

IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS: EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA AMAZÔNIA LEGAL

IMPLEMENTATION OF A MENTAL HEALTH CARE MODEL IN PRIMARY HEALTH CARE:
EXPERIENCE IN A FAMILY HEALTH UNIT IN THE LEGAL AMAZON

Iago Brilhante Souza¹, Lady Daiana Souza da Silva²,
Rosalina de Oliveira Reis Goebbel³

 <https://doi.org/10.70630/rspms.v8.2025.341>

RESUMO

Introdução: Este relato de experiência descreve a implementação de um modelo de cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, desenvolvido no município de Vilhena, Rondônia, entre 2022 e 2023, em parceria com o Instituto Israelita Albert Einstein por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). **Apresentação da experiência profissional:** O trabalho teve como objetivo fortalecer a abordagem da saúde mental no território a partir de quatro etapas principais: diagnóstico situacional, formação da equipe, intervenções psicossociais e gestão do cuidado. **Discussão:** Entre os principais desafios enfrentados, destacaram-se a elevada demanda em saúde mental, a limitação de recursos na rede de atenção psicossocial e a dificuldade de articulação entre os pontos da rede. Como avanços, evidenciaram-se a capacitação dos agentes comunitários de saúde, a implementação de práticas psicossociais e a qualificação do processo de gestão do cuidado. **Considerações finais:** A experiência demonstrou a importância da organização de linhas de cuidado em saúde mental na atenção primária como estratégia para ampliar o acesso e promover a integralidade do cuidado em regiões amazônicas marcadas por vulnerabilidades sociais e desassistência em saúde mental.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: This experience report describes the implementation of a mental health care model in Primary Health Care, developed in the municipality of Vilhena, Rondônia, between 2022 and 2023, in partnership with the Instituto Israelita Albert Einstein through the Institutional Development Support Program of the Brazilian Unified Health System (PROADI-SUS). **Experience report:** The initiative aimed to strengthen the mental health approach in the territory through four main stages: situational diagnosis, team training, psychosocial interventions, and care management. **Discussion:** The main challenges included the high demand for mental health care, limited resources in the psychosocial care network, and difficulties in articulating different levels of care. Advances were observed in the training of community health workers, the implementation of psychosocial practices, and the improvement of care management processes. **Final considerations:** The experience highlighted the importance of organizing mental health care pathways in Primary Health Care as a strategy to improve access and ensure comprehensive care in Amazonian regions marked by social vulnerabilities and gaps in mental health services.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Mental Health Services.

¹ Uninassau. Vilhena, RO, Brasil. ORCID: 0009-0009-3897-8446. E-mail: psiagosouza@gmail.com

² Uninassau. Vilhena, RO, Brasil. ORCID: 0009-0002-2386-999. E-mail: ladydaipsi@gmail.com

³ Uninassau, Vilhena, RO, Brasil. ORCID: 0000-0001-9233-379. E-mail: reisgoebel43@gmail.com



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se estrutura como ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), ocupando o papel central de organizar a rede de serviços e gerenciar os recursos disponíveis no território. Ao configurar-se como a principal porta de entrada do usuário nos serviços de saúde, a APS assume uma posição estratégica na integralidade do cuidado, especialmente em contextos marcados por desigualdades e determinações sociais amplas (Sousa *et al.*, 2019). Nesse sentido, o campo da atenção primária lida, cotidianamente, com a complexidade dos modos de vida e das necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, sendo atravessado por demandas que exigem respostas para além da dimensão biomédica.

É precisamente nesse campo que a saúde mental emerge como uma questão central e inadiável. A APS, por sua natureza territorializada e contínua, revela as tensões e contradições entre saúde e vida social, sendo o espaço onde tais fronteiras não podem ser ignoradas ou minimizadas. Se em alguns segmentos da saúde pública há o risco de práticas reducionistas, na atenção primária esse risco é mitigado pela presença viva do sofrimento psíquico no cotidiano dos serviços, o que demanda abordagens integrais e interdisciplinares.

No município de Vilhena, estado de Rondônia, a saúde mental representa um importante desafio na rede de saúde, sobretudo diante da elevada demanda por cuidado psicossocial e da escassez de recursos e dispositivos especializados. A densidade populacional da região e a ausência de uma rede de atenção psicossocial articulada agravam o cenário, exigindo a adoção de estratégias inovadoras para o fortalecimento do cuidado em saúde mental na atenção básica. Neste contexto, foi implementado, em 2022, o projeto “Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde”, como parte das ações integradas ao processo de Planificação da Atenção à Saúde no município, com apoio do Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (SBIBAE, 2022).

O município de Vilhena possui em torno de 100 mil habitantes, é o quarto município mais populoso do estado de Rondônia e se organiza como o centro de uma regional de saúde do Estado, intitulada de região “cone-sul” de Rondônia. O contexto da Saúde Pública em Vilhena se relaciona com a existência de 7 (sete) Unidades Básicas de Saúde, um Hospital Regional, uma Unidade de Pronto Atendimento, um Centro de Reabilitação e um Centro de Atenção Psicossocial I. Chama-se atenção para o fato de que, diante da densidade populacional do município, exige-se que a modalidade de CAPS adequada seja a de CAPS II, onde há maior cobertura, além de recursos humanos mais robustos.

A proposta do projeto consistiu na construção e implementação de uma Linha de Cuidado em Saúde Mental na APS, estruturada em quatro etapas: (I) organização da linha de cuidado; (II) território e gestão de base populacional; (III) acesso à Rede de Atenção Psicossocial pela APS; e (IV) gestão do cuidado em saúde mental. O projeto teve duração de 18 meses, sendo desenvolvido a partir da atuação de tutores locais

vinculados às unidades básicas de saúde, com ênfase na realização de oficinas, construção de planos de ação e acompanhamento das práticas no território.

A experiência aqui relatada teve como base a atuação de um tutor local do projeto em uma unidade básica do município, permitindo observar diretamente os desafios, avanços e limites da implementação do modelo proposto. O processo envolveu a articulação entre teoria e prática, com base em uma revisão conceitual sobre os principais elementos relacionados à saúde mental e à atenção primária, além da contextualização territorial de Vilhena.

