LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

GOVERNO DE SANTA CATARINA

SUS

Ícones crido por: Freepik e Headdress para www.flaticon.com

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 À SAÚDE MENTAL

DEZEMBRO
2019

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Governador

Carlos Moisés da Silva

Secretário de Estado da Saúde

Helton de Souza Zeferino

Superintendência de Gestão e Planejamento

Carmem Regina Delziovo

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Maria Simone Pan

Elaboração e Organização

Caroline Galli Moreira

Danilo Mascarenhas Galvão Santos

Deisy Mendes Porto

Yasmim Borges Carlan dos Santos

Avaliadores

Ana Borges França - Mestre em Saúde Coletiva - Núcleo Estadual de Saúde Mental/DAPS/SES/SC

Maria Simone Pan - Mestre em Saúde e Meio Ambiente - DAPS/SES/SC

Formatação e Organização Design Gráfico

Yasmim Borges Carlan dos Santos

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO 6
2.SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA 7
3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE 10
4.NOVOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 11
4.1. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL 11
5. COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE 12
6. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO 14
6.1. PLANOS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL 16
7. FERRAMENTAS PARA ATENÇÃO À PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS, NEUROLÓGICOS E POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 18
7.1. MI-mhGAP: DEPRESSÃO 18
7.2. CONSIDERAÇÕES QUANTO AO USO DE ANTIDEPRESSIVOS 20
8. GESTÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA 23
9. INTERVENÇÃO COMPLEMENTAR DA APS DA SAÚDE MENTAL 27
10. ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA 28
10.1. TRANSVERSALIDADES DAS PRÁTICAS DE CUIDADO E SABERES INDÍGENAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS POVOS INDÍGENAS 29
11. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS 31
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Avaliação MI-mhGAP 2018..... 18
Figura 2: Manejo MI-mhGAP 2018.....20
Figura 3: Seguimento MI-mhGAP 2018 21
Figura 4: Modelo da Rede de Cuidados na Atenção Psicossocial Indígena 30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Matriz de Competências da Rede de Atenção à Saúde Mental.....12
Quadro 2: Estratificação de Risco em Saúde Mental.....15
Quadro 3: Antidepressivos..... 21
Quadro 4: Características Psicopatológicas Comuns no Estado Mental dos Suicidas..... 23
Quadro 5: Como Abordar o Usuário..... 24
Quadro 6: Mitos Comuns sobre Comportamentos Suicidas.....25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Taxas de Suicídio por Região de Saúde - Santa Catarina.....8
Tabela 2: Dimensionamento da População Alvo em Santa Catarina.....9

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial da Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
DIVE – Diretoria de Vigilância Epidemiológica
SINAM – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
APS – Atenção Primária à Saúde
UAP – Unidade de Atenção Psicossocial
ESF – Estratégia Saúde da Família
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
ONG – Organização Não Governamental
PSE – Programa Saúde na Escola
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
UBS – Unidade Básica de Saúde
DEP – Depressão
MS – Ministério da Saúde
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
OPAS – Organização Pan Americana da Saúde
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SasiSUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Sistema único de Saúde
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
UBSI – Unidade Básica de Saúde Indígena
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
PNAISPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem importante papel na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por ser a principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção à saúde. As pessoas acometidas por transtorno mental, decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas, desde alterações leves até as mais graves, devem ter o seu cuidado na APS da mesma forma como as que sofrem das demais condições crônicas de saúde. Como o estigma e o próprio prejuízo decorrente da doença afetam negativamente a capacidade de cuidado geral de saúde do portador de transtorno mental, a APS deve transpor esses desafios para ofertar assistência integral.

As equipes de APS - Atenção Básica (AB), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) - devem estabelecer vínculos de compromisso e responsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e dos recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença, que os acometem ou poderão acometer; do acolhimento e do atendimento contínuo ao longo do tempo. Destaca-se que, mesmo quando o usuário é assistido por outro serviço especializado ou quando se indica uma internação, este continua a ser de responsabilidade da equipe de APS (BRASIL,2006;2017).

Quanto aos transtornos mentais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) calculou custos de tratamento e resultados de saúde em 36 países de baixa, média e alta renda para os períodos entre 2016 e 2030. O estudo aponta que os baixos níveis de reconhecimento e de acesso a cuidados para depressão e ansiedade resultam em uma perda econômica global de um trilhão de dólares todos os anos. Cada dólar investido na ampliação do tratamento para transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade, resulta em um retorno de quatro dólares em melhores condições de saúde e capacidade de trabalho para a população (OMS,2017).

Desde 2008 a OMS tem o programa Mental Health Gap Action Programme (mhGAP – Programa de Ação sobre a Lacuna de Saúde Mental), que já possui uma versão atualizada e traduzida para o português. Propomos a utilização, nesta Linha de Cuidado em Saúde Mental, deste programa que incentiva a implantação de serviços de saúde mental em atenção primária trazendo de forma objetiva como avaliar e tratar os principais transtornos mentais.

O objetivo desta Linha de Cuidado é fornecer subsídios para que a APS possa realizar ações em saúde mental para a população sob sua responsabilidade, visando ações de prevenção de agravos, de tratamento e de promoção de saúde mental. Destacamos ainda a importância de fornecer subsídios para a identificação precoce do transtorno mental com a finalidade de instituir o tratamento oportuno, evitando a cronificação e a recorrência, além da redução do impacto da doença e o tempo perdido com sintomas sobre o indivíduo, seus familiares e a sociedade.

Outro objetivo dessa Linha de cuidado é fornecer subsídios aos municípios e regiões para a organização da RAPS a nível regional/municipal. As linhas de cuidado buscam organizar fluxos, atribuições de serviços na organização do itinerário das pessoas dentro da rede de cuidado.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2013), as doenças mentais e neurológicas atingem aproximadamente 700 milhões de pessoas no mundo e menos de um terço destes recebe acompanhamento adequado.

A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) afirmam que os transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas têm elevada prevalência e são responsáveis por uma grande carga de doença e incapacidade em todo o mundo. De acordo com os estudos, os transtornos mentais, neurológicos e por abuso de álcool e outras drogas interferem consideravelmente na capacidade de aprendizado das crianças e de funcionamento dos adultos na família, no trabalho e na sociedade em geral.

Os dados da OMS (2018) demonstram que depressão é um transtorno comum e estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram com ela e aproximadamente 800 mil morram por esta causa a cada ano no mundo. “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, 2018). Este transtorno pode causar à pessoa um grande sofrimento e problemas no trabalho, na escola ou no meio familiar. No pior dos casos, a depressão pode levar ao suicídio.

A literatura mostra que a associação entre suicídio e transtornos mentais é de mais de 90%. Entre os transtornos mentais associados ao suicídio, a Depressão Maior se destaca (McGirr, A. et al, 2007). Os outros transtornos mentais que aparecem na literatura associados ao suicídio são os transtornos bipolares do humor, abuso de álcool, esquizofrenia e transtornos de personalidade (Meleiro, 2004).

Refletir sobre Suicídio é também analisar por que este fenômeno tem sido silenciado ao longo dos anos pela sociedade, autoridades responsáveis, profissionais de saúde e familiares, camuflando assim um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (Botega, 2002). O fato é que este silêncio não ajuda, é preciso abordar o suicídio de forma responsável e realista, para ajudar na prevenção. De acordo com a OMS (2018), embora existam tratamentos eficazes conhecidos para depressão, menos da metade das pessoas afetadas por essa condição no mundo (em muitos países, menos de 10%) recebe tais tratamentos. Existem barreiras ao tratamento e elas podem ser associadas à falta de profissionais, de recursos e o próprio estigma da sociedade associado aos transtornos mentais. Também cabe ressaltar a barreira associada a falta de diagnóstico, quando o profissional não detecta os sinais e sintomas sugestivos do quadro, e por isso a importância do olhar atento dos profissionais para os sinais e sintomas sugestivos de transtornos mentais.

Santa Catarina tem uma grave situação relacionada ao suicídio segundo o Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, do Ministério da Saúde lançado em 2017 . Os dados referentes à mortalidade por suicídio nos últimos dez anos apontam que o estado apresenta quase o dobro da média nacional e atualmente é o segundo estado com as maiores taxas do país. A Região Sul do Brasil, apesar de concentrar apenas 14% da população do país, concentra 23% dos registros de suicídio.

