistas à produção de autonomia) e a garantia dos direitos. Ademais, deve estar claro aos profissionais da APS e à equipe de saúde mental que o trabalho compartilhado e multiprofissional é indispensável, entretanto, é preciso clareza quanto à delimitação das tarefas que devem ser factíveis, e quanto à definição dos responsáveis por cada tarefa.

SAIBA MAIS: [Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, do Ministério da Saúde](#)

4.3 Clínica Ampliada

Ao trabalhar com Saúde Mental podemos distinguir três modos de intervenção: biomédico, social e o psicológico, sendo comum o profissional utilizar-se apenas de uma delas, sendo as demais excluídas. A proposta da Clínica Ampliada busca mudar esta prática, constituindo-se numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas na área das ciências da saúde tendo em vista que a regência do processo de trabalho é ditada pela demanda singular que o indivíduo impõe, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação.

No plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa e negociada. Trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe, compartilhar saberes e poderes é trabalhar também com conflitos.

É certo que o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe alguma regularidade e produz uma igualdade. Mas esta universalidade é verdadeira apenas em parte. Isso pode levar à suposição de que sempre bastaria o diagnóstico para definir todo o tratamento para aquela pessoa.

Muitos profissionais tendem a considerar tudo o que não diz respeito às doenças como uma demanda “excessiva”, algo que viola o seu “verdadeiro” papel profissional. A Clínica Ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional.

Na prática, a clínica ampliada funcionará através da escuta, onde o profissional da saúde vai buscar junto ao usuário, os motivos pelos quais ele adoeceu e como se sente com os sintomas, para compreender a doença e se responsabilizar na produção de sua saúde. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar desses sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional.

4.4 Matriciamento

O Matriciamento é uma ferramenta que busca aumentar a resolutividade dos problemas enfrentados pelas equipes de referência em Estratégia da Saúde da Família - ESF. Segundo o Ministério da Saúde, é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

Este modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, e tem a função de estruturar um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a APS (BRASIL, 2011). As ações de matriciamento, ou apoio matricial, objetivam promover a integração técnica por meio do compartilhamento de informações e conhecimento entre a equipe da APS e profissionais da equipe de referência das especialidades.

Estes aspectos na atenção à saúde da população mostram-se essenciais para que haja o atendimento integral à saúde do usuário, proporcionando-lhe não somente o bem estar físico, advindo do tratamento biológico, mas também, o bem estar psicológico e social, devido à abrangência do cuidado para todos os âmbitos de vida do usuário que busca atendimento no SUS (ZURBA, 2011).

4.4.1 A consulta conjunta de saúde mental na APS

A consulta conjunta é uma técnica de aprendizagem em serviço voltada a dar respostas resolutivas às demandas da assistência à saúde que reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o usuário e, se necessário, a família deste. A ação se faz a partir da solicitação de um dos profissionais para complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do solicitante para traçar um plano terapêutico.

Destaca-se que a consulta conjunta desenvolve com o tempo, a construção de competências para compreender e lidar com as demandas da APS e da ESF. A conquista dos profissionais de saúde em realizar a consulta conjunta se dá principalmente por meio da troca

de questionamentos, dúvidas, informações e apoio entre as partes (BRASIL, 2011).

Indica-se cautela para que a consulta não acumule um número maior de profissionais que o necessário, para que não haja constrangimento do usuário e acompanhantes. No entanto, uma consulta conjunta, para receber este nome, necessita de pelo menos um profissional de saúde mental e um profissional da APS.