Diante desse cenário, o objetivo deste relato de experiência é descrever e analisar o processo de implementação de um modelo de cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde no município de Vilhena, com foco nas etapas desenvolvidas, nas mudanças percebidas no processo de trabalho e nos principais desafios enfrentados na articulação com a rede de atenção psicossocial.

APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A experiência que será descrita neste artigo é determinada pela experiência de um projeto do Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) chamado “Saúde Mental na APS”, que, em suma,

[...] tem como objetivo apoiar a gestão estadual e municipal na organização da linha de cuidado de saúde mental na APS a partir da metodologia da PAS (Planificação da Atenção à Saúde). As regiões trabalhadas neste projeto têm em comum o fato de já estarem em implementação da Planificação da Atenção à Saúde em seus municípios. Por sua vez, visa resgatar o trabalho já iniciado, revisitando os processos, com um olhar direcionado para a Saúde Mental. Assim, a fim de qualificar o cuidado em saúde mental prestado e fortalecer o papel resolutivo da APS, o desenvolvimento de competências nos profissionais e gestores perpassa por estabelecer modificações na forma como se dão os processos de trabalho (PLANIFICASUS, 2025).

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é um processo desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), iniciado em 2004, com o objetivo de aprimorar o planejamento da Atenção Primária à Saúde (APS) nos estados brasileiros. Visa capacitar os profissionais das equipes de saúde nos municípios, fornecendo ferramentas e estratégias para a programação e organização do processo de trabalho das equipes da APS. Seu propósito principal é contribuir para a implantação efetiva da rede de atenção à saúde, com foco na Atenção Primária (Brasil, 2011).

As oficinas realizadas pelo Conass, como parte desse processo, abordam diversos temas relevantes, tais como Redes de Atenção à Saúde (RAS), territorialização, vigilância em saúde, organização dos processos de trabalho em saúde, atenção à saúde na unidade básica de saúde, abordagem familiar, prontuário familiar,

assistência farmacêutica, sistemas de informação em saúde, sistemas de apoio diagnóstico, sistemas logísticos, monitoramento, e a contratualização das equipes da APS (Lins, 2020).

Portanto, a Planificação da Atenção à Saúde é um conjunto de ações e estratégias voltadas para fortalecer a Atenção Primária, capacitando profissionais e organizando o processo de trabalho nas equipes de saúde, contribuindo para a construção efetiva da rede de atenção à saúde nos estados brasileiros (Megier, 2020). O projeto “Saúde Mental na APS” tem a premissa de contribuir inserindo a esse contexto uma nova Linha de Cuidado, a de Saúde Mental. A experiência aqui descrita se constitui no processo de implantação dessa linha de cuidado em uma das sete unidades básicas de saúde (UBS) do município. Esta UBS organiza-se em três equipes de estratégia de saúde da Família (ESF), uma equipe de saúde bucal (ESB) e uma equipe multiprofissional (e-multi).

O início desse processo de construção da linha de cuidado na Unidade Básica de Saúde data de meados de 2022 e persiste até o final do ano de 2023, cumprindo as 4 etapas do projeto: I) A organização da Linha de Cuidado em Saúde Mental na APS; II) Território e Gestão de Base Populacional em Saúde Mental; III) Acesso à rede de Atenção Psicossocial pela APS e IV) Gestão do Cuidado em Saúde Mental. A partir disso, realiza-se descrição e análise dessas 4 etapas individualmente, realizando um balanço sobre as principais mudanças (SBIBAE, 2022).

Na experiência da Planificação da Atenção à Saúde, cada unidade básica no município institui um Tutor, que é o ator responsável pelo gerenciamento das ações, e também o agente que aplica as “oficinas tutoriais”, que são momentos de planejamento e monitoramento das ações do Projeto, as etapas I e II se organizam em duas oficinas tutoriais, uma para cada etapa. Já as etapas III e IV, organizam-se em 6 oficinas tutoriais, 3 para cada etapa (SBIBAE, 2022). Diante desse processo, durante a Etapa 1 é disparado um Plano de Ação, que a cada oficina é revisado e atualizado, e diz respeito ao conteúdo definido de cada etapa, o monitoramento é realizado com base na metodologia do PDSA (*Plan, Do, Study and Act*) ou “Planejar, Fazer, Estudar e Agir”.

Na etapa de Planejar ocorre a identificação do problema ou da oportunidade de melhoria, seguida pelo estabelecimento de metas e objetivos claros. Um plano detalhado é elaborado, incluindo estratégias, recursos necessários e um cronograma de execução. A fase de Execução (Do) compreende a implementação do plano conforme delineado na etapa de planejamento. Durante essa fase, informações são coletadas para avaliar o impacto das mudanças, e registros detalhados são mantidos para compreender como as ações foram executadas (Correa *et al*, 2025).

A etapa de Estudar (*Study*) envolve a análise dos dados coletados durante a execução. Os resultados são comparados com as metas estabelecidas, e são identificadas tendências, padrões e lições aprendidas durante o processo. Na fase de Agir (*Act*), com base na análise dos resultados, são tomadas decisões para ajustar o plano original. Mudanças aprimoradas são implementadas com base nas conclusões da análise, e é planejada a próxima iteração do ciclo, se necessário (Correa *et al*, 2025).

A experiência se deu no período de 18 meses apoiado pelo Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein, e se organiza em suas 4 etapas, compreendendo oficinas tutoriais em cada uma delas, com a particularidade de que as etapas 3 e 4 são divididas entre 3.1, 3.2, 3.3, processo que se repete na quarta etapa. As oficinas, além de apresentar novos instrumentos e aprofundar conceitos, têm a função de revisar o Plano de Ação da Unidade, que reúne o planejamento das ações separadas em: a) o que fazer, b) quem vai fazer, c) como será feito e d) até quando precisa ser feito.