Tabela 1: Taxas de Suicídio por Região de Saúde - Santa Catarina (2010-2015)

Região	Taxa/100 mil habitantes
Alto Uruguai Catarinense	15,44
Extremo Oeste	13,68
Meio Oeste	10,86
Xanxerê	10,43
Oeste	10,36
Alto Vale do Itajai	9,97
Serra Catarinense	6,69
Laguna	9,55
Carbonifera	9,45
Extremo Sul Catarinense	8,98
Planalto Norte	8,38
Alto Vale do R. do Peixe	8,23
Foz do Rio Itajai	7,35
Nordeste	6,63
Grande Florianópolis	6,54
Médio Vale do Itajai	6,14

Fonte: Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, do Ministério da Saúde

Em Santa Catarina, em 2015, foram registradas 2.909 lesões autoprovocadas e 598 óbitos. No ano de 2016, foram registradas 2.990 lesões autoprovocadas (dentre elas tentativa de suicídio) e 603 pessoas foram a óbito.

A lesão autoprovocada é a violência que a pessoa inflige a si mesmo, podendo ser subdividida em comportamento suicida e em autoagressão (engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros)* . A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) considera como autoprovocados, as lesões e os envenenamentos intencionalmente desferidos pela própria pessoa a si mesma e as tentativas de suicídio.

Para o planejamento de ações em saúde mental no Estado, devemos levar em conta o dimensionamento do número de pessoas que necessitarão de cuidados nesta área. Considerando a população do estado, atualmente em 6.248.436 habitantes, e a prevalência das doenças mentais, temos o dimensionamento do número de pessoas que poderão necessitar de cuidados exposto na Tabela 2.

Tabela 2: Dimensionamento da população alvo em Santa Catarina

Transtorno mental		
Prevalência	12,0% da pop. geral	749.812
Transtornos mentais de baixo risco	50,0% da pop. prevalência	374.906
Transtornos mentais de médio risco	25,0% da pop. prevalência	187.453
Transtornos mentais de alto risco	25,0% da pop. prevalência	187.453
Dependência de álcool e outras drogas*		
Prevalência	6,0% da pop. geral	374.906
Baixo risco	30,0% da pop. prevalência	112.417
Médio risco	65,0% da pop. prevalência	243.688
Alto risco	5,0% da pop. prevalência	18.745
Total da população com transtorno mental e dependência de álcool e outras drogas no Estado de Santa Catarina		**1.124.718**

Fonte: IBGE/2018 - População no último censo [2010] - 6.248.436 pessoas

3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção a população que necessita de cuidados em saúde mental deve ser dar em rede de atenção. Na área da saúde mental a rede temática é denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Santa Catarina tem esta rede pactuada e aprovada pelo Ministério da Saúde nas 16 Regiões de Saúde.

A RAPS é uma das redes temáticas dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e é norteado pela Portaria de Consolidação nº 3 de 2017 em seu ANEXO V (em substituição à Portaria 3088/2011). Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para o Ministério da Saúde (2017), a RAPS tem como um de seus principais objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população e a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção. A promoção dos cuidados em saúde particularmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas) e a prevenção, reabilitação e reinserção das pessoas com dependência de crack, álcool e outras drogas devem ser feitos por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; tendo como principal alicerce a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias intersetoriais entre outros.

Dentro dessa rede a APS deve valorizar os princípios de territorialização, do vínculo com a população, do trabalho em equipe e da participação democrática, participativa e solidária da comunidade de acordo com suas necessidades reais, identificando fatores de riscos e intervindo quando necessário (BRASIL, 2000).

4. NOVOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Em 2017 a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde (MS), Estados e Municípios, anunciou medidas para fortalecer o atendimento aos usuários com transtornos mentais no Sistema Único de Saúde (SUS), publicando mudanças na Política Nacional de Saúde Mental.

Assim, para responder às necessidades de atendimento especializado, em conjunto com a APS e os pontos já existentes na política de saúde mental, um novo ponto foi proposto: a Equipe de Multiprofissional Especializada em Saúde Mental.

4.1. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3 de 2017, na forma do Anexo V em seu Título II-B, fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental. Essas Equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei federal nº 10.216 de 2001. A assistência será organizada a partir da APS, que identificará a necessidade de referenciamento à equipe especializada, podendo-se utilizar a ferramenta da estratificação de risco, para embasar a avaliação de casos a serem referenciados levando-se em consideração as especificidades e individualidades de cada caso.

É de competência de essas equipes ampliarem o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais moderados mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade; prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela APS; constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental; trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção da rede SUS; e estabelecer 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 (BRASIL, 2018). Para saber mais, acesse no o link a seguir: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/26571478/do1-2018-06-20-portaria-n-544-de-7-de-maio-de-2018-26571452. Vale ressaltar que este dispositivo não tem por objetivo substituir os CAPS.

A seguir, elencamos os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde mental; de acordo com os níveis de atenção primário, secundário e terciários e as suas competências assistenciais.

Destacamos que o usuário permanece sempre como responsabilidade da sua equipe de referência na APS, mesmo quando ele é referenciado para outros serviços e níveis de atenção da rede.

5. COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Cada ponto de atenção na rede de saúde mental tem suas competências e seu território sanitário. Abaixo elencamos os pontos, competências e os territórios nos três níveis de atenção à saúde - primária, secundária e terciária.

Quadro 1: Matriz de Competências da Rede de Atenção à Saúde Mental

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITORIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	Grupos de ajuda mútua	• Acolhimento • Socialização/reinserção • Ajuda entre pares • Informação • Compartilhamento de vivências	Comunidade
	Consultório na rua	• Acolhimento • Busca ativa • Cadastramento • Identificação de riscos • Orientação, encaminhamentos • Vínculo	Rua
	Equipe APS/UBS	• Acolhimento • Estratificação de risco • Ordenamento do cuidado • Cadastramento • Vínculo • Responsabilidade pelos usuários de seu território • Garantia do cuidado e da resolubilidade da atenção para o usuário de baixo e médio risco • Compartilhamento com o CAPS do cuidado ao usuário de alto risco • Projeto Terapêutico Singular • Educação em saúde • Atividades coletivas • Busca ativa • Atenção domiciliar • Identificação de fatores de risco e de proteção	Território de abrangência
	Academia da Saúde	• Práticas corporais/atividades físicas • Práticas artísticas • Promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar • Planejamento das ações em conjunto com a equipe de APS	Território de abrangência
	NASF/Equipe matricial	• Matriciamento • Atendimento multiprofissional • Projeto Terapêutico Singular • Compartilhamento do cuidado ao usuário de médio risco • Compartilhamento do cuidado ao usuário de alto risco – para municípios que não possuem CAPS • Educação permanente da APS	Território de abrangência
SECUNDÁRIA	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	• Acolhimento • Reabilitação psicossocial (reinserção social, assembléias, oficinas, atenção aos familiares, projeto de geração de renda, atividades em grupo ou coletivas, etc) • Projeto Terapêutico Singular • Matriciamento • Compartilhamento com a APS do cuidado ao usuário de alto risco • Atenção às situações de crises • Atendimento multiprofissional • Articulação da rede intra e intersetoriais • Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico - SRT (caso tenha SRT vinculado) • Definição de acolhimento na Unidade de Acolhimento e no Serviço de Atenção em Regime Residencial (caso tenha estes serviços vinculados)	Território de abrangência
	Unidade de Acolhimento ou Serviço de Atenção em Regime Residencial	• Acolhimento definido pelo CAPS • Acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório • Moradia transitória com saída programada • Vinculação ao CAPS • Projeto Terapêutico Singular em conjunto com o CAPS • Atenção aos familiares • Articulação com a Rede Intersetorial visando a reinserção social, familiar e laboral	Território de abrangência
	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental	• Atenção integral à usuário com transtorno mental moderado articulado com o CAPS e toda a RAPS • Atenção multiprofissional em saúde • Atendimento especializado • Estratificação de risco	
TERCIÁRIA	Pronto Atendimento	• Atendimento às urgências e emergências em saúde mental • Classificação de risco (clínico/psiquiátrico) • Orientação aos familiares • Encaminhamento para continuidade do cuidado na RAPS • Encaminhamento para internação, quando necessário, por meio do SISREG	Território de abrangência

	Hospital Geral	• Atendimento em momentos de agudização ou reagudização de pessoas com transtorno mental, visando a remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico • Atendimento às co-morbidades clínicas • Encaminhamento para a continuidade do cuidado na RAPS • Atendimento multiprofissional, visando o retorno ao tratamento ambulatorial assim que possível	Território de abrangência
	Hospital Especializado em Psiquiatria	• Atendimento aos usuários de médio e alto risco, após esgotados os outros recursos terapêuticos • Atendimento em momentos de agudização ou reagudização de pessoas com transtorno mental, visando a remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico • Orientação aos familiares • Encaminhamento para a continuidade do cuidado na RAPS • Atendimento multiprofissional, visando o retorno ao tratamento ambulatorial assim que possível	Território de abrangência
	Serviço Residencial Terapêutico	• Atendimento de egressos de Hospital Psiquiátrico de longa permanência e sem vínculo familiar • Moradia • Reinserção social e reabilitação psicossocial • Vinculado ao CAPS	Comunidade

Fonte: Adaptado de Secretaria do Estado de Saúde do Paraná / 2014

6. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Conhecer a população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico para instituir a atenção baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A estratificação de risco permite conhecer e discutir mais sobre o paciente, possibilitando que ações sejam planejadas de acordo com as necessidades da população, além de orientar o melhor manejo para os casos estratificados.