Quadro 10. Etapas da consulta conjunta na APS

Etapas da consulta conjunta na APS	
Contato prévio entre as equipes	<ul style="list-style-type: none"> → ESF e CAPS pactuam planejamento da primeira consulta → Ter claro que a consulta é uma ação COMPARTILHADA → Esclarecer que a equipe de saúde mental não irá simplesmente atender e sim trabalhar junto sobre o caso em questão, respeitando a longitudinalidade do cuidado → Levantar frequência e intensidade das queixas e sintomas
Discussão preparatória para o atendimento	Discutir a situação em conjunto, de preferência com todos os profissionais envolvidos.
Explicação do modelo ao usuário e solicitação de permissão	<p>Relatar ao usuário:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Um membro da ESF, preferencialmente, deve informar ao usuário o porquê deste atendimento e como acontecerá → Que esta consulta permite maior eficiência no cuidado de seu caso e o profissional que o acompanhará possui conhecimento amplo e aplicado na especificidade do sofrimento que o usuário traz → Esclarecer sobre outras formas de cuidado que podem ser recomendadas
Discussão de uma conduta compartilhada	Discutir condutas não medicamentosas sempre, mesmo quando for indicada ou solicitada avaliação para um tratamento medicamentoso
Organização da revisão do caso	<ul style="list-style-type: none"> - Normalmente, a maioria dos usuários só precisa de revisão em caso de falha terapêutica. - Usuários com transtornos mentais mais graves, e que a equipe deseja manter somente na APS, ou que se recusam a serem tratados em cuidados especializados, devem ter revisões mais constantes - O encaminhamento de um usuário à atenção secundária não impede que o caso dele continue a ser visto e discutido na APS

4.4.2 Visita domiciliar conjunta na APS

A busca ativa que se realiza nas idas e vindas do profissional ao território tem a visita domiciliar como um de seus propósitos. Este é um recurso utilizado tanto na APS, quanto nos CAPS, e expressa-se que incorporação das visitas no processo de trabalho destes serviços deve fazer parte da cultura da rede SUS.

A visita domiciliar conjunta de saúde mental na APS apresenta diversas características comuns à consulta conjunta. O recurso da visita domiciliar faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial. Supõe-se que centros de atenção psicossocial (CAPS) e equipes de saúde da família (ESF) competentes realizem, com regularidade, visitas domiciliares a usuários que, por diversas razões – em especial, dificuldade de deambulação ou recusa –, não podem ser atendidos nas unidades de saúde.

As equipes dos CAPS, em geral, fazem o seguimento domiciliar de pacientes portadores de transtornos mentais graves e persistentes, o que acentua um caráter quase terciário a esse tipo de atendimento e um papel importante do psiquiatra e psicólogo. Em situações típicas, a visita domiciliar das equipes do CAPS também inclui:

- Terapeutas ocupacionais para a discussão de atividades de vida diária com o usuário e seus familiares;
- Assistentes sociais para atuação quanto à garantia de direitos.

Já no caso das ESF, o maior volume de visitas domiciliares se dá para os usuários idosos, acamados e com necessidades especiais. Em segundo lugar vêm os casos de maior complexidade social ou psicossocial. Essa maior variabilidade precisa ser avaliada pela equipe de apoio matricial em saúde mental, pois se por um lado essas visitas são provavelmente o procedimento matricial mais complexo, por outro lado elas são capazes de prover um número incrível de pistas que irão auxiliar na condução do caso.

4.5 Grupos Terapêuticos

As atividades em grupo, que suscitam a interação e aproximação da unidade de saúde, podem ser realizadas por agentes comunitários de saúde (ACS) com colaboração de outros profissionais. Estas atividades devem possibilitar a comunicação entre indivíduos e um incremento de sua rede social promovendo a saúde mental. São exemplos:

Quadro 11. Grupos terapêuticos

Grupo de crianças e idosos	Grupo "conhecendo o bairro"
<p>Um grupo como esse pode possibilitar que idosos contem histórias, realizem brincadeiras antigas e beneficiem-se da interação social com jovens. As crianças poderiam ensinar sobre tecnologias, recebendo atenção e vivenciando vínculos e reforço da autoestima.</p>	<p>Pode beneficiar pessoas em risco de adoecimento pelo isolamento social ou sedentarismo; portadores de transtornos mentais graves em uso de medicação que predisponha ao ganho de peso (mesmo que assistidos pelos CAPS podem beneficiar-se das atividades no seu território e manter a aproximação com a UBS); entre vários outros.</p>