O estado inicial dos processos de saúde mental na unidade básica caracterizava ausência de protocolos bem definidos, mesmo que em tese os profissionais soubessem lidar com as demandas, cada profissional o fazia a seu modo, sem um diálogo interprofissional e sem um planejamento prévio de *que fazer* diante das demandas de saúde mental. Além disso, pacientes com quadro grave eram encaminhados à atenção especializada a partir de uma lógica de transferir responsabilidade e não de compartilhar cuidado.

DISCUSSÃO

ETAPA I - A ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS

Nesse momento, concentra-se no disparo da discussão sobre o cuidado em saúde mental nesta unidade determinada. A etapa I se organiza em entender e contextualizar a dimensão do processo de cuidado em Saúde Mental daquela equipe, além de conhecer a equipe e disparar o conhecimento do território. Em suma: é um determinado momento onde descrevemos, discutimos e avaliamos o que existe na atual realidade quando se fala de cuidado em saúde mental (SBIBAE, 2022).

A partir desse processo, dispara-se a construção de um Diagnóstico Situacional da unidade, analisando os seguintes fatores: a) o perfil do território e da população; b) perfil da equipe e da unidade de saúde; c) serviços de apoio da rede. A proposta dessa atividade é de entender qual a realidade e o perfil de demanda do território no qual a equipe está inserida.

O diagnóstico situacional da unidade revelou características importantes sobre o território que, até então, não haviam sido discutidas em equipe. Uma dessas características de destaque é o número ínfimo no território de Lideranças Comunitárias. Tendo em vista que a participação comunitária, como analisam Crevelim e Peduzzi (2005) constitui uma entidade essencial para o exercício da saúde coletiva, líderes comunitários têm um papel fundamental no desenvolvimento tanto das análises do território como no estabelecimento de planos e intervenções na comunidade.

As lideranças percebidas na análise da unidade concentravam-se em autoridades e líderes religiosos cuja relação se dava meramente na permissão do espaço do templo religioso para utilização em atividades coletivas e atendimentos externos. Além disso, a relação da unidade com as poucas lideranças no território

não envolvia a participação ativa dessas lideranças que, em tese, representam a comunidade delimitada nas decisões sobre as atividades, no planejamento de intervenções e na organização do processo de trabalho.

Também se percebeu que, mesmo que a unidade estivesse localizada em uma área comercial, havia poucos instrumentos e recursos úteis para articulação do cuidado. Além de escolas e igrejas, não havia centros de esportes, centros comunitários e educacionais, parques recreativos ou instituições vinculadas à Secretaria Municipal de Assistência Social. A etapa I concentrou-se na formulação desse Diagnóstico Situacional e na possibilidade de aproximação com instituições e lideranças com as quais fosse possível articular estratégias conjuntas.

Para além disso, analisou-se a relação da unidade com os processos de estratificação de risco da população cadastrada, particularmente: a) a estratificação é realizada?; b) como é realizada?; c) com que frequência?; d) qual é o percentual de famílias estratificadas?; e) qual é o instrumento utilizado? A análise revelou que, excetuando uma das três equipes de ESF, não havia o hábito de realizar atividades de estratificação de risco familiar, o que gerava um déficit em relação à quantidade necessária de Agentes Comunitários de Saúde.

ETAPA II - TERRITÓRIO E GESTÃO DE BASE POPULACIONAL EM SAÚDE MENTAL

A segunda etapa é, em tese, a mais robusta no sentido da organização do processo de vigilância em saúde com o território, tendo em vista que articula conceitos e instrumentos muito caros à Atenção Primária à Saúde. Nessa etapa discute-se, como o título indica, a territorialização como um construto basilar do cuidado em saúde, introduz-se o processo da estratificação de risco familiar e do cadastramento dos usuários, e inicia-se um trabalho mais próximo com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Diálogos como o de Territorialização costumam levar em consideração o trabalho prático dos ACS por serem os que estão, em seu nível profissional, os mais próximos e presentes com determinada população. Portanto, se posicionam como referência no conhecimento desse território. Torna-se importante entender que o conceito de território não se limita ao espaço, mas se articula, antes de tudo, como um determinante histórico, geográfico, epidemiológico e político, o que também inclui a relação com o Estado, o Trabalho e as relações de classe (Santos; Silveira, 2001).

O sentido do território, apresentado antes de tudo por Milton Santos (2001), é inicialmente empregado para compreender o sentido e o significado de Nação, no entanto, torna-se muito caro ao contexto da saúde pública, enquanto se compreendia na busca de compreender e intervir diretamente na determinação social da saúde e do adoecimento. E passa a determinar um dos instrumentais mais importantes da atenção primária: A Territorialização (Faria; Bortolozzi, 2009).

Instrumentos como a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi são apresentados nesta etapa como uma estratégia para a estratificação de risco familiar da população atendida. Em suma, a escala sistematiza

informações relacionadas a fatores de risco, anunciadas como “sentinelas de risco” baseadas em determinantes biológicos, psicológicos e sociais da realidade de um núcleo familiar específico (Savassi; Lage; Coelho, 2012). A escala de risco familiar foi apresentada, principalmente, como um instrumento de priorização de visitas domiciliares na Atenção Primária (Coelho; Savassi, 2004) e se articula como instrumento mais amplo de vigilância em saúde alguns anos depois.

Por se tratar de uma estratégia de vigilância em Saúde, costuma-se compreender a aplicação da Escala no contexto do trabalho do ACS, mesmo que a escala não seja a estratificação de risco familiar em si, ainda se posiciona como o instrumento que dispara essa estratégia. Em suma, a Escala se dá na análise sobre as condições das famílias em relação à Saúde, posição social, renda, condições e afins, organizando um sistema de pontuações, separando-as em Risco Menor (R1), Risco Médio (R2) e Risco Máximo (R3), quando se define a necessidade maior ou menor de esforços, de serviços e de atenção à saúde (Santos *et al*, 2021).

O ACS intervém na estratificação a partir da visita domiciliar, onde o processo de aplicação da escala se dá em sua determinada microárea, e essas informações são registradas obedecendo um método de trabalho da própria equipe de ESF. Durante a aplicação da etapa II que tinha essa discussão como determinante, pactuou-se com as equipes de ACS, sumariamente, ações de busca ativa para cadastramento de usuários não-cadastrados e uma meta de 30% de famílias estratificadas em aproximadamente 2 meses.

