

CAPÍTULO 4

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ISABELA LLAMA¹
THOMÁS MENDONÇA DE ANDRADE²
ANNA LUIZA COSTA DE OLIVEIRA³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - UNIFEV, Votuporanga, São Paulo, Brasil.

²Discente - FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³Discente - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Atenção Primária; Rede de Atenção Psicossocial.

INTRODUÇÃO

A saúde mental é componente indissociável da integralidade do cuidado na atenção primária à saúde (APS). Na prática clínica, a APS é o ponto de contato mais frequente entre a população e o sistema de saúde para demandas relacionadas ao sofrimento psíquico, incluindo sintomas ansioso-depressivos, queixas somáticas persistentes, distúrbios do sono, luto complexo, crises situacionais, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, além de acompanhamento de pes-

soas com transtornos mentais graves e persistentes (TMGP) em cogestão com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011). A magnitude e a heterogeneidade dessas demandas exigem que a APS opere com um modelo clínico e organizacional robusto: abordagem centrada na pessoa, longitudinalidade, estratificação de risco e gravidade, intervenções psicossociais estruturadas e uso criterioso de psicofármacos, sempre integrados à coordenação do cuidado no território (**Figura 4.1**) (BRASIL, 2013).

Figura 4.1 Mapa territorial com os componentes da Rede de Atenção Psicossocial e seus pontos de atenção



Fonte: CARDOSO, 2015.

No SUS, a RAPS foi instituída para ampliar o acesso e articular pontos de atenção à saúde voltados às pessoas em sofrimento psíquico e às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com garantia de cuidado contínuo e integração no território (BRASIL, 2011). Para a APS, o Caderno de Atenção Básica nº 34 – Saúde mental oferece um arcabouço técnico operacional altamente aplicável, detalhando ferramentas para acolhimento, comunicação clínica, exame do es-

tado mental, cartografia do território, PTS e instrumentos psicossociais, além de princípios para uso de psicofármacos com foco em cuidado centrado na pessoa (BRASIL, 2013). Também é relevante para o desenho do trabalho em equipe a literatura e os materiais de apoio matricial e matriciamento, que descrevem instrumentos como interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, genograma/ecomapa e pactuação de fluxos entre APS e equipes de saúde mental (BRASIL, 2009).

No plano internacional, a Organização Mundial da Saúde sistematiza recomendações para manejo por não especialistas, em atenção primária, de transtornos mentais, neurológicos e relacionados ao uso de substâncias, por meio da diretriz mhGAP (3ª edição), enfatizando cuidado escalonado, intervenções psicossociais e organização do seguimento (WHO, 2023). Ainda, estratégias de prevenção em saúde pública, como *LIVE LIFE*, reforçam o papel de sistemas de saúde na identificação precoce, avaliação, gestão e acompanhamento de pessoas em risco, sem reduzir o cuidado a intervenções pontuais (WHO, 2021). No Brasil, documentos oficiais também orientam ações de prevenção e organização do cuidado psicossocial em diferentes contextos, reforçando a necessidade de integração em rede (BRASIL, 2024).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar um modelo avançado e operacional para organização e manejo da saúde mental na APS, incluindo estratificação de gravidade e risco, ferramentas clínicas reprodutíveis, intervenções psicossociais e farmacológicas baseadas em evidências, critérios de encaminhamento e fluxos de coordenação com a RAPS e com o apoio matricial, com foco em cuidado longitudinal, segurança clínica e qualidade assistencial.

Organização do cuidado em saúde mental na APS

A operacionalização da saúde mental na APS deve combinar clínica e gestão do cuidado (**Quadro 4.1**). Em termos práticos, a equipe precisa de uma rotina mínima reprodutível, capaz de sustentar: identificação precoce, avaliação de gravidade, intervenção inicial, seguimento longitudinal e coordenação com a rede territorial. A APS é especialmente potente quando atua em quatro eixos: (1) cuidado do sofrimento mental comum e prevenção de cronificação; (2) manejo de trans-

tornos mentais moderados com intervenções estruturadas; (3) cogestão de TMGP e cuidado clínico integral; (4) abordagem de determinantes sociais, redes de suporte e intervenções comunitárias (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011).