Já as atividades terapêuticas, devem ser estruturadas baseadas em evidências científicas coordenadas por profissional legalmente habilitado para a função, com metodologias e objetivos claros. Por exemplo:

Quadro 12. Grupos de atividades terapêuticas

Grupo de Psicoeducação	Grupo de pais ou pais e filhos
<p>O profissional de saúde mental pode auxiliar usuário e familiar a compreender a doença mental. Estimular o desenvolvimento de fatores de proteção, adesão ao tratamento e reconhecimento dos sinais de desestabilização e manejo familiar são temas que podem ser abordados e beneficiar a todos.</p>	<p>Para pais de crianças com atrasos leves do neurodesenvolvimento, déficits sociais que não justifiquem intervenção especializada individual, problemas familiares entre outros. De acordo com a necessidade podem ser ofertados grupos específicos, como coordenados por fonoaudiólogos para intervenções em linguagem, por psicólogos para estímulo de aquisição de habilidades sociais ou manejo de sintomas de oposição e desafio, por médicos, enfermeiros ou pediatras para cuidados adequados de saúde. Esses grupos também podem focar no apoio à parentalidade saudável, nos casos de fragilidades reconhecidas, visando reduzir a ansiedade e depressão dos pais e propiciando um melhor desenvolvimento para as crianças, contribuindo significativamente para prevenção de transtornos mentais para ambos.</p>

Grupos de atividade física	Grupo GAM
São geralmente coordenados por profissionais de saúde, nos casos em que há indicação de atividade física como tratamento e há a necessidade de supervisão especializada, Programas como a Academia de Saúde podem ser de extrema relevância para prevenção dos transtornos mentais ou como adjuvante no tratamento e reabilitação psicossocial.	A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia a partir da qual o usuário passa a conhecer e participar efetivamente do próprio tratamento, tendo em consideração os medicamentos a serem utilizados, os efeitos colaterais, interações com outras medicações e os cuidados a serem tomados. Parte do pressuposto que cada indivíduo tem uma relação própria com a medicação a ser utilizada e, desse modo, uma experiência própria.

Fonte: ONOCKO-CAMPOS, 2013

Estas atividades baseiam-se nos princípios de Autonomia e Cogestão. Autonomia para que, a partir do conhecimento necessário, os pacientes possam escolher entre as possibilidades terapêuticas a que mais se adequa a seus interesses e experiências pessoais. A cogestão está pautada na divisão de responsabilidades entre o profissional de saúde e o paciente/usuário na qual o profissional aconselha, oferece alternativas terapêuticas, coloca-se à disposição para eventuais dificuldades no processo.

Então, após a escolha de uma linha terapêutica há a pactuação entre profissional e usuário. A partir de então, cabe fundamentalmente ao paciente a adesão e complementação do processo. A interação em grupo busca compartilhar saberes compreendendo que dentro das diversas individualidades há percepções de cada um dos membros em relação ao próprio tratamento (ONOCKO-CAMPOS, 2013).

SAIBA MAIS: [Guia de Gestão Autônoma da Medicação](#)

4.6 Práticas Integrativas e Complementares

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) com o objetivo de implantar no SUS a oferta da medicina tradicional chinesa, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica. A Política atua na perspectiva de oferecer aos usuários mais uma opção terapêutica e incentivar pesquisas na área das Práticas Integrativas e Complementares (PICS).

As PICS são sistemas e recursos terapêuticos que valorizam a escuta acolhedora,

vínculo terapêutico entre profissional de saúde e usuário, o conceito ampliado de saúde, a promoção do autocuidado, além de serem seguras, eficazes e com baixo custo para os serviços. Atualmente, fazem parte da PNPIC um rol de 29 PICS (Quadro 12).