No entanto, a etapa II se organiza com ainda outros instrumentos de intervenção para os Agentes Comunitários de Saúde, por isso, articulou-se que durante esse processo de busca ativa, cadastramento e estratificação, seria também utilizada a Ficha de Sinais de Alerta para o Cuidado em Saúde Mental. Esta ficha organiza-se em dados básicos sobre um paciente do território do qual alguém identificou qualquer sinal de adoecimento mental, este alguém que poderia ser um ACS, um Recepcionista, Familiar ou Vizinho.

A ficha retém informações sobre o atual comportamento do cidadão, se foi percebida alguma mudança brusca, se deixou de trabalhar ou ir à escola, deixou de fazer tarefas domésticas, ou se houve relato de agressividade, etc. A aplicação da ficha também se daria a partir das visitas domiciliares dos ACS e poderia ocorrer tanto durante o diálogo com um familiar quanto com o próprio cidadão. Neste primeiro momento, havia a necessidade de iniciar a utilização do instrumento para mapear pacientes com Sinais de Alerta, razão pela qual não foram definidas metas, mas apenas familiarização com a estratégia.

Tanto o Cadastramento, a Ficha de Sinais de Alerta e a Estratificação de Risco Familiar se organizam diretamente no bojo da estratégia que é a Territorialização para um bom mapeamento das demandas de saúde e saúde mental da comunidade. Tais ações convergem para a organização de um outro instrumental que também se posiciona na Etapa II do projeto: o mapeamento da população com necessidade de cuidado em saúde mental. Em suma, uma planilha com o registro dos pacientes com demandas de cuidado em Saúde Mental, e suas informações mais relevantes para o acompanhamento, por exemplo: se utiliza medicações (e quais), datas da(s) última(s) consulta(s) e da(s) seguinte(s), se é usuário de álcool ou de drogas, qual o profissional de referência, qual condição de saúde mental o usuário apresenta, etc.

Durante essa etapa, entendeu-se a necessidade do mapeamento, mas não a prioridade dele, as intervenções de cadastramento e estratificação de risco foram entendidas como prioritárias, inclusive porque disparavam diretamente o conteúdo do mapeamento da necessidade de cuidado em saúde mental. A partir disso, estendeu-se o prazo para iniciar o mapeamento e concentrou-se em colocar esforços nas atividades de busca ativa, na necessidade também de capacitar os principais atores dessa intervenção. O cronograma foi planejado, viabilizando-o em etapas: a) Apresentação dos instrumentos para todos os trabalhadores; b) Familiarização dos ACS com os instrumentos para a visita domiciliar; c) Utilização dos instrumentos no dia-a-dia.

A apresentação dos instrumentos com a definição dos seus objetivos e sua necessidade foi realizada na própria oficina tutorial que reuniu todos os trabalhadores. Já a familiarização do instrumento com os ACS foi realizada a partir de uma agenda de capacitações com esses profissionais com o objetivo de tirar dúvidas sobre os itens e também de otimizar o contexto de aplicação na visita domiciliar, no sentido da comunicação, da frequência e da aplicação. As capacitações foram realizadas em 3 (três) encontros, cujo primeiro encontro foi realizado com psicólogo (tutor do projeto) e enfermeira (responsável técnica), enquanto o segundo e o terceiro foram realizados apenas com o psicólogo. As intervenções passaram a ser realizadas e após o período de alguns meses iniciou-se o processo de alimentar o instrumento do mapeamento da necessidade de cuidado em saúde mental.

ETAPA III - ACESSO À REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PELA APS

A discussão sobre a Gestão de base populacional passou a ser integrada e discutida com afinco apenas nesta etapa, conceito este introduzido na etapa II ainda de forma muito tímida em razão da necessidade de direcionar atenção prioritária ao processo de estratificação, cadastramento e mapeamento da população com necessidade de cuidado em saúde mental. Resguardando a temática para ser discutida de forma mais detalhada na etapa III, que trata especificamente de Acesso à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O conceito de Gestão de base populacional se articula com a problemática da demanda, alta demanda e a demanda sufocada de saúde do território, desenvolve-se a partir da necessidade de que a Atenção Primária à Saúde representada pela Unidade Básica no território consiga adequar-se às necessidades do território de forma diretiva e contextualizada, ou seja, a habilidade de um sistema de atenção na identificação das demandas de saúde de uma população específica, ao considerar a categorização dos riscos. Isso implica na execução e avaliação das intervenções sanitárias destinadas a esse grupo, bem como na prestação de cuidados individuais, respeitando os valores contextuais das pessoas (Mendes, 2012).

Esse modelo de gestão em saúde, a partir dos apontamentos de Mendes (2012) surge como uma resposta para a problemática da Gestão de Oferta da Atenção Primária à Saúde, que se caracteriza por uma

oferta de serviços possíveis das quais os cidadãos do território podem acessar se houver necessidade, esse modelo é independente das necessidades reais e concretas do território e se determina pelos recursos disponíveis em saúde e cuidado. A experiência de falar sobre esse construto mostrou-se interessante tendo em vista que haviam se disparado as estratégias de estratificação de risco e mapeamento da população com necessidade de cuidado em Saúde Mental.

Falar sobre essas estratégias e sobre as informações colhidas constituiu um bom ponto de partida para o diálogo da etapa III que se concentrou na questão do acesso na unidade básica de saúde. O conceito de Acesso não é recente e tem sido importante para o debate sobre a Saúde Coletiva, e não se resume às características que otimizam o primeiro contato para o cuidado em saúde, mesmo que se expressem também nelas, mas também se relaciona com a alta capacidade de resolução de problemas na APS. Além disso, organiza-se também com a interconexão da APS com os outros pontos, não só da rede, mas da comunidade como um todo (Norman; Tesser, 2015).