Quadro 4.1 Componentes essenciais do cuidado em saúde mental na APS

1. Acolhimento e pactuação do motivo principal.
2. Avaliação clínica breve: sintomas, funcionalidade, contexto, comorbidades clínicas, uso de substâncias.
3. Exame do estado mental com registro objetivo.
4. Estratificação de gravidade e definição de intensidade do seguimento.
5. Intervenções psicossociais estruturadas como base do cuidado.
6. Psicofármacos quando indicados, com metas e reavaliação em prazos definidos.
7. Construção de PTS e articulação com rede territorial (RAPS, assistência social, educação, trabalho).
8. Monitoramento longitudinal, incluindo prevenção de recaídas e adesão.

Fonte: (BRASIL, 2013; WHO, 2023)

Ferramentas clínicas reprodutíveis na consulta de APS

A consulta avançada em saúde mental na APS precisa ser eficiente, mas profunda o suficiente para sustentar decisões seguras. O **Caderno nº 34** destaca ferramentas que tornam o cuidado mais resolutivo: comunicação clínica qualificada, exame do estado mental, genograma, ecomapa, diagnóstico de recursos do território e registro estruturado (BRASIL, 2013). No matriciamento, instrumentos como interconsulta, consulta conjunta e visita domiciliar conjunta ampliam a potência clínica e reduzem encaminhamentos desnecessários, ao mesmo tempo em que aumentam segurança para casos complexos (BRASIL, 2009).

Exame do estado mental na APS: o “mínimo avançado”

Um registro curto e reprodutível deve contemplar: aparência/comportamento, nível de consciência/atenção, fala, humor/afeto, pensa-

mento (curso e conteúdo), percepção, cognição e juízo crítico/insight. O foco é identificar sinais de gravidade, prejuízo funcional e necessidades imediatas, além de orientar o plano terapêutico e o seguimento (**Tabela 4.1**) (BRASIL, 2013).

Tabela 4.1 Modelo de registro breve do exame mental e funcionalidade

Domínio	O que observar/registrar	Implicação clínica
Humor/afeto	deprimido, ansioso, irritável; congruência	gravidade e escolha terapêutica
Pensamento	lentificação, aceleração, conteúdo disfuncional	risco e necessidade de rede
Percepção	alterações perceptivas significativas	sinal de complexidade
Cognição	atenção, orientação, memória	suspeita neurocognitiva
Funcionalidade	trabalho/estudo, autocuidado, vínculos	meta terapêutica prioritária
Sono/apetite	padrão e impacto	alvo frequente de intervenção
Substâncias	padrão e consequências	condutas e redução de danos

Fonte: BRASIL, 2013.

Estratificação de gravidade e definição de intensidade do cuidado

A estratificação não é apenas “diagnóstico”; é a base para definir intensidade do seguimento, necessidade de rede, e o equilíbrio entre intervenções psicossociais e farmacológicas. O mhGAP e os materiais brasileiros convergem na lógica de cuidado escalonado: intervenções menos intensivas e estruturadas para quadros leves, e intensificação progressiva conforme gravidade, prejuízo funcional e persistência (**Quadro 4.2, Tabela 4.2**) (BRASIL, 2013; WHO, 2023).

Quadro 4.2 Critérios clínico-operacionais para classificar gravidade e necessidade de rede na APS

Leve: sintomas recentes, prejuízo funcional limitado, rede de apoio preservada, boa adesão.
Moderado: sintomas persistentes, prejuízo funcional claro, comorbidades clínicas, impacto em sono/trabalho/vínculos.
Grave/complexo: prejuízo funcional importante, sintomas intensos, baixa adesão, múltiplas vulnerabilidades, necessidade de cuidado intensivo e articulado com RAPS.

Fonte: Brasil, 2013; WHO, 2023.

Tabela 4.2 Estratificação e conduta

Perfil	Conduta base na APS	Retorno	Rede/encaminhamento
Sofrimento comum	psicoeducação + intervenção breve + plano de autocuidado	2–4 semanas	se persistente/refratário
Transtorno moderado	intervenção estruturada + considerar psicofármaco	2–3 semanas	matriciamento/psicoterapia
Quadro grave/complexo	plano intensivo + cuidado compartilhado	48h–2 semanas	CAPS/RAPS conforme território
TMGP estabilizado	cogestão + clínica geral + adesão	4–12 semanas	contrarreferência pactuada
Uso de substâncias	redução de danos + intervenção breve	1–4 semanas	CAPS AD quando indicado

Fonte: BRASIL, 2013; WHO, 2023.