Como exemplo, a Secretaria de Saúde do Paraná vem apresentando bons resultados com a implantação da estratificação de risco em saúde mental. Construiu seus documentos orientadores com os profissionais da rede e obteve validação da Associação Paranaense de Psiquiatria. Dessa forma, reconhecendo o valor do material, consideramos apresentá-lo como uma ferramenta a ser utilizada na avaliação dos casos atendidos na rede, mas lembrando que a atenção à saúde na APS deve ir além dos cuidados de saúde mental, abrangendo o cuidado de saúde integral ao usuário.

A estratificação de risco utiliza parâmetros para orientar em que nível deverá ocorrer a assistência em saúde. No entanto, nem sempre os sinais e sintomas definidos como graves e persistentes em determinado grupo exigem que a atenção em saúde ocorra num nível secundário ou terciário, assim como, os sinais e sintomas dos grupos definidos como leves não necessariamente excluem a necessidade de um atendimento em nível secundário.

Os sinais e sintomas foram divididos em seis grupos e foram pontuados de acordo com a resposta recebida (SIM/NÃO).

GRUPO I – Sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns.
GRUPO II – Sintomas relacionados aos transtornos mentais severos e persistentes.
GRUPO III – Sintomas relacionados à dependência de álcool e outras drogas.
GRUPO IV – Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência.
GRUPO V – Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam nos idosos.
GRUPO VI – Fatores que podem se constituir em fatores agravantes ou atenuantes de problemas de saúde mental já identificados.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: São circunstâncias consideradas sentinelas porque exigem mais atenção e cuidado das equipes de saúde, além da aplicação da estratificação de risco:

• GESTAÇÃO,• POPULAÇÃO INDÍGENA,• DEFICIÊNCIA MENTAL MODERADA OU SEVERA

EVENTOS AGUDOS: Nestes casos não se faz estratificação de risco, pois são consideradas situações de urgência para as quais deve ser aplicada a classificação de risco como em qualquer outro evento agudo:

• OCORRÊNCIA RECENTE DE TENTATIVA DE SUICÍDIO
• CRISE OU SURTO PSICÓTICO

O somatório dos itens (Quadro 2) respondidos como SIM aos sinais e sintomas determinará um escore para a estratificação de risco como baixo, médio ou alto risco em saúde mental.

Quadro 2: Estratificação de Risco em Saúde Mental

Nome (com letra de forma e sem abreviaturas):			
Nome do profissional e registro (que realizou atendimento):			
Número de Prontuário na UBS:			**Data:**
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: 1) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma; 2) Realiza a somatória dos números circulados; 3) O total de pontos brutos será o escore para a Estratificação de Risco.			
	SINAIS E SINTOMAS	**NÃO**	**SIM**
GRUPO I	Sensação de morte iminente e/ou pânico	0	5
	Medo intenso	0	2
	Desrealização	0	3
	Despersonalização	0	3
	Crises conversivas	0	3
	Crise dissociativa	0	3
	Queixas somáticas persistentes e/ou hipocondríacas	0	1
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos e/ou conjunto de rituais	0	3
	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa	0	4
	Tristeza persistente acompanhada ou não de choro	0	2
GRUPO II	Ideação suicida e/ou tentativa de suicídio	0	9
	Isolamento social	0	6
	Heteroagressividade e/ou autoagressividade	0	9
	Desinibição social e sexual	0	7
	Hiperatividade associada ou não a atos impulsivos	0	3
	Euforia	0	4
	Elevação desproporcional da autoestima	0	2
	Delírio	0	8
	Alucinação	0	10
	Alteração do curso do pensamento	0	9
	Perda do juízo crítico da realidade	0	10
GRUPO III	*Delirium tremens*	0	10
	Tremor associado ao hálito etílico e sudorese etílica	0	3
	Incapacidade de redução e controle do uso de drogas	0	6
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros	0	6
	Tolerância	0	3
GRUPO IV	Dificuldade manifestada na infância e/ou adolescência de compreender e transmitir informação	0	3
	Movimentos corporais ou comportamentais estereotipados	0	5
	Desatenção manifestada na infância e/ou adolescência	0	4
	Inquietação constante manifestada na infância e/ou adolescência	0	2
	Regressão	0	1
GRUPO V	Perda da memória	0	3
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social	0	4
	Desorientação temporal e espacial	0	5
GRUPO VI	Resistência ao tratamento e/ou refratariedade	0	4
	Recorrência ou recaída	0	9
	Uso abusivo de substâncias psicoativas	0	10
	Exposição continuada ao estresse	0	3
	Precariedade de suporte social	0	3
	Precariedade de suporte familiar	0	6
	Testemunha de violência	0	4
	Autor ou vítima de violência	0	8
	Perda da funcionalidade familiar e/ou afetiva	0	6
	Vulnerabilidade econômica e ambiental	0	3
	Comorbidade ou outra condição crônica associada	0	3
	Faixa etária > 6 anos e < de 18 anos	0	10
	Abandono e/ou atraso escolar	0	6
0 a 30 pontos – **BAIXO RISCO** 31 a 50 pontos – **MÉDIO RISCO** 51 a 236 pontos – **ALTO RISCO**			
PONTUAÇÃO TOTAL: **ESTRATIFICAÇÃO**:			

Fonte: Secretaria do Estado de Saúde do Paraná / 2014

A estratificação de risco servirá de base para o plano de cuidados que deverá ser elaborado em conjunto com o usuário e familiares, considerando a rede de apoio existente na comunidade.

6.1. PLANOS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

A APS como ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede deve coordenar o cuidado, prestando o atendimento ao usuário e fazendo o seguimento compartilhado com a RAPS, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxos dos usuários entre os pontos de atenção da RAS, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Não existe modelo único para a saúde mental na APS. Todos os envolvidos devem ser considerados na organização do serviço (usuários, familiares, profissionais da APS, profissionais de saúde mental e gestores).

Nas **situações estratificadas como de baixo risco**, como as que apresentam sintomas leves a moderados de depressão, ansiedade e somatização, os sintomas tendem a se sobrepor, além de compartilharem os mesmos fatores de risco e padrões de evolução. Nestes casos, os cuidados devem ser oferecidos com intensidade progressiva e os grupos não devem ser direcionados nem divulgados apenas para pessoas portadoras de um diagnóstico. Recomenda-se iniciar com cuidados de baixa intensidade (atividade física em grupo, panfletos de autoajuda, grupos de apoio), passando por grupos psicoeducacionais e de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência, evoluindo para o uso de terapia medicamentosa com supervisão especializada e psicoterapia em grupo ou individual, caso necessário (PARANÁ, 2014). Atendimentos individuais, ou consultas compartilhadas em saúde mental, também podem ocorrer quando identificada a necessidade pela APS, e juntamente com os NASF, nos municípios que possuem tais equipes.

Nas **situações estratificadas como de médio a alto risco**, a APS desempenha papel importante no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento com intervenções rápidas e efetivas na crise, na manutenção do tratamento farmacológico e nos programas de reabilitação psicossocial para os quadros psicóticos crônicos estáveis. Os atendimentos em domicílio e os vínculos com as famílias facilitam estas intervenções. Conforme for a rede municipal, as equipes de APS devem contar com capacitação, supervisão e apoio matricial de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), e dos pontos de atenção secundária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental. O usuário sempre continuará vinculado a APS de referência, onde o cuidado compartilhado tem se mostrado mais eficaz. Salienta-se, ainda, a necessidade de prover o cuidado para as comorbidades clínicas frequentes, não se limitando apenas ao fornecimento de medicação (PARANÁ, 2014).

Nos **problemas de saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência**, a APS exerce importante função de proteção da vida, respeito à dignidade, à liberdade e à convivência familiar, social e cultural. Os profissionais devem estar atentos para reconhecer os principais fatores de risco da saúde infanto juvenis, tais como: o contato precoce com substâncias químicas, álcool e suas complicações, as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez precoce. As ações vão desde a detecção dos sinais e sintomas precoces das comorbidades mais freqüentes, intervenções iniciais para estabilização e, se possível, reversão dos problemas; tendo como principal apoiador os profissionais especializados dos CAPS e/ou dos NASFs e/ou equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental (PARANÁ, 2014).