Portanto, o Acesso se relaciona com a capacidade da equipe de uma unidade básica de saúde de se envolver e se articular com as demandas a partir de si mesma (Norman; Tesser, 2015). É importante identificar, por exemplo, se há grandes dificuldades para marcar consultas médicas, se há grandes dificuldades em relação à agenda (como horários inflexíveis), se há sensibilidade da equipe em lidar com populações vulneráveis como Comunidade Surda, População Indígena, População Transsexual etc. Todos esses pormenores se articulam na garantia do acesso à saúde e cuidado.

A partir disso, não poderíamos qualificar o acesso sem conhecer o território, a demanda e o funcionamento da unidade. Uma boa parte dessa estratégia foi disparada na etapa anterior, e durante essa terceira concentrou-se em entender as características internas do funcionamento da unidade básica, desde a recepção às consultas médicas, na intenção de mapear tempo de espera, demandas mais comuns, horários de pico entre outros. Para isso foram utilizados três instrumentos: instrumento para análise do balanço de atendimento semanal, instrumentos para mapeamento dos processos de recepção e instrumento para avaliar mapa de fluxo e ciclo de atendimento.

Esses instrumentais, respectivamente, tratavam de: a) quantificar as demandas de consultas médicas, em enfermagem e as outras diversas atividades da APS, quais eram agendados, programados ou de demanda espontânea; b) quantificar as atividades geridas pela recepção (como demanda de informações sobre a rede, agendamentos de consulta médica, vacinação, atendimentos ao telefone etc.); c) quantificar o tempo de cada fluxo de atendimento (por exemplo: o tempo de espera entre o acolhimento, a classificação de risco e a consulta com profissional de ensino superior).

Esses instrumentos foram aplicados durante duas semanas diferentes e revelaram significativa demora na espera para os atendimentos médicos, alta demanda de busca por informações na recepção, alto fluxo de usuários na segunda-feira e algumas outras características do processo de trabalho. Cabe destacar

aqui que, a partir disso, uma das características apreendidas nesse processo foi a de que entre as equipes havia uma alta demanda de mulheres gestantes com necessidade de cuidado em Saúde Mental.

A partir da Planificação de Atenção à Saúde da APS, iniciou-se o processo de implantação de atendimento por bloco de horas, estratégia que, em suma, separa a demanda de um determinado profissional em blocos de uma hora, sendo que esse profissional atende 2 ou 3 pacientes no bloco, otimizando o atendimento, diminuindo o fluxo de usuários na unidade e diminuindo o tempo de espera para consulta (Evangelista, 2019).

Com as informações coletadas, a segunda oficina tutorial da etapa III concentrou-se em estudar esses dados e em planejar estratégias para otimizar o acesso, concentrando-se nas demandas de saúde mental. Além do bloco de horas, estratégias como a de criar escalas de atendimento em porta para demanda de informações gerais foram elaboradas para otimizar o processo de trabalho. Quanto às demandas do atendimento, os instrumentos revelaram maiores demandas de necessidade de cuidado em saúde mental de mulheres gestantes, ansiedade em adultos e quadros de dor crônica associada a sintomas depressivos ou ansiosos (como o de fibromialgia).

O próximo passo dessa etapa concentra-se na análise e no desenvolvimento das intervenções psicossociais que, ainda neste momento, baseou-se na análise da demanda e não no mapeamento da necessidade de cuidado em saúde mental, tendo em vista que o mapeamento ainda não reunia informações relevantes o suficiente para o estabelecimento das subpopulações-alvo das intervenções em saúde mental. Em relação às intervenções psicossociais, Chiaverini *et al.* (2011) descrevem a lógica do vínculo entre profissional e usuário na APS como um determinante importante para a organização de intervenções assertivas.

Intervenções psicossociais como grupos terapêuticos, grupos de educação em saúde, intervenções em atividades físicas ou oficinas se articulam intimamente com o cuidado em saúde mental, além das estratégias relacionadas ao desenvolvimento e mudança do contexto do dia a dia de um paciente, influenciado e motivado pelo profissional a partir de uma diversidade de técnicas terapêuticas possíveis (Chiaverini *et al.*, 2011). Diante da realidade estabelecida na unidade básica, na oficina tutorial levantou-se a necessidade de criar estratégias coletivas de cuidado para as demandas percebidas, estabelecendo em plano de ação a formação de 3 atividades coletivas: a) Grupo de atenção à Ansiedade (mediado por psicólogo e - multi); b) Grupo de Educação em Saúde para Gestantes (contínuo e com alternância de medicação); c) Grupo de Atenção à dor Crônica e Fibromialgia (mediado por Fisioterapeuta e Psicólogo de e - multi).

É apenas no amadurecer desse período, ainda na continuidade da etapa III da Implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental, que o instrumento do mapeamento da necessidade de cuidado em saúde mental passou a tornar-se robusto e indicativo de estratégias possíveis, concomitante à fase que compõe a avaliação do trabalho compartilhado e de clínica ampliada das equipes ESF com a e-multi. Essa avaliação foi realizada a partir de instrumento de análise do trabalho interdisciplinar colaborativo que, em suma, analisa

coletivamente a relação dos profissionais com as demandas que exigem Clínica Ampliada, identificando déficits e potencialidades.

Sobre a Clínica Ampliada, a entendemos como uma necessidade em Saúde Pública e, ainda mais, em Atenção Primária à Saúde. A territorialidade do cuidado nesse nível de Atenção à Saúde permite fácil acesso dos usuários aos serviços e dos profissionais a esses usuários. A clínica ampliada surge como resposta às demandas específicas e complexas da Atenção Básica em saúde mental, demandando abordagens que vão além do conhecimento clássico da psiquiatria (Azanki *et al.*, 2021).

Essa abordagem, oriunda das reformas pela humanização da gestão e do cuidado à saúde, se baseia em uma compreensão mais abrangente do processo de saúde e doença. A clínica ampliada envolve a construção compartilhada de diagnósticos e intervenções terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho com foco nas pessoas, grupos e coletivos e a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho, direcionando-se para o uso de técnicas relacionais (Moura *et al.*, 2020).