Sofrimento mental comum: evitar cronificação e medicalização de baixo valor

Sofrimento mental comum inclui sintomas ansiosos, humor deprimido, irritabilidade, somatizações, distúrbios do sono e sofrimento associado a problemas sociais e de saúde crônica. O risco na APS é a cronificação por ausência de plano estruturado ou o uso de psicofármacos como “resposta padrão” sem intervenção psicossocial. O **Caderno nº 34** sugere que intervenções psicossociais e comunitárias podem ser altamente efetivas quando bem organizadas, sobretudo com grupos e ações territoriais (**Quadro 4.3**) (BRASIL, 2013).

Quadro 4.3 Intervenções psicossociais breves, estruturadas e reprodutíveis na APS

● Psicoeducação estruturada (modelo de sintomas e manejo).
● Ativação comportamental com metas semanais.
● Resolução de problemas com plano testável.
● Higiene do sono e rotina (intervenção mínima padronizada).
● Grupos na APS: manejo de ansiedade, estresse, autocuidado, convivência.
● Fortalecimento de rede: família, comunidade, assistência social quando necessário.

Fonte: BRASIL, 2013; WHO, 2023.

Transtornos ansiosos e depressivos: abordagem avançada com cuidado escalonado

Em quadros moderados, a APS precisa combinar: (1) intervenção psicossocial estruturada; (2) escolha criteriosa de psicofármacos quando indicada; (3) seguimento com metas e reavaliação; (4) prevenção de recaídas e manutenção por tempo adequado. A diretriz mhGAP enfatiza que a atenção primária deve ter capacidade de manejo de condições prioritárias com monitoramento e escalonamento para serviços especializados conforme necessidade (WHO,

2023). O Caderno nº 34 reforça o cuidado centrado na pessoa e a revisão periódica de tratamentos, principalmente para evitar uso prolongado sem reavaliação (BRASIL, 2013).

Mensuração de resposta e funcionalidade

Para especialistas, o ponto-chave é reduzir “seguimento sem direção”: cada plano precisa de metas (ex.: retorno ao trabalho, melhora do sono, retomada de atividades), prazo para reavaliar e critérios de intensificação. A funcionalidade deve ser registrada como desfecho primário (BRASIL, 2013).

Psicofarmacoterapia na APS: indicação, segurança e desprescrição

O uso de psicofármacos na APS deve ser guiado por indicação clara e metas terapêuticas, com reavaliações em prazos definidos e atenção a efeitos adversos e interações. O Caderno nº 34 orienta que a prescrição deve estar inserida em um plano terapêutico mais amplo, com revisão periódica, evitando “renovações automáticas” e polifarmácia sem racionalidade clínica (BRASIL, 2013).

A padronização do seguimento está na **Tabela 4.3**.

Tabela 4.3 Checklists Prescrição segura e monitoramento

Etapa	O que garantir	Registro mínimo
Antes de iniciar	hipótese clínica + gravidade + comorbidades	diagnóstico provável e objetivos
Primeiras semanas	tolerabilidade + adesão + efeitos adversos	plano de retorno (2–4 semanas)
Ajuste	dose/resposta + funcionalidade	critérios de intensificação
Manutenção	tempo terapêutico + prevenção de recaídas	plano de manutenção e revisão
Desprescrição	retirada gradual quando apropriado	estratégia e monitoramento

Fonte: BRASIL, 2013; WHO, 2023.

Benzodiazepínicos: uso crítico

Na APS, o uso prolongado de benzodiazepínicos é um dos principais problemas de qualidade, associado a dependência, sedação, quedas, piora cognitiva e maior vulnerabilidade em idosos. A abordagem avançada inclui: revisão de indicação, pactuação de plano de redução gradual, substituição por intervenções não farmacológicas de sono/ansiedade e acompanhamento próximo, integrando matriciamento quando necessário (BRASIL, 2013).

Transtornos mentais graves e persistentes: cogestão com a RAPS e cuidado integral

A APS não substitui o CAPS, mas é indispensável para continuidade do cuidado: manejo de comorbidades clínicas, adesão, monitoramento de efeitos adversos, cuidado familiar e reinserção social. A RAPS organiza essa articulação territorial e deve sustentar fluxos de referência e contrarreferência pactuados (BRASIL, 2011; BRASIL, 2026). A cogestão se operacionaliza com PTS compartilhado e uso de instrumentos do matriciamento (Figura 4.2) (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013).