Quadro 13. Rol de Práticas Integrativas e Complementares na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Práticas Integrativas e Complementares na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	
Aromaterapia	<p>Utiliza as propriedades dos óleos essenciais para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção da saúde física e mental. Os óleos essenciais podem ser utilizados por inalação, massagens, banhos, enxaguatório bucal, aplicação tópica, ingestão e óvulo vaginal. Alguns exemplos de <u>óleo essencial</u> de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavanda (<i>Lavanda augustifolia</i>) tem eficácia na diminuição da ansiedade, estresse, depressão e melhora a qualidade do sono; - Rosa (<i>Rosa damascena</i>) tem efeitos positivos na diminuição da ansiedade e na melhora da qualidade do sono. - Sândalo (<i>Santalum álbum</i>) e Camomila-romana (<i>Chamaemelum nobile</i>) são indicados para diminuição da ansiedade; - Bergamota (<i>Citrus bergamia</i>), Camomila romana (<i>Anthemis nobilis</i>), Gerânio (<i>Pelarganium graveolens</i>), Limão (<i>Citrus limon</i>) e Melissa (<i>Melissa officinalis</i>) são eficazes na diminuição e controle da ansiedade, estresse e depressão. <p>A indicação de uso deve ser realizada por profissional capacitado!</p>
Plantas medicinais	<p>A fitoterapia é uma prática integrativa baseada no uso de plantas medicinais de diversos modos, vias e apresentações, sem adição de substâncias isoladas. Prática muito comum e extremamente difundida, portanto exige atenção ao uso racional, devido ao risco de interações e efeitos adversos. Alguns exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Lavandula latifolia</i> (alfazema, alfazema-brava) e o <i>Hypericum perforatum</i> L. auxiliam na diminuição da depressão; - <i>Passiflora incarnata</i> L. (maracujá-vermelho), <i>Valeriana officinalis</i> e <i>Gingko biloba</i> auxilia no controle do Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. - <i>Actaea racemosa</i> L. (<i>Cimicifuga racemosa</i>) e <i>Piper methysticum</i> (Kava-Kava) para transtornos cognitivos.
Medicina Tradicional Chinesa –	<p>Estão entre as PICS mais utilizadas pelos usuários. Tanto a acupuntura quanto a auriculoterapia mostraram resultados</p>

acupuntura e auriculoterapia	positivos para diminuição da ansiedade e depressão, além de diminuição da dor crônica, que é uma condição de saúde que pode potencializar sintomas depressivos e/ou ansiosos.
Homeopatia	Conhecida como uma prática terapêutica holística, que vê a pessoa como um todo, direciona o tratamento de forma exclusiva, de acordo com a individualidade do usuário, considerando características específicas e substâncias altamente diluídas para compor o tratamento indicado para cada caso. Os medicamentos homeopáticos e a farmacopeia brasileira estão incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).
Yoga	Prática oriental fundamentada em exercícios mentais e corporais, associada à meditação. Entre os principais benefícios da Yoga, estão: diminuição do estresse, regulação do sistema nervoso e respiratório, equilíbrio do sono, aumento da vitalidade, melhora da concentração, criatividade e fortalecimento do sistema imunológico.

Fonte: BRASIL, 2020; CABSIN, 2021; CABSIN, 2022; FERREIRA, et al, 2021.

De acordo com o Mapa de Evidências das PICS, publicado pelo Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN), mais de 800 revisões sistemáticas de estudos clínicos controlados demonstram os efeitos positivos da acupuntura, auriculoterapia, plantas medicinais, homeopatia, aromaterapia, yoga, meditação, prática corporal chinesa e reflexologia para problemas de saúde mental como depressão, ansiedade transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. A indicação de uso deve ser realizada por profissional capacitado (BRASIL, 2018).

SAIBA MAIS: [Guia de Plantas Medicinais de Florianópolis](#)

4.7 Psicofármacos

Psicofármacos são medicações que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC), independentemente do mecanismo, modulando funções como humor, cognição, psicomotricidade e sensopercepção (MANCINI; VALIENGO, 2019). Entre os medicamentos desta classe, podemos citar os antidepressivos, estabilizadores de humor, antipsicóticos, benzodiazepínicos, entre outros.