Ao adotar abordagens relacionais, também conhecidas como tecnologias leves de cuidado, a clínica ampliada busca tornar o usuário sujeito da produção de saúde, permitindo sua participação ativa e protagonismo nos atos cuidadores. As tecnologias leves incluem práticas como acolhimento, escuta e diálogo, contrastando com as tecnologias pesadas, como equipamentos especializados de última geração. As habilidades de comunicação, os vínculos afetivos e as atitudes em relação aos usuários são valorizadas, visando melhorar a qualidade do atendimento e a resolubilidade dos cuidados em saúde mental (Martinello; Fonseca, 2022).

A partir disso, o instrumento demonstrou que em duas das três equipes havia processos de cuidado compartilhado e de comunicação adequados estabelecidos e constituídos no processo de trabalho. No entanto, apesar de sua funcionalidade, não estavam protocolados ou estruturados como um procedimento de trabalho guiado, mas organizavam-se no dia a dia da unidade e nas estratégias de cuidado. Um desses exemplos foi a relação de cuidado compartilhado na linha de cuidado de Saúde da Mulher, compreendendo o cuidado psicológico na ênfase do acompanhamento pré-natal como determinante no processo de trabalho.

ETAPA IV - GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Estabelecidas as bases para a implantação dessa linha de cuidado, a etapa IV se posiciona de forma mais direta e interventiva, com as subpopulações-alvo identificadas, as fragilidades e potencialidades também identificadas, os fluxos de atendimento também estabelecidos, cabe ao projeto coordenar o cuidado em Saúde Mental. A etapa dividiu-se necessariamente entre o manejo das condições agudas na APS com análises e estratégias práticas para garantir segurança do paciente e a avaliação e seguimento dos pacientes de condições crônicas.

Durante esse período, o projeto Saúde Mental na APS no município de Vilhena realizou duas atividades relevantes e essenciais para a implantação dessa linha de cuidado, seriam elas: A Capacitação de Intervenções em Saúde Mental baseado no Manual de Intervenções Mental Health Gap (OMS) e a oficina de escalonamento do Cuidado em Saúde Mental.

O Manual de Intervenções Mental Health Gap (MI - MhGap) é um guia modelo, cujo formato cabe ser ajustado de acordo com a realidade nacional ou local específica. Os usuários têm a capacidade de escolher um subconjunto das condições ou intervenções prioritárias para adaptar e implementar, levando em consideração as variações contextuais em termos de prevalência e disponibilidade de recursos. A adaptação se faz necessária para garantir a abrangência das condições que mais contribuem para a carga de doenças em um determinado país, bem como para adequar o MI-mhGAP às condições locais que impactam o tratamento de indivíduos com transtornos mentais e do sistema nervoso nos estabelecimentos de saúde (WHO, 2018).

A capacitação foi realizada com todos os profissionais de ensino superior da APS do município e atuou como construto essencial no estabelecimento das estratégias de manejo em saúde mental, já que se configura como um manual para profissionais não especialistas. Separado em módulos, dos quais cada um descreve os itens *Avaliação, Manejo e Seguimento*.

Entretanto, voltando ao contexto particular da Etapa IV do projeto, os construtos centrais dessa fase foram a introdução do Escalonamento da Necessidade de Cuidado em Saúde Mental e a construção da Programação do cuidado em Saúde Mental. A Oficina do Escalonamento do Cuidado em Saúde Mental foi realizada com os tutores das unidades para depois ser replicada nos respectivos cenários, e concentra-se na familiarização com a Escala de Avaliação de Necessidade de Cuidado em Saúde Mental (Escala CuidaSM).

O período que constituiu a Etapa IV do projeto também incluiu uma série de mudanças na saúde e na unidade básica em particular, mudanças no quadro de recursos humanos, a abertura de uma Equipe de Atenção Primária (eAP) e reorganização das equipes de ESF. Para além disso, a familiarização com a metodologia da PAS otimizou tanto a discussão sobre as atividades desta etapa quanto o resgate de intervenções que com o tempo houve pouco estímulo e apontaram pouca continuidade, otimizando também a oportunidade de construção de Projetos Terapêuticos Singulares, Reuniões de Discussões de Caso Complexos e Atividade de Educação Permanente.

O Projeto Terapêutico Singular representa uma estratégia de Clínica Ampliada. De acordo com Carvalho e Cunha (2006), a escolha do termo "singular" em substituição a "individual" reflete a importância, especialmente na atenção primária e práticas de saúde coletiva, de considerar não apenas o indivíduo isolado, mas seu contexto social como um todo. Esses projetos podem abranger aspectos familiares, coletivos e territoriais, o que justifica a restrição do uso da palavra "individual". Mesmo que o centro de um projeto terapêutico singular seja um único indivíduo, é essencial adotar uma perspectiva abrangente ao cuidar de

alguém, especialmente no âmbito da saúde mental, incluindo a análise do ambiente familiar e territorial (Chiaverini *et al.*, 2011).

A escala CuidaSM dispara o processo de Escalonamento do cuidado em Saúde Mental, que assemelha-se ao conceito de “estratificação”, no entanto concentra-se na linha de cuidado em saúde mental, com o intuito de separar em grupos de necessidades, associando-se ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), articulado por Mendes (2012) que se organiza como uma abordagem estratégica para a gestão da saúde, focando especialmente em condições crônicas. Ele se organiza em cinco níveis, cada um correspondendo a diferentes estratos de risco e intervenções específicas.

No Nível 1, a atenção é direcionada à população total, concentrando-se nos determinantes sociais da saúde intermediários, como educação, emprego, renda e habitação. Aqui, as intervenções se concentram na promoção da saúde, sendo implementadas por meio de projetos intersetoriais que abordam diversos aspectos da vida. Já no nível 2, o foco muda para subpopulações com diferentes fatores de risco comportamentais e estilos de vida, como tabagismo, sobrepeso, sedentarismo e uso excessivo de álcool. As intervenções nesse nível visam prevenir condições de saúde, considerando os determinantes sociais da saúde mais próximos, ou seja, aqueles relacionados diretamente aos comportamentos e estilos de vida das pessoas (Mendes, 2012).