Figura 4.2 Fluxo de cogestão APS–RAPS por matriciamento



Legenda: Fluxo decisório:

- APS identifica caso complexo ou TMGP estabilizado com necessidade de revisão.
- Define-se estratégia: interconsulta/consulta conjunta/visita domiciliar conjunta conforme necessidade.
- Pactua-se PTS: metas, responsabilidades, frequência e sinais de alerta clínico.
- Contrarreferência documentada: plano de seguimento, medicações, monitoramentos e acesso em crise.
- APS monitora comorbidades, adesão e suporte familiar; CAPS apoia manejo especializado e reavaliação quando necessário. **Fonte:** BRASIL, 2011; BRASIL, 2009; BRASIL, 2013.

Uso de álcool e outras drogas: redução de danos e cuidado longitudinal

A APS deve tratar necessidades relacionadas ao uso de substâncias sem moralização, com foco em risco, funcionalidade e redução de danos. A mhGAP reforça intervenção breve, avaliação de comorbidades e escalonamento para serviços especializados quando indicado (**Quadro 4. 4**) (WHO, 2023). O Caderno nº 34 enfatiza que redução de danos é estratégia estruturante e que o território (família, trabalho, rede social) é parte do tratamento (BRASIL, 2013).

Quadro 4.4 Intervenção breve e plano de seguimento no uso prejudicial de substâncias

• <i>Feedback</i> clínico: relacionar uso a sintomas e funcionamento.
• Pactuação de metas realistas (redução/abstinência conforme caso).
• Plano de segurança e prevenção de recaídas (gatilhos, suporte).
• Acompanhamento programado e articulação com rede (CAPS AD, assistência social).

Fonte: BRASIL, 2013; WHO, 2023

Condições neurocognitivas e saúde mental do idoso na APS

A APS precisa reconhecer e acompanhar declínio cognitivo, demências e quadros confundidores como depressão em idosos e efeitos adversos de medicamentos (**Tabela 4.4**). O Caderno nº 34 inclui demências e sofrimento na população idosa como temas frequentes na atenção básica, reforçando avaliação clínica e territorial (BRASIL, 2013). Uma abordagem avançada inclui: avaliação de funcionalidade, revisão medicamentosa (evitar sedativos desnecessários), suporte a cuidadores e organização do cuidado em rede conforme gravidade.