Dependência de álcool e outras drogas. O álcool é a droga de abuso com maior prevalência em usuários atendidos na APS. A identificação do padrão de consumo da bebida alcoólica e de outras drogas possibilita reconhecer sinais e sintomas de seu uso abusivo. Mediante isto, os cuidados e ações propostas incluem intervenções no sentido de mostrar claramente as consequências clínicas, psicológicas e sociais do uso contínuo de álcool e de outras drogas, discutir o risco envolvido, assim como encaminhar os usuários para serviços especializados, quando necessário. Podem ser programados na APS atendimentos em grupos ou encaminhamento para grupos de ajuda mútua e a promoção de ações intersetoriais, visando a redução de danos, bem como a manutenção da abstinência e prevenção de recaídas (PARANÁ, 2014).

7. FERRAMENTA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS, NEUROLÓGICOS E POR USO DE ÁLCOOL OUTRAS DROGAS NA APS

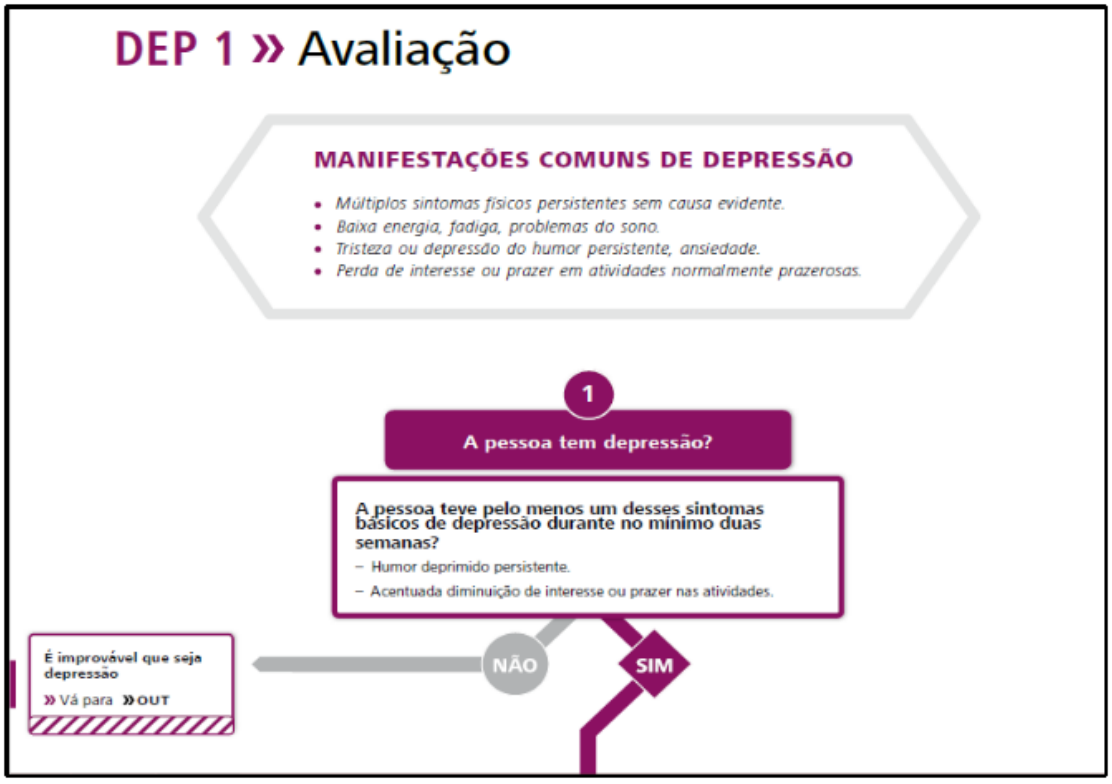
Para subsidiar as equipes da APS na elaboração do plano de cuidados de usuários em saúde mental sugere-se o uso de uma ferramenta técnica simples baseada nas diretrizes do mhGAP, o MI-mhGAP 2.0. Esta apresenta o manejo integrado de condições em saúde mental prioritárias com uso de protocolos para a decisão clínica reconhecendo a necessidade de oferecer serviços às pessoas com transtornos e seus cuidadores. Foi elaborada pelo departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS que elaborou também o Manual de Intervenções (MI-mhGAP) para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde com a finalidade de auxiliar na implementação do mhGAP.

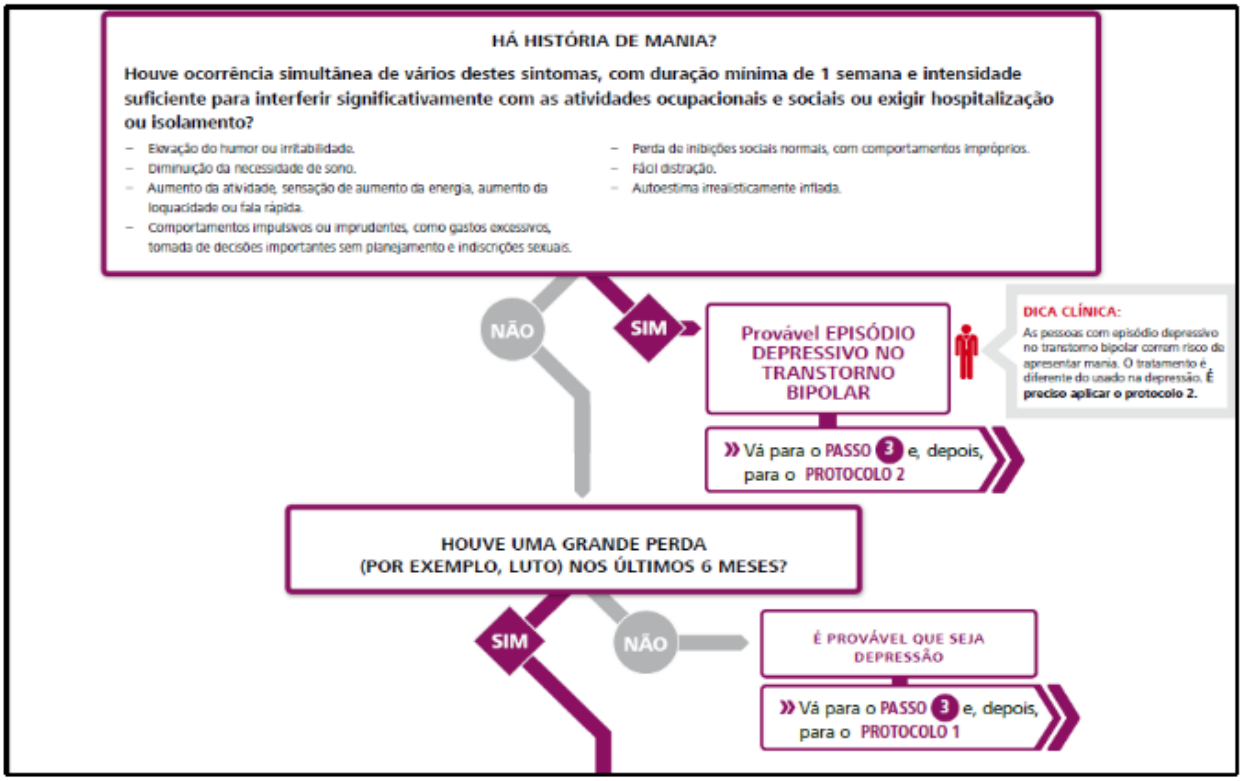
O MI-mhGAP 2.0 foi desenvolvido para ser utilizado em serviços de atenção à saúde, e se destina aos profissionais de saúde que trabalham em locais de atenção primária e secundária (APAS/OMS, 2018). Trazemos nesta publicação o fluxograma MI-mhGAP para a depressão porque consideramos ser de uso mais frequentes na APS. Caso haja interesse no documento completo, é possível acessar no link: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49096?locale-attribute=pt