Os Níveis 3, 4 e 5 estão associados a indivíduos com características específicas, fatores de risco biopsicológicos e condições de saúde já estabelecidas. Aqui, as intervenções são predominantemente clínicas e envolvem tecnologias de gestão da clínica. No Nível 3, as ações são direcionadas a subpopulações de risco baixo ou médio, com ênfase em autocuidado apoiado. No Nível 4, há um equilíbrio entre autocuidado apoiado e cuidado profissional. O Nível 5 é reservado para condições crônicas muito complexas, exigindo a gestão de caso, especialmente para aquelas associadas a maiores riscos e complexidades de saúde. Essa abordagem visa proporcionar cuidados personalizados e abrangentes, considerando tanto os determinantes sociais quanto às características individuais de saúde (Mendes, 2012).

O processo de escalonamento em saúde mental se articula a partir da oficina que capacita os profissionais para estarem mais sensíveis à necessidade do cuidado escalonado em saúde mental e para analisar casos particulares, além de identificar perfis e estratégias de cuidado possíveis e, claro, utilizar a escala CuidaSM (Andrade; Lima, 2021).

A escala é composta por diversas perguntas em duas sessões, uma respondida pelo próprio paciente e a outra pelo profissional de saúde. Foi desenvolvida pelo Centro de Estudos, Pesquisas e Práticas em APS e Redes (CEPPAR) em colaboração com a área de Projetos e Novos Serviços (Proadi-SUS/Saúde Mental na APS). Esta ferramenta de gestão do cuidado é destinada a apoiar equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) na tomada de decisões relacionadas ao escalonamento do cuidado em saúde mental (Mendonça *et al.*, 2023).

A aplicação da Escala na unidade básica iniciou a partir de duas estratégias: aplicação com os grupos estabelecidos de saúde mental e pacientes identificados na Ficha de Sinais de Alerta de Necessidade de

Cuidado em Saúde Mental, e seriam registrados a partir dos estratos baixa, moderada, alta e altíssima NCSM (Necessidade de Cuidado em Saúde Mental) a partir de prontuário eletrônico (PEC, E-sus) na aba lembretes dos prontuários individuais, o plano de ação não instituiu meta inicial, devido a necessidade de que o escalonamento e aplicação da Escala deveria ser um continuum no processo de trabalho, assim como as intervenções anteriores.

A partir do processo de escalonamento e na necessidade de que o cuidado em Saúde Mental funcione a partir da lógica de cuidado programado, organiza-se para o início do processo de programação do cuidado em saúde mental. Durante esse processo, o entendimento dos profissionais das equipes foi de que havia um entrave na estratégia de programar o cuidado, tendo em vista que nos níveis do MACC, as condições crônicas complexas e muito complexas exigem a coparticipação da Atenção Especializada (Andrade; Lima, 2021).

O entrave percebido relacionava-se com a dificuldade na estratégia de cuidado compartilhado entre a Atenção Primária à Saúde e o Centro de Atenção Psicossocial que, até então, não se articulava a partir do apoio matricial e não funcionava a partir da lógica do cuidado contínuo e longitudinal. A realidade da unidade era de que muito das demandas de cuidado em saúde de Alta e Altíssima NCSM estavam sendo tratadas integralmente na Atenção Primária, na lógica das ESF + E-multi, o que de várias formas causava demanda sobrecarregada, tomando esforços que poderiam concentrar-se em promoção, prevenção e estratégias psicossociais;

Diante disso, conclui-se em equipe que existe a necessidade de construir as estratégias até então inexistentes de corresponsabilidade e coparticipação entre CAPS e APS, para que a APS pudesse cumprir o seu papel de ordenadora do cuidado. Em suma, os próximos passos para que a linha de cuidado em saúde mental pudesse programar o cuidado efetivamente, precisaria ter como objeto o trabalho conjunto entre esses dois pontos da Rede de Atenção Psicossocial. De qualquer modo, institui-se em plano que as atuais estratégias utilizadas de mapeamento, cuidado integrado e de Intervenções psicossociais continuariam avançando e sendo avaliadas e atualizadas periodicamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da linha de cuidado em saúde mental revelou no período de seu desenvolvimento que, mesmo sem suas articulações mais formais, o cuidado em saúde mental nas ESF se dava a partir de seus recursos disponíveis, ainda que de forma tímida. O projeto Saúde Mental na APS possibilitou de diversas maneiras articular bases e instrumentais cruciais para a qualificação e otimização desse processo de trabalho.

Diante da segunda etapa, foi possível articular uma estratégia de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para a abordagem em saúde mental nas visitas domiciliares e para identificação de sinais de alerta. Em síntese, as duas primeiras etapas do projeto evidenciaram uma evolução substancial na compreensão e abordagem da saúde mental na APS em Vilhena. A estruturação do diagnóstico situacional,

aliada à implementação efetiva de instrumentos como a Escala de Risco Familiar e a Ficha de Sinais de Alerta, representa um passo significativo na construção de uma Linha de Cuidado em Saúde Mental mais eficiente e centrada nas necessidades da população. O comprometimento das equipes, aliado ao enfoque na capacitação e na atuação dos ACS, posiciona o município para enfrentar desafios e promover uma abordagem mais integral e preventiva em relação à saúde mental na atenção primária.

Na terceira etapa houve, pela primeira vez, a articulação de Intervenções Psicossociais concretas, como as estratégias de grupo e um maior incentivo ao cuidado compartilhado entre ESF e E-multi, instituindo a lógica das consultas compartilhadas e dos projetos terapêuticos singulares. Essa estratégia foi crucial para aprofundar a compreensão das demandas, melhorar o acesso à saúde mental na unidade básica e desenvolver estratégias específicas de intervenção. A análise detalhada do funcionamento interno da unidade e a aplicação de instrumentos proporcionaram tomadas de consciência que direcionaram as ações da equipe, preparando o terreno para a implementação mais direta e interventiva na etapa seguinte.

No início da quarta etapa do projeto de implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental, identificou-se um avanço significativo na gestão do cuidado, direcionando esforços para o manejo de condições agudas na Atenção Primária à Saúde (APS) e a avaliação e seguimento dos pacientes com condições crônicas em saúde mental. A etapa IV representou um avanço na gestão do cuidado em saúde mental, com foco em estratégias específicas de manejo, escalonamento e avaliação. A implementação de ferramentas como a Escala CuidaSM permitiu uma abordagem mais direcionada e eficaz no atendimento às demandas identificadas.