Tabela 4.4 Roteiro de avaliação do idoso com queixa cognitiva na APS

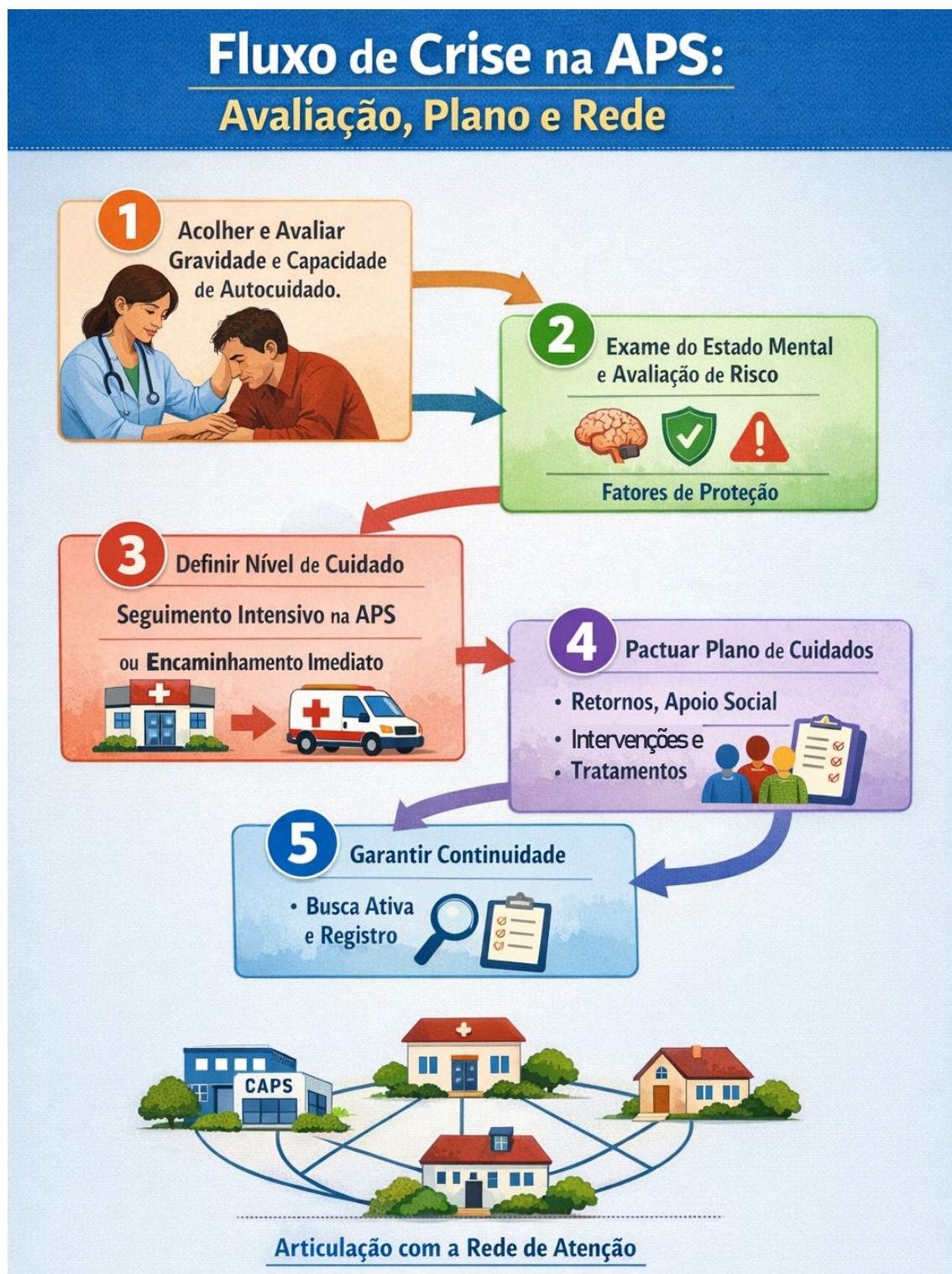
Dimensão	O que avaliar	Conduta inicial
Funcionalidade	AVD/AVDI e segurança domiciliar	plano com família/ cuidadores
Humor	sintomas depressivos/ ansiosos	tratar e reavaliar cognição
Medicações	sedativos/ anticolinérgicos	revisão e redução quando possível
Rede	cuidador, sobrecarga, apoio social	suporte e articulação social
Encaminhamento	sinais de complexidade	matriciamento/ serviço conforme rede

Fonte: BRASIL, 2013.

Situações de crise e intensificação do cuidado: segurança clínica sem detalhamento de autoagressão

Crise em saúde mental deve ser entendida como intensificação de sofrimento e desorganização do funcionamento, exigindo cuidado mais intenso e coordenado. A APS deve ter fluxo para acolhimento, avaliação rápida de gravidade, pactuação de plano de cuidado, intensificação do seguimento e articulação com pontos da RAPS/urgência quando necessário (**Figura 4.3**) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011). Em termos sistêmicos, a OMS propõe o *LIVE LIFE* como abordagem de prevenção, destacando a importância da identificação precoce, avaliação, manejo e acompanhamento em serviços de saúde, integrados a ações comunitárias (WHO, 2021). No Brasil, a cartilha oficial reforça a importância de reconhecer sinais de sofrimento e articular cuidado e rede de apoio, especialmente em contextos de crise e vulnerabilidade (BRASIL, 2024).

Figura 4.3 Fluxo de crise na APS: avaliação, plano e rede



Legenda: Fluxo decisório. (Imagem gerada por inteligência artificial).

1. Acolher e avaliar rapidamente gravidade e capacidade de autocuidado.
2. Exame do estado mental + avaliação de risco e fatores protetores, sem exposição desnecessária a conteúdos sensíveis.
3. Definir nível de cuidado: seguimento intensivo na APS vs. encaminhamento imediato conforme gravidade.
4. Pactuar plano: frequência de retornos, rede de apoio, intervenções psicossociais, ajustes terapêuticos.
5. Garantir continuidade: busca ativa quando necessário, registro e contrarreferência.

Fonte: BRASIL, 2013; BRASIL, 2011; WHO, 2021; BRASIL, 2024.