No Brasil, os transtornos mentais podem constituir até um terço da demanda na APS, chegando a 50%.⁴ predominando sintomas depressivos e ansiosos, tais como insônia, fadiga,

irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, os quais, isoladamente, não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade⁵

A utilização de psicofármacos, no Brasil, tem sido exacerbada, sugerindo indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos, o que leva a uma terapêutica ineficiente. Há relatos na literatura de prescrição excessiva para diagnósticos como: depressão, transtorno bipolar e hiperatividade⁴, nesses casos, é importante o profissional avaliar e ponderar a eficácia da terapia medicamentosa dirigida aquele usuário que se apresenta dentro de um contexto sócio-histórico e cultural específico, quais as medicações possíveis de menor efeito colateral e de respostas mais adequadas com menor peso de interações medicamentosas prejudiciais frente a outra comorbidade, sempre com a possibilidade de propor estratégias para promover mudanças de comportamento no uso apropriado de medicamentos.

Deve ser considerado o anseio do médico em resolver as queixas do paciente, frequentemente apenas de cunho emocional, o que leva a medidas de efeito imediato, como a prescrição de drogas psicoativas como se fossem "calmantes". Além disso, há ainda a busca do paciente por tais soluções instantâneas em detrimento de medidas não farmacológicas, como atividade física ou tratamento psicológico. Isso contribui para prescrições despropositadas, conforme corroborado pela literatura.^{19,20,21}

Abaixo, aspectos importantes a serem considerados:

Quadro 14. Aspectos para considerar no momento da prescrição de psicofármacos

- 1. Idade do usuário:** Os psicofármacos, em sua maioria, foram estudados para sua utilização em adultos com menos de 65 anos, portanto, para serem usados em indivíduos de outras faixas etárias é preciso um pouco mais de cautela. Em crianças e adolescentes é importante dividir a dose em mais de uma dose diária, já que nesta idade o fígado é capaz de metabolizar com mais rapidez os medicamentos. Em idosos, ao contrário, é importante um cuidado maior ao introduzir ou retirar medicações, uma vez que nesta faixa etária os indivíduos geralmente possuem uma dificuldade maior para degradar as substâncias.
- 2. Usuários hepatopatas:** Outro cuidado especial deve ser direcionado a usuários com **hepatopatia**, que trata-se de um grupo de doenças que atingem o fígado de forma primária ou secundária, ocasionando alteração estrutural extensa e deficiência funcional intensa, progressiva e grave, além de incapacidade para atividades laborativas e risco à vida. Esta característica deve ser considerada visto que a maioria dos psicofármacos é metabolizada no fígado.
- 3. Ganho de peso:** Alguns fármacos têm o ganho de peso como efeito colateral mais importante. Assim, é relevante que o profissional da Atenção Primária se atente ao perfil

metabólico (glicemia e lipidograma) e ganho de peso desses pacientes.

4. Alteração de psicofármaco: A retirada ou troca de psicofármaco deve ser realizada de forma lenta e gradual (3 a 7 dias) para evitar efeitos colaterais importantes, com atenção especial a benzodiazepínicos e anticonvulsivantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Daniel; TÓFOLI, Luís Fernando; FORTES, Sandra. **Somatização e sintomas sem explicação médica**. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: Princípios, formação e prática. 2ª. ed. [S. l.]: Artmed, 2019. cap. Capítulo 237, p. 2036-2043.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2014.

BERNARDO, Marcia Hespanhol; GARBIN, Andréia De Conto. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, p. 103-117, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/> [Acesso em 04 de outubro de 2022].

_____. Ministério da Saúde. **CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde - **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 2017.

BRITO, Valéria Cristina de Albuquerque et al. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022.

BRYAN, Craig J. et al. Managing suicide risk in primary care: Practice recommendations for behavioral health consultants. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 40, n. 2, p. 148, 2009.