A partir da experiência de construção da linha de cuidado em saúde mental, a equipe mostrou-se mais segura e unificada em relação aos pacientes com necessidade de cuidado em saúde mental, sobretudo no processo de vigilância em saúde dos pacientes do território e do cuidado interprofissional, com a equipe multiprofissional e equipes de estratégia de saúde da família. Além disso, o compartilhamento do cuidado em saúde mental com outros pontos da rede passou a ser um hábito - com a saúde, a assistência social e demais dispositivos.

Entre as limitações dessa experiência posiciona-se a dificuldade de que as intervenções apresentadas nas oficinas se tornassem hábitos no processo de trabalho e não obrigações momentâneas, tendo em vista que cada etapa calhou na necessidade de resgatar instrumentos necessários dos quais perdia-se o hábito de utilizar. Além disso, a limitação de que o projeto se direcionou apenas para as unidades básicas tornou-se um problema, tendo em vista as problemáticas que envolviam o processo de trabalho dos outros pontos da RAPS.

Tanto no sentido da necessidade de otimizar o processo de trabalho nesses pontos, quanto no cenário de que os serviços de atenção especializada não estavam alinhados com as mudanças e propostas no cenário da unidade básica de saúde. O projeto prevê etapas controle que possam revisar essa problemática e, de alguma forma, integrar esses pontos da rede de forma mais direta, tendo em vista que a

capacidade da APS de ser resolutiva também depende diretamente de uma Rede de Atenção Psicossocial robusta e integrativa.

REFERÊNCIA

- ANDRADE, Aline Teles de; LIMA, Aluísio Ferreira. **Nota Técnica de saúde mental para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco nos processos da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/342/2021/09/notatecnica_saude_mental.pdf. Acesso em: 12 nov. 2025.
- AZANKI, Hayanne Christine Teixeira Paz *et al.* Educação permanente e clínica ampliada: um novo paradigma de cuidado. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 4624-4629, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/download/23051/18525>. Acesso em: 12 nov. 2025.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2011. 436 p. (CONASS Documenta, n. 23). ISBN 978-85-8071-004-5. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-23/>. Acesso em: 12 nov. 2025.
- CARVALHO, Sergio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. Gestão e organização da saúde: elementos para se pensar a mudança de modelos de atenção. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868.
- CHIAVERINI, Dulce Helena *et al.* (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 12 nov. 2025.
- COELHO, Flávio Lúcio G.; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 12 nov. 2025.
- CORRÊA, Bruna Luisa Melo de Aquino Lemos *et al.* Programa de melhoria para redução na contenção mecânica em uma unidade de terapia intensiva. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 16, p. 1-6, 2025. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/programa-de-melhoria-para-reducao-na-contencao-mecanica-em-uma-unidade-de-terapia-intensiva/>. Acesso em: 12 nov. 2025.
- CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v10n2/a10v10n2.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2025.
- EVANGELISTA, Maria José de Oliveira *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2115-2124, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/bj/csc/a/KrXMY6P7LTtkwckj7xMMGXm/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2025.
- FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega - O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995>. Acesso em: 12 nov. 2025.
- LINS, Maria Zélia Soares. **Estudos sobre a planificação da atenção à saúde no Brasil - 2008 a 2019: uma revisão de escopo**. Brasília, DF: CONASS, dez. 2020. (CONASS documenta, 36). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1177991>. Acesso em: 12 nov. 2025.
- MARTINELLO, Eduarda Caroline Ceriulli; FONSÊCA, Graciela Soares. Saúde mental na Atenção Básica: perspectivas a partir da clínica ampliada e compartilhada. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 12, p. e352111234727, 2022. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4248>. Acesso em: 12 nov. 2025.
- MEGIER, Elisa Rucks. **Planificação da atenção primária à saúde: contribuições para a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul**. 2020. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/19813/DIS_PPGENFERMAGEM_2020_MEGIER_ELISA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 nov. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, Joana Moscoso Teixeira *et al.* Brazilian Scale for Evaluation of Mental Health Care Needs: Development and evidence of validity. **Research Square**, p. 1-22, 2023. Preprint versão 1. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-2450855/v1>. Acesso em: 12 nov. 2025.

MOURA, Débora de Toledo *et al.* Clínica ampliada e articulação em rede: relato de experiência no SUAS. **Revista do NUFEN**, v. 12, n. 2, p. 118-139, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2175-25912020000200008&script=sci_art-text. Acesso em: 12 nov. 2025.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/sausoc/a/SkGk6rYrmPhjhVD7B63NdxQ/>.

PLANIFICASUS. **Saúde Mental na APS**, 2025. Disponível em: <https://planificasus.com.br/saudemental/index.php>. Acesso em: 12 nov. 2025.

SANTOS, Geovani Cleyson dos *et al.* **Evidências da estratificação de risco familiar na prática da estratégia saúde da família**: Revisão de Escopo. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2021. Disponível em: <http://bdtd.unifal-mg.edu.br:8080/handle/tede/1930>. Acesso em: 12 nov. 2025.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; LAGE, Joana Lourenço; COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. **JMPHC - Journal of Management & Primary Health Care**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012. Acesso em: 12 nov. 2025. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>. Acesso em: 12 nov. 2025

SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Saúde Mental na APS: Guia de orientação para a Etapa Preparatória. **São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein**, 2022. Disponível em :<https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=7247b770d8d823610757d8ebd720aaacaadf33eb&t=1655909728&type=biblioteca>. Acesso em: 12 nov. 2025

SOUSA, Maria Fátima de *et al.* Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 82-93, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/sdeb/a/LGvyPrZ5Ns3Fw4YyPpCMBVJ/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2025

WHO. **MI-mhGAP**: manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096?locale-attribute=pt>. Acesso em: 12 nov. 2025

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 27/07/2025

ACEITO: 16/09/2025