Processo de trabalho, apoio matricial e cuidado no território

A efetividade do cuidado em saúde mental na APS depende de organização do processo de trabalho. O matriciamento oferece instrumentos para aumentar resolutividade e segurança: elaboração de PTS, interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta e uso de genograma/ecomapa para leitura ampliada do caso (**Figura 4.4**) (BRASIL, 2009). O Caderno nº 34 reforça o papel de grupos, redes comunitárias e intervenções psicossociais avançadas, que ampliam alcance sem reduzir qualidade (BRASIL, 2013).

Elementos avançados de organização:

- agenda reservada para retornos de saúde mental (evita “sumir do seguimento”);
- pactuação de fluxos APS–CAPS (o que encaminhar, quando e como contrarreferir);
- grupos terapêuticos e educativos estruturados (ansiedade/sono/estresse);

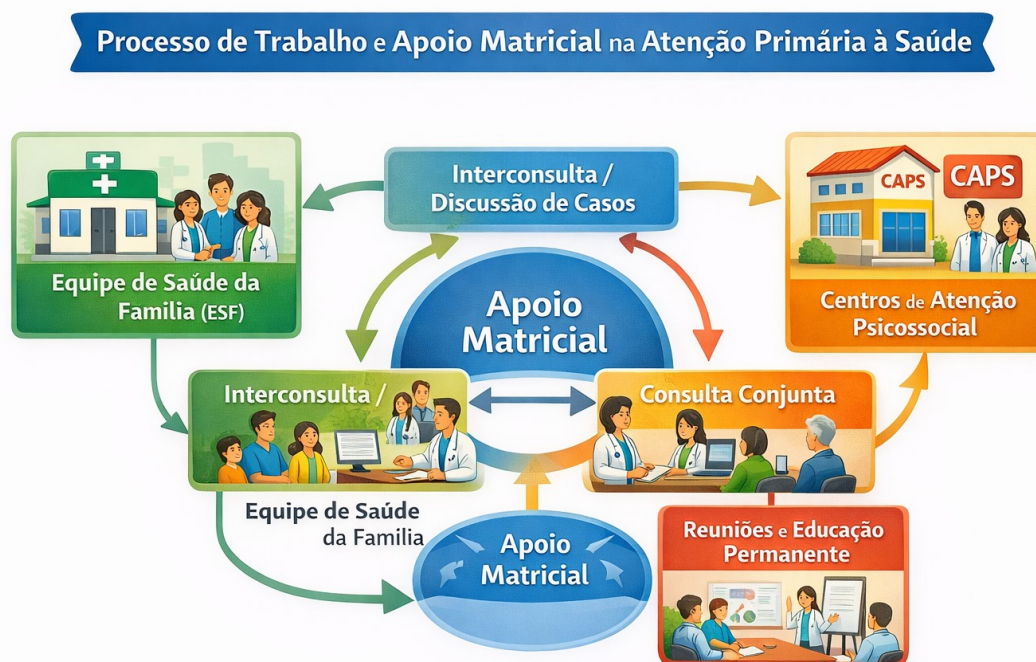
- integração com assistência social e equipamentos comunitários;
- revisão periódica da qualidade da prescrição (ex.: uso prolongado sem revisão).

Indicadores de qualidade e auditoria clínica na APS

A gestão clínica melhora quando a equipe monitora indicadores simples e úteis. Exemplos:

- proporção de usuários com PTS registrado (casos complexos);
- tempo para reavaliação após início/ajuste de psicofármacos;
- proporção de uso prolongado de benzodiazepínicos com plano de revisão/desprescrição;
- taxa de comparecimento a retornos programados;
- proporção de casos em cogestão com contrarreferência documentada;
- cobertura de grupos e intervenções territoriais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2009).

Figura 4.4 Processo de trabalho e apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde



Legenda: Representação do modelo de apoio matricial entre as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo estratégias como interconsulta, discussão de casos, consultas conjuntas e educação permanente, com o objetivo de ampliar a resolutividade do cuidado em saúde mental no território. Imagem elaborada por inteligência artificial para fins ilustrativos neste capítulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha – Prevenção de suicídios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf/view>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 34: Saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Portal Gov.br, s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 23 fev. 2026.

CARDOSO, J.S. (Org.). Redes de atenção à saúde: rede de atenção psicossocial. São Luís: UNA-SUS, UFMA, 2015. 46f. Disponível em: http://repocursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo5/und1/media/pdf/livro.pdf.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>. Acesso em: 23 fev. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders: third edition. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>. Acesso em: 23 fev. 2026.