

# GUIA DE SAÚDE MENTAL



Estratégias para organização do cuidado  
na Rede de Atenção Psicossocial

## Autoras

Mariana Hasse (Coordenação)  
Júlia Brenner Antunes  
Erica Jamily de Oliveira Costa  
Ana Beatriz Moi Miotto  
Fernanda Alves Gonçalves  
Anamaria Rodrigues Resende de Sousa  
Karine Viana Ferreira

## Guia de Saúde Mental Estratégias para organização do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial

**Financiamento:** Ministério da Saúde (Edital GM/MS 1/2022)

**Agradecimentos:** Secretaria Municipal de Saúde de Araguari/MG

Universidade Federal de Uberlândia

Araguari/MG

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

G943 Guia de saúde mental [recurso eletrônico] : estratégias para organização do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial / Coordenação: Mariana Hasse. - Araguari : UFU/FAMED, 2026. 45 p.

Livro digital (e.book)  
Vários autores  
Inclui bibliografia.

I. Saúde mental. 2. Processo de cuidado. 3. Redes. I. Hasse, Mariana (coord.). II. Título.

CDU: 613.86

Bruna dos Santos Pinheiro  
Bibliotecário-Documentalista - CRB-6/3805

# Apresentação

Durante o ano de 2023, a Universidade Federal de Uberlândia, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Araguari desenvolveu um amplo projeto vinculado ao PET-Saúde Gestão em Saúde e Assistência (Edital GM/MS 1/2022). Uma das necessidades identificadas no desenvolvimento das atividades foi que houvesse um maior alinhamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com as diretrizes estabelecidas pela Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. A RAPS, instituída pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde (atualmente consolidada pela Portaria de Consolidação nº 3/2017), organiza os pontos de atenção em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estrutura o cuidado de forma territorial, comunitária e em rede.

Desde a pandemia de COVID-19, tanto os serviços especializados como os da Atenção Primária à Saúde (APS) do município estavam sobrecarregados com as demandas de saúde mental e com dificuldades de estabelecer as atribuições de cada um conforme os níveis de atenção e as responsabilidades sanitárias definidas na organização da rede.

Nesse cenário, uma das estratégias foi a construção de um modelo de fluxo de cuidados em saúde mental de adultos e uma matriz de competências de cada serviço da rede, considerando os diferentes pontos de atenção previstos na RAPS. Tais materiais foram desenvolvidos em reuniões e rodas de conversa com os trabalhadores e trabalhadoras de diferentes serviços, da gestão e a equipe do PET. Após a construção, o material foi apresentado, discutido e validado por profissionais de toda a rede em uma oficina organizada para isso. Esse processo de pactuação possibilitou maior compromisso e alinhamento de cada ponto da rede com os processos de cuidado em saúde mental de adultos no município.

Neste guia disponibilizamos os materiais construídos. Eles devem ser adaptados a cada território e, como a rede é dinâmica, ser revistos sistematicamente para que as informações estejam atualizadas e em conformidade com as normativas vigentes. A pactuação com os serviços envolvidos nos processos de cuidado é uma etapa fundamental para que haja alinhamento, reconhecimento mútuo e compromisso de cada uma cada uma nessa construção, que só existe de forma coletiva.

Salientamos que este material constitui um modelo orientador para organização do cuidado e não substitui protocolos municipais ou pactuações regionais, devendo ser adequado à capacidade instalada, à tipologia dos serviços existentes e às normativas estaduais e federais vigentes.

# Organização do guia

O guia apresenta as duas ferramentas desenvolvidas: o modelo de fluxo de cuidados em saúde mental de adultos e a matriz de competências dos serviços e equipamentos da rede.

O modelo de fluxo foi elaborado a partir dos quadros mais frequentes encontrados nos serviços da RAPS. Para cada quadro há uma descrição do manejo pactuado no município, a partir dos equipamentos, profissionais e tratamentos disponíveis, respeitando os princípios da atenção psicossocial, da territorialização e da organização do cuidado em rede. É importante que o objetivo a ser alcançado naquele momento esteja descrito de forma explícita para que o profissional possa identificar se é possível – ou necessário – acionar outros serviços, conforme os critérios de estratificação de risco e responsabilidade sanitária de cada ponto de atenção.

Para que faça sentido, as fichas devem ser adaptadas de acordo com as pactuações, equipamentos, profissionais e tratamentos disponíveis no território. E, já que a rede é dinâmica, devem ser constantemente atualizadas e repactuadas. Da mesma forma, se houver a identificação de outros quadros não descritos no modelo apresentado, é possível elaborar fichas complementares.

A matriz de competências foi elaborada para auxiliar os profissionais da rede a identificarem o que cada equipamento oferece, considerando seu papel na RAPS e na coordenação do cuidado. É importante salientar que descrevemos apenas os equipamentos disponíveis no município em que a matriz foi elaborada. Como ele não conta com todos os equipamentos da RAPS, há alguns serviços que não estão descritos. Por isso, é importante construir uma matriz localmente, a partir dos equipamentos existentes e de suas reais competências, incluindo sua tipologia (CAPS I, II, III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i, entre outros, quando houver). Também é importante que haja colunas com dados de contato, como endereço e telefones de cada um dos serviços.

Esperamos que esse material favoreça a construção coletiva das redes de cuidado em saúde mental, fortalecendo o modelo comunitário, territorial e intersetorial preconizado pela política pública brasileira. E que as pactuações para sua efetivação estreitem os laços e os processos de produção de cuidado.

# Princípios norteadores do desenvolvimento do material

O material descrito nesse guia foi organizado a partir das premissas descritas abaixo, tendo como centralidade os princípios do SUS e da RAPS, sempre em busca de um cuidado integral, territorial e articulado entre os pontos da rede:

## 1. Territorialidade e Responsabilização

- O cuidado deverá ocorrer prioritariamente no território do/a usuário/a, com definição de equipe de referência e corresponsabilização entre os serviços envolvidos.
- A APS é a porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado longitudinal.

## 2. Integralidade do Cuidado

- A atenção deverá contemplar dimensões clínicas, psicossociais e familiares evitando a fragmentação entre cuidado psiquiátrico, clínico e social.
- O Projeto Terapêutico Singular (PTS) será instrumento central de organização do cuidado