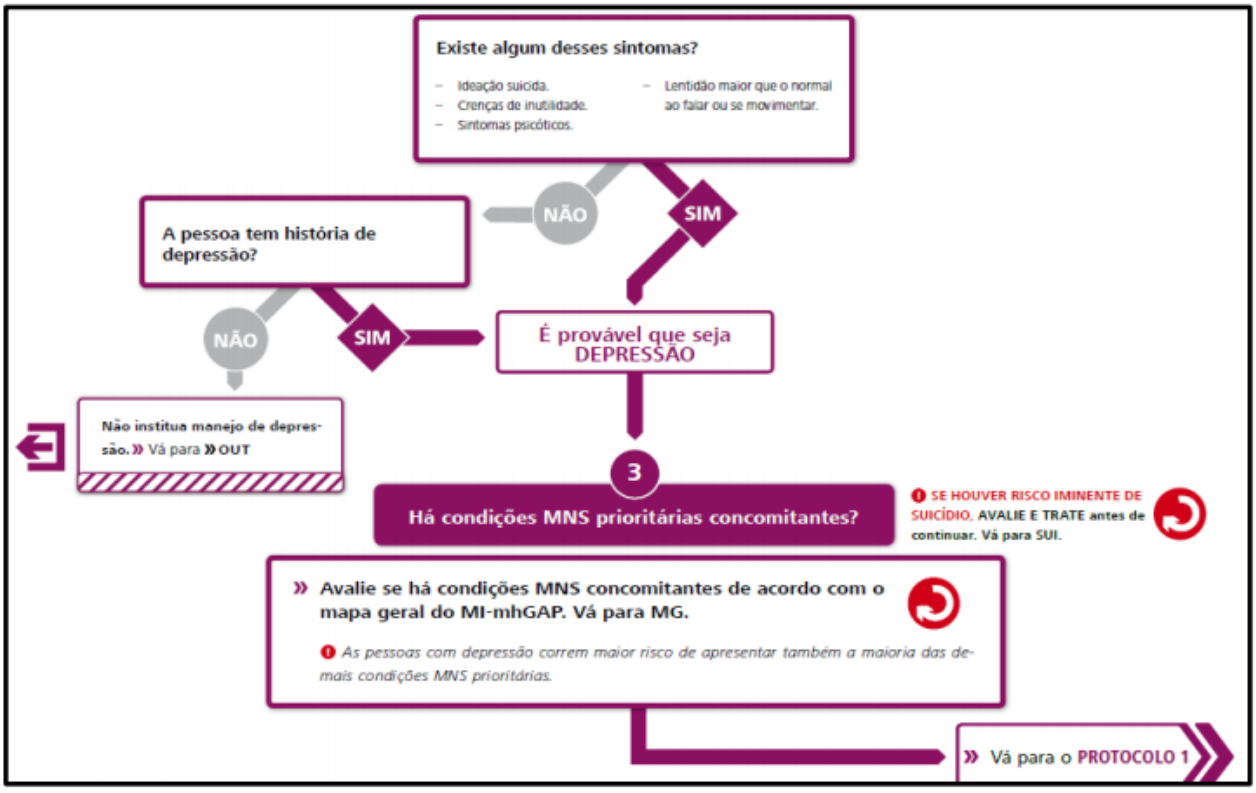
7.1. MI-MHGAP: DEPRESSÃO

Propomosba utilização do fluxograma do Guia de Avaliação e Manejo da depressão do MI-GAP. Este fluxograma parte da etapa inicial de avaliação dos sinais e sintomas da pessoa suspeita de depressão e a partir desta passa para o fluxograma do manejo e o seguimento da situação identificada. Veja abaixo:

Figura 1: Avaliação MI-mhGAP 2018

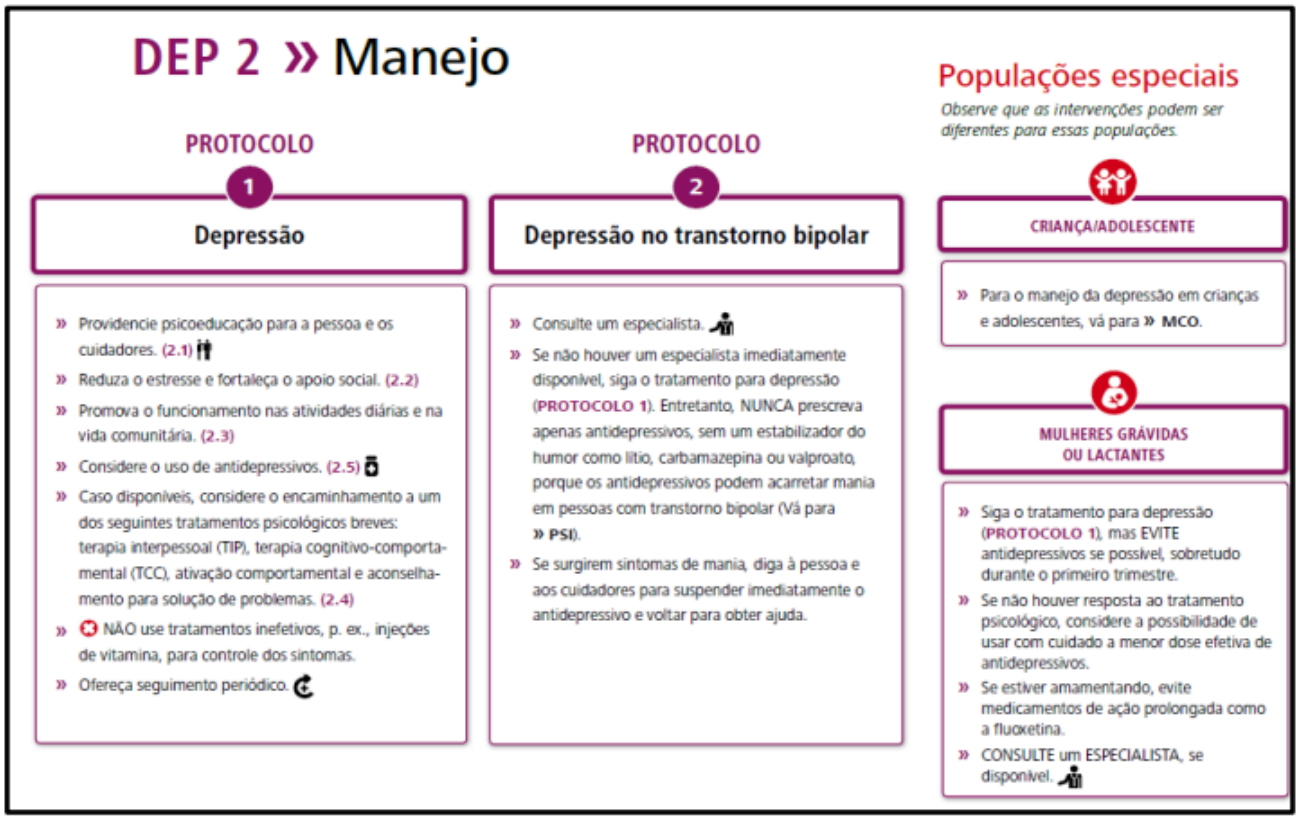






Fonte: MI-mhGAP 2018

Figura 2: Manejo MI-mhGAP



Fonte: MI-mhGAP 2018

7.2. CONSIDERAÇÕES QUANTO AO USO DE ANTIDEPRESSIVOS

Converse com a pessoa e decidam juntos sobre a prescrição de antidepressivos. Explique que:

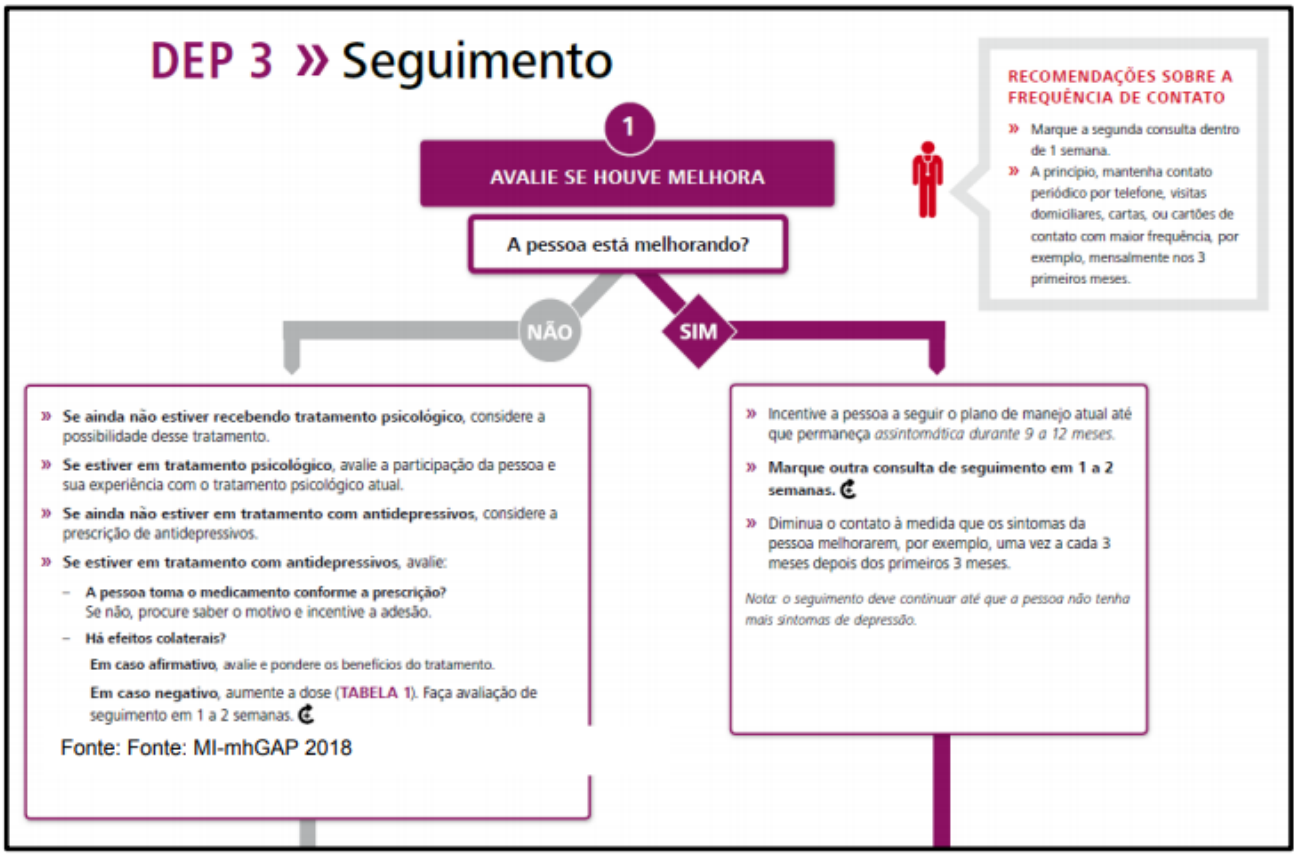
– Os antidepressivos não causam dependência.
– É muito importante tomar o medicamento todos os dias conforme a prescrição.
– Podem ocorrer alguns efeitos colaterais nos primeiros dias, mas eles costumam desaparecer.
– Em geral, são necessárias várias semanas (pelo menos, 4 semanas) até que se note a melhora do humor, do interesse ou da energia.
»» Considere a idade da pessoa, as condições médicas concomitantes e o perfil de efeitos colaterais do medicamento.
»» Comece com apenas um medicamento na dose inicial mínima.
»» Em geral, é preciso manter os medicamentos antidepressivos ao menos por 9 a 12 meses após a resolução dos sintomas.
»» Os medicamentos nunca devem ser interrompidos somente porque houve alguma melhora. Oriente a pessoa sobre o tempo recomendado de uso dos medicamentos.

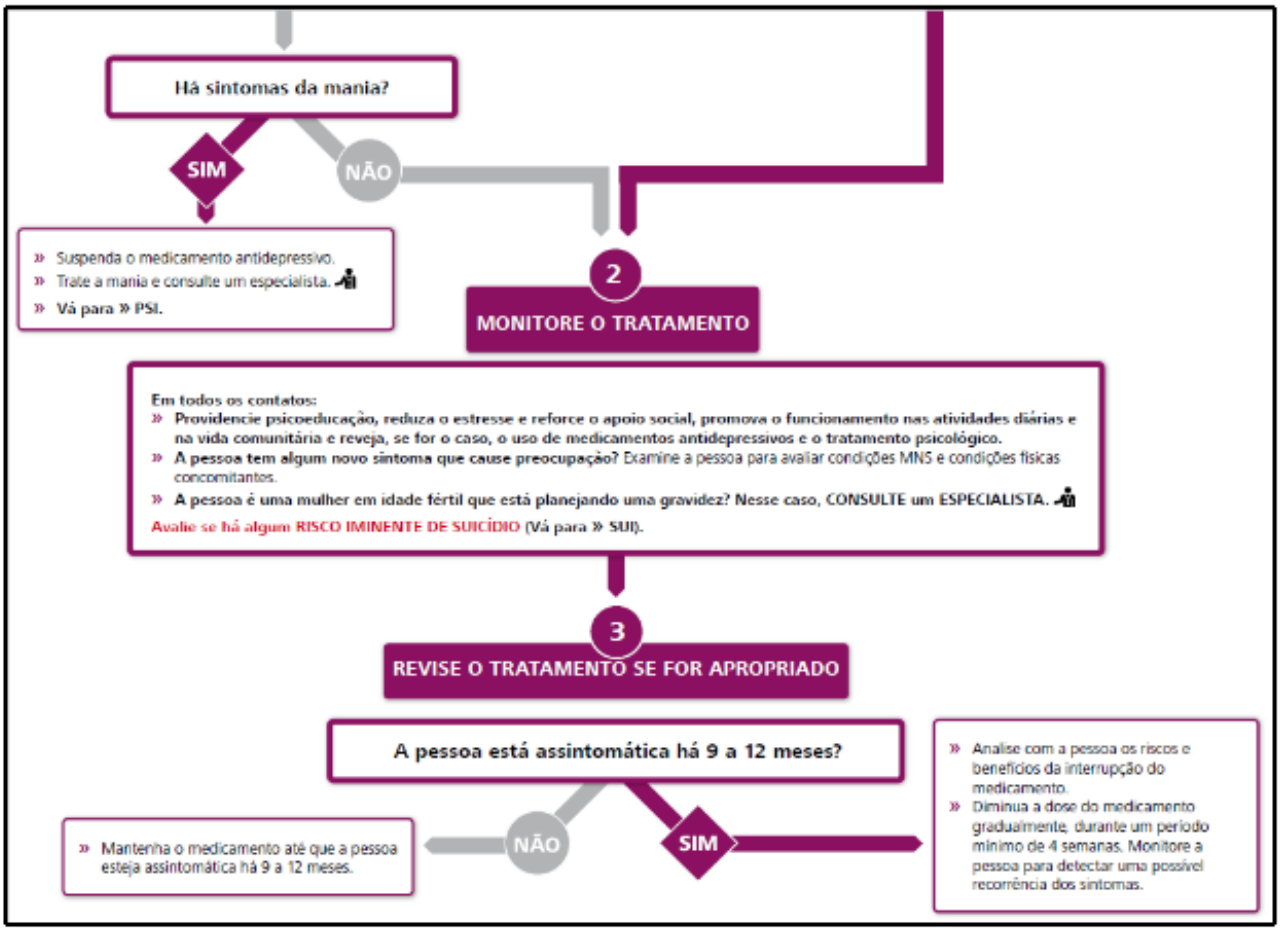
Quadro 3: Antidepressivos

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES/PRECAUÇÕES
AMITRIPTILINA [antidepressivo triciclico (ATC)]	**Comece** com 25 mg ao deitar. **Aumente** de 25-50 mg por semana até alcançar 100-150 mg por dia (máximo de 300 mg). Nota: a dose efetiva mínima em adultos é de 75 mg. Pode ocorrer sedação com doses menores. **Idosos/pessoas com doença médica**: comece com 25 mg ao deitar até alcançar 50-75 mg por dia (máximo de 100 mg). **Crianças/adolescente:** não use.	**Comuns**: sedação, hipotensão ortostática (risco de queda), visão borrada, dificuldade para urinar, náuseas, aumento de peso, disfunção sexual. **Graves**: alterações no eletrocardiograma (por exemplo, prolongamento do intervalo Qtc), **arritmia cardíaca, aumento do risco de convulsão**.	Evite em pessoas com **doença cardíaca**, história de convulsões, hipertireoidismo, retenção urinária ou glaucoma de ângulo fechado e transtorno bipolar (pode desencadear mania em pessoas com transtorno bipolar sem tratamento). **A overdose pode causar crises epilépticas, arritmias cardíacas, hipotensão, coma ou morte.** Os níveis de amitriptilina podem ser aumentados por antimaláricos, inclusive quinina.
FLUOXETINA [inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS)]	**Comece** com 10 mg/dia durante uma semana, depois aumente para 20 mg/dia. Se não houver resposta em 6 semanas, aumente para 40 mg (máximo de 80 mg). **Idosos/pessoas com doença médica**: opção preferida. Comece com 10 mg/dia, depois aumente para 20 mg (máximo de 40 mg). **Adolescentes:** Comece com 10 mg/dia. Aumente para 20 mg/dia se não houver resposta em 6 semanas (máximo de 40 mg).	**Comuns**: sedação, insônia, cefaleia, tontura, distúrbios gastrointestinais, alterações do apetite e disfunção sexual. **Graves**: **normalidades hemorrágicas** nos usuários de ácido acetilsalicílico ou outros anti-inflamatórios não esteróides, baixos níveis de sódio.	**Cuidado em pessoas com histórico de convulsões.** **Interações medicamentosas**: evite a combinação com **varfarina** (pode aumentar o risco de sangramento). Pode aumentar os níveis de ATCs, antipsicóticos e betabloqueadores. Cuidado ao combinar com tamoxifeno, codeína e tramadol (reduz o efeito desses medicamentos).