CABSIN. Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. **Mapa de evidências em PICS**. Disponível em: <https://cabsin.org.br/membros/2020/10/18/mapa-evidencias-pics/>

_____. Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. **Mapa de Evidências Plantas Medicinais Brasileiras** [Internet]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2022. Disponível em: <https://public.tableau.com/app/profile/bireme/viz/plantasBR-pt/evidence-map>

_____. Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. **Mapa de Evidências e efetividade clínica da Homeopatia** [Internet]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2022. Disponível em: <https://public.tableau.com/app/profile/bireme/viz/homeopatia-pt/evidence-map>

CALDEIRA, Patrícia Isabel Beijoca. **Tentativa de suicídio e ideação suicida na adolescência: Uma amostra clínica**. 2015. Tese de Doutorado.

CARVALHO, Francisco; SILVA, Ricardo Garcia; QUEIROZ, Vasco. **Perturbações do sono**. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. 2ª. ed. [S. l.]: Artmed, 2019. cap. Capítulo 241, p. 2075-2082.

CECÍLIO, LC de O.; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; Associação Brasileira de Psiquiatria; Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília; 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf.

COVITEL, **Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em tempos de pandemia**, Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/Covitel-Inque%CC%81rito-Telefo%CC%82nico-de-Fatores-de-Risco-para-Doenc%CC%A7as-Cro%CC%82nicas-na%CC%83o-Transmissi%CC%81veis-em-Tempos-de-Pandemia.pdf>

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 131-139, 2013.

FERREIRA, B. R.; SOUSA, L. C. A. D.; TASSARA, K. R.; WASTOWSKI, I. J.; PIRES, D. D. J. Aromaterapia na Saúde Mental em Tempos de Pandemia pelo Coronavírus Sars-Cov2. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 3, p. 70, 2021.

FRANCO, C. M. FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linha-cuidado-integral.pdf>.

FRANCO, M. H. P. Estamos vivendo um novo luto? Covid-19 ressignifica rituais de despedida. [Entrevista cedida a] Ana Cláudia Peres. **RADIS Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, 29 jun. 2020. Disponível em: <https://radis.enp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/estamosvivendo-um-novo-luto>. Acesso em: 07 jan. 2021..

KANG, L. et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **The Lancet Psychiatry**, London, UK v. 7, n. 3, p. e14, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030/>. Acesso em: 23 de dez. 2020.

LOVISI, Giovanni Marcos et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, p. S86-S93, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 593-606, 2010.

MANCINI, Renato Lendimuth; VALIENGO, Leandro da Costa Lane. **Psicofármacos**. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. 2ª. ed. [S. l.]: Artmed, 2019. cap. Capítulo 236, p. 2026-2035.

MARQUES, Thiago Da Cruz. **Somatização e Sintomas sem Explicação Médica: A Necessidade de Comunicação Eficaz**. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/23589/1/51366_THIAGO%2520DA%2520CRUZ%2520MARQUES.pdf

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00149720, 2020.

MERHY, Emerson E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. 1997.

NOAL, Débora da Silva; PASSOS, Maria Fabiana Damasio; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. 342 p.

OMS. "**Depression: let's talk**" says WHO, as depression tops list of causes of ill health. 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/detail/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>>. Acesso em 15 de agosto de 2022.

_____. **World mental health report: Transforming mental health for all**. 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>>. Acesso em 15 de agosto de

2022.

_____. **World health statistics** . 2015. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2015.pdf>>. Acesso em 15 de agosto de 2022.

_____. **Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030**. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>>. Acesso em 15 de agosto de 2022.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2889-2898, 2013.

ROHDE, L. A (coord.). **Guia de saúde mental pós pandemia no Brasil**. Porto Alegre: Instituto de Ciências Integradas (INI), 2020. E-book. Disponível em: <https://www.pfizer.com.br/sites/default/files/inline-files/Guia-de-Saude-Menta-%20pospandemia-Pfizer-Upjohn.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 012/2020: MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**. 012 ed. Santa Catarina: Diretoria de Atenção Primária à Saúde, 2020. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/NT%20Violencia%20domestica_24-05-2020.pdf.

ZURBA, Magda do Campo (organizadora) **Psicologia e Saúde Coletiva** - Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011.