Fonte: MI-mhGAP 2018

Figura 3: Seguimento MI-mhGAP





Fonte: MI-mhGAP 2018

8. GESTÃO DE COMPORTAMENTO SUICIDA

A depressão pode estar associada ao comportamento suicida. A identificação, avaliação, e tratamento de indivíduos suicidas exigem a consideração de muitas variáveis importantes. O Conselho Brasileiro de Psiquiatria (2014) afirma que "ninguém é realmente capaz de prever com exatidão qual indivíduo irá se suicidar; apenas o risco pode ser estimado. A avaliação para o risco de suicídio inclui uma entrevista clínica e, freqüentemente, a coleta de dados junto a terceiros.

Quando uma pessoa apresenta pensamentos suicidas (ideação) é de grande importância iniciar os procedimentos de gestão do caso, ao qual pode-se incluir também o tratamento farmacológico ou internamento clínico.

Quadro 4: Características Psicopatológicas Comuns no Estado Mental dos Suicidas

➢ Ambivalência: O desejo de viver e de morrer se confundem no sujeito. Há urgência em sair da dor e do sofrimento com a morte, entretanto há o desejo de sobreviver a esta tormenta. Muitos não aspiravam realmente morrer, apenas queriam sair do sentimento momentâneo de infelicidade, acabar com a dor, fugir dos problemas, encontrar descanso ou final mais rápido para seus sofrimentos. Se for dado oportunamente o apoio emocional necessário para reforçar o desejo de viver, logo a intenção e o risco de suicídio diminuirão.
➢ Impulsividade: O suicídio, por mais planejado que seja, parte de um ato que é usualmente motivado por eventos negativos. O impulso para cometer suicídio é transitório e tem duração de alguns minutos ou horas. Pode ser desencadeado por eventos psicossociais negativos do dia a dia e por situações como: rejeição; recriminação; fracasso; falência; morte de ente querido; entre outros. Acolher a pessoa durante a crise com ajuda empática adequada pode interromper o impulso suicida do paciente.
➢ Rigidez: Quando uma pessoa decide terminar com a sua vida, os seus pensamentos, sentimentos e ações apresentam-se muito restritivos, ou seja, ela pensa constantemente sobre o suicídio e é incapaz de perceber outras maneiras de enfrentar ou de sair do problema. Estas pessoas pensam rigida e dramaticamente pela distorção que o sofrimento emocional impõe. Todo o comportamento está inflexível quanto à sua decisão: as ações estão direcionadas ao suicídio e a única saída possível que se apresenta é a morte; por isso é tão difícil encontrar, sozinho, alguma alternativa.

Fonte: Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014

Quadro 5: Cuidados durante uma crise suicida: Como elaborar

✓ Muitas vezes os indivíduos com possível risco de suicídio chegam ao profissional de saúde da atenção primária com queixas diferentes daquelas que chegariam ao psiquiatra. O que os levam a buscar a consulta são, geralmente, queixas somáticas. É importante sabe ouvir a pessoa e entender suas motivações subjacentes.
✓ Todo indivíduo que fala sobre suicídio tem risco em potencial e merece investigação e atenção especial. São fundamentais a escuta e o bom julgamento clínico. Não é verdade que "quem fala que vai se matar, não se mata". Por impulsividade ou por erro de cálculo da tentativa, a fatalidade acontece.
✓ O manejo se inicia durante a investigação do risco. A abordagem verbal pode ser tão ou mais importante que a medicação. Isso porque faz com que o indivíduo se sinta aliviado, acolhido e valorizado, fortalecendo a aliança terapêutica. Dessa forma, é fundamental saber investigar e abordar a suicidabilidade.
✓ Identificação e tratamento prévio de transtorno psiquiátrico existente, como: depressão; transtorno afetivo bipolar; uso/abuso de álcool e outras drogas etc.
✓ O profissional de saúde não deve ficar receoso de investigar se o indivíduo tem risco de suicídio. O tema deve ser abordado com cautela, de maneira gradual. As perguntas devem ser feitas em dois blocos: o primeiro para todos os indivíduos, e o segundo apenas para aqueles indivíduos que responderam às três perguntas iniciais que sugerem, pelas respostas, um risco de suicídio.

Fonte: Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014

São seis perguntas fundamentais em cada consulta, sendo três delas para todos os usuários:

1.Você tem planos para o futuro?

A resposta do paciente com risco de suicídio é não.

2. A vida vale a pena ser vivida?

A resposta do paciente com risco de suicídio novamente é não.

3. Se a morte viesse, ela seria bem-vinda?

Desta vez a resposta será sim para aqueles que querem morrer.

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

4. Você está pensando em se machucar/se ferir/fazer mal a você/em morrer?

5. Você tem algum plano específico para morrer/se matar/tirar sua vida?

6. Você fez alguma tentativa de suicídio recentemente?

Questões adicionais

O processo não termina com a confirmação das idéias suicidas. Ele continua com questões adicionais para avaliar a frequência e a severidade da ideação, bem como a possibilidade real de suicídio. É importante saber se a pessoa possui algum plano suicida e os meios para praticá-lo.

Para o raciocínio clínico, ainda é importante que os seguintes itens sejam esclarecidos:

• Há meios acessíveis para 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 a pessoa esteve de completar o suicídio? A pessoa praticou anteriormente o ato suicida ou já tentou?
• A pessoa 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 a pessoa se manter viva? Qual a visão sobre o futuro?

Estas perguntas são um meio de avaliação do risco suicida, no entanto, ainda não existem classificações precisas e objetivas do risco de suicídio, pois diante da complexidade do comportamento humano, as previsões de certeza são impossíveis.

A seguir apontamos alguns mitos sobre comportamentos suicidas que devem ser de conhecimento da equipe e da comunidade.

Quadro 6: Mitos Comuns sobre Comportamentos Suicidas

O suicídio é uma decisão individual, já que cada um tem pleno direito a exercitar o seu livre arbítrio.	**FALSO**. Os suicidas estão passando quase invariavelmente por uma doença mental que altera, de forma radical, a sua percepção da realidade e interfere em seu livre arbítrio. O tratamento eficaz da doença mental é o pilar mais importante da prevenção do suicídio. Após o tratamento da doença mental o desejo de se matar desaparece.
Quando uma pessoa pensa em se suicidar terá risco de suicídio para o resto da vida.	**FALSO**. O risco de suicídio pode ser eficazmente tratado e, após isso, a pessoa não estará mais em risco.
As pessoas que ameaçam se matar não farão isso, querem apenas chamar a atenção.	**FALSO**. A maioria dos suicidas fala ou dá sinais sobre suas ideias de morte. Boa parte dos suicidas expressou em dias ou semanas anteriores, frequentemente aos profissionais de saúde, seu desejo de se matar.
Se uma pessoa que se sentia deprimida e pensava em suicidar-se, em um momento seguinte passa se sentir melhor, normalmente significa que o problema já passou.	**FALSO**. Se alguém que pensava em suicidar-se e, de repente, parece tranquilo, aliviado, não significa que o problema já passou. Uma pessoa que decidiu suicidar-se pode sentir-se "melhor" ou sentir-se aliviado simplesmente por ter tomado a decisão de se matar.
Quando uma pessoa mostra sinais de melhora ou sobrevive à uma tentativa de suicídio, está fora de perigo.	**FALSO**. Um dos períodos mais perigosos é quando se está melhorando da crise que motivou a tentativa, ou quando a pessoa ainda está no hospital, na sequência de uma tentativa. A semana que se segue à alta do hospital é um período durante o qual a pessoa está particularmente fragilizada. Como um preditor do comportamento futuro é o comportamento passado, a pessoa suicida muitas vezes continua em alto risco.
Não devemos falar sobre suicídio, pois isso pode aumentar o risco.	**FALSO**. Falar sobre suicídio não aumenta o risco. Muito pelo contrário, falar com alguém sobre o assunto pode aliviar a angústia e a tensão que esses pensamentos trazem.
É proibido que a mídia aborde o tema suicídio.	**FALSO**. A mídia tem obrigação social de tratar desse importante assunto de saúde pública e abordar esse tema de forma adequada. Isto não aumenta o risco de uma pessoa se matar; ao contrário, é fundamental dar informações à população sobre o problema, onde buscar ajuda etc.

Fonte: Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014

A depressão e a ideação suicida devem ser acompanhadas na rede de saúde mental, no entanto, a equipe da APS é responsável tanto pelo atendimento quanto pelo acompanhamento desta pessoa na rede.

9. INTERVENÇÃO COMPLEMENTAR DA APS NA SAÚDE MENTAL

As práticas em saúde mental na APS 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, mais do que a escolha entre as diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar.

Nesse sentido, atividades em grupo, que suscitam a interação e aproximação da unidade de saúde, podem ser realizadas por agentes comunitários de saúde 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:

- **Grupo de crianças e idosos:** um grupo como esse pode possibilitar que idosos contem histórias, ensinem 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.
- **Grupo "conhecendo o bairro":** 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.

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:

- **Grupo de Psicoeducação:** 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.
- **Grupo de pais ou pais e filhos:** 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 (quando houver NASF com esse profissional) para cuidados adequados de saúde. Os 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.
- **Grupos de atividade física:** 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.

10. ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

A Saúde Indígena é um subsistema do SUS. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Santa Catarina possui um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI Interior Sul), localizado no município de São José, responsável pela gestão da APS das aldeias de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Nosso Estado conta ainda com 5 Pólos Base, com suas sedes nos municípios de São José, Araquari, José Boiteux, Ipuaçu e Chapecó. Cada Pólo Base cobre um conjunto de aldeias e são a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) na assistência da APS indígena.

Dentre os povos indígenas de nosso Estado podemos citar o Guarani, Kaingang, Xokleng/ Laklãnõ e Xetá. De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena do DSEI Interior Sul, no mês de setembro de 2018 cerca de 10.040 pessoas vivem em aldeias.

MINISTÉRIO
DA SAÚDE (MS)
↓
SECRETARIA
ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI)
↓
DISTRITO
SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA (DSEI) - INTERIOR SUL: Situado no município de São José (Área de abrangência: SC e RS) – Divisão de Atenção à Saúde Indígena – (DIASI) – Núcleo de Apoio à Saúde Indígena - (NASI)
↓
POLOS
BASE (localizados em Araquari, Chapecó, Ipuaçu, José Boiteux e São José) – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI)
↓
UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA (UBSI) – Aldeias

A Portaria nº 2.759/2007, do Ministério da Saúde, estabelece as diretrizes para o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde mental dos povos indígenas, o que orienta o modelo de atenção a ser desenvolvido.

De acordo com as Diretrizes da Área, embasadas pelo **Documento Orientador da Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas, 2016, do MS/SESAI**, é Missão da Saúde Mental no Contexto Indígena:

"Contribuir para a potencialização dos projetos de bem viver das diferentes comunidades, famílias e indivíduos indígenas a partir de ações de promoção da saúde, prevenção e atenção a agravos relacionados à saúde mental, que compartilhem responsabilidades e ações com comunidades, profissionais de atenção primária e redes de apoio locais, incentivem o protagonismo indígena e a mobilização social, valorizando e respeitando os saberes, modos de organização social, crenças, economias e as tecnologias próprias de cada comunidade".

10.1. TRANSVERSALIDADES DAS PRÁTICAS DE CUIDADO E SABERES INDÍGENAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS POVOS INDÍGENAS

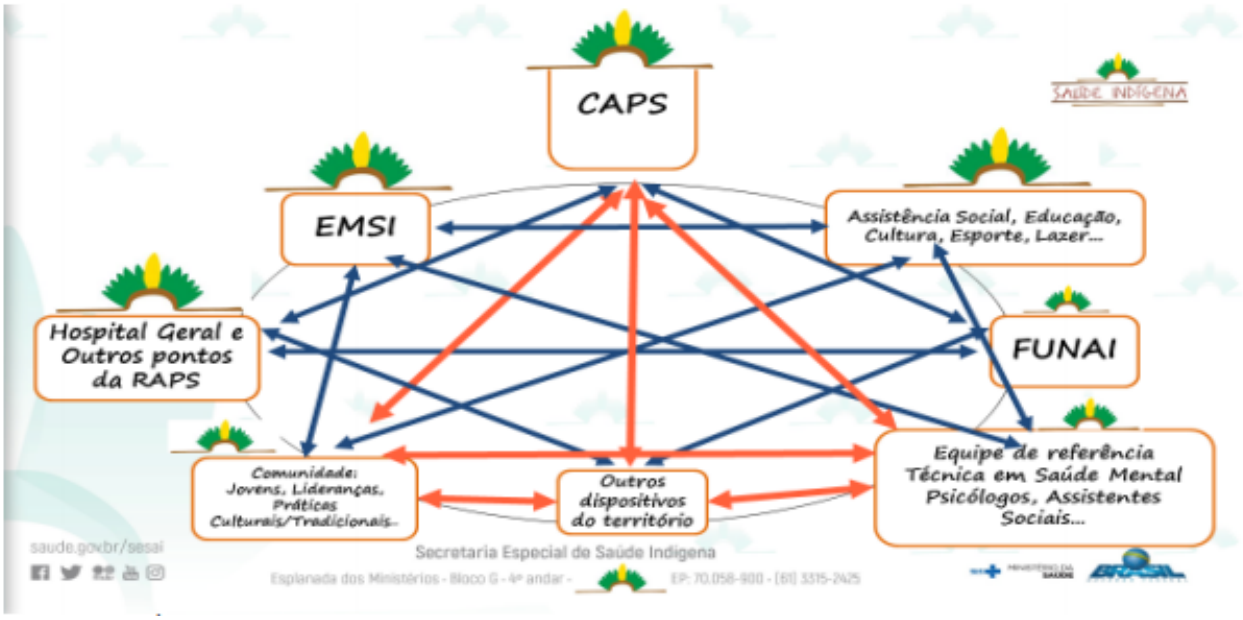
A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNAISP), de 2002, aponta a importância de se considerar os saberes e as práticas de cuidado indígenas para a promoção da saúde desta população, sendo que a medicina convencional deve ser complementar às práticas de cuidado de cada comunidade. A articulação entre as práticas de cuidado e os saberes indígenas com o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde tem sido um tema central de ampla discussão na área da Saúde Indígena.

Segundo as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, as práticas de cuidado e os saberes indígenas devem ser levados em consideração em todas as ações desenvolvidas no campo da Atenção Psicossocial pelos DSEI. As atividades de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSIs) devem considerar todo o sistema cosmológico que organiza as práticas de cuidado das populações indígenas. Os diferentes povos indígenas possuem saberes e práticas próprias que utilizam para cuidar de seus adoecimentos e se protegerem de possíveis agravos ao corpo e ao espírito. Mesmo que estas práticas e saberes sejam apropriados pelas populações indígenas de outros contextos socioculturais, elas devem ser consideradas na sua dimensão de promoção da saúde e de organização social.

Um dos aspectos de maior importância na organização da atenção à saúde mental nos DSEI é a articulação do cuidado para os casos mais complexos. Uma boa articulação dos DSEI/Pólos Base com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial de sua região é fundamental para a efetivação de um cuidado integral, resolutivo e humanizado.

A RAPS propõe-se a ser uma rede integrada que oferece atendimento a pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo prejudicial de álcool e outras drogas. Assim como aos demais municípios, a RAPS tem a responsabilidade de oferecer cuidado à população indígena. Esta rede é composta por diferentes tipos de serviços, priorizando-se os de base comunitária que atuam numa perspectiva territorial.

Figura 4: Modelo da Rede de Cuidados na Atenção Psicossocial Indígena



Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/SESAI/DSEI Interior Sul

11. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS

De acordo com o Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

Saiba mais:

Acesse o link para obter mais informações acerca da RAPS:

http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTEGA NJ. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília; 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz 3Redes.html> Acesso em: 20 de agosto de 2018.

CFM/ABP. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio – Brasília. Disponível em: <https://www.abp.org.br/cartilha combate-suicidio> Acesso em 23 de setembro de 2018.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora)... [et al.]. Guia Prático de Matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Cento de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA NETO MM. Educação permanente. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Cadernos de Atenção Básica.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc., São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec.2011.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104 12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acvesso em 2 de outubro de 2018.

McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. Journal of Clinical Psychiatry, 68(5), pp.721-729.

MELEIRO A, TENG CT, WANG YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004.

MS. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

OMS. Saúde mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839>
Acesso em 31 de julho 2018.

_____. “Depression: let’s talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health. Disponível em:<http://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 28 de julho de 2018.

_____. Prevenção do Suicídio: Um recurso para Conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de abuso de Substâncias. Genebra 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acesso em: 01 de Agosto de 2018.

OPAS/OMS. Atenção Primária em Saúde. Disponível em:< https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=341:atencao-primaria-em-saude&Itemid=445>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

_____/OMS. MI-mhGAP: Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49096?locale-attribute=pt>. Acesso em: 24 de julho 2018.

PARANA. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APS. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_08_Saude_Mental.pdf> Acesso em: 01 de julho de 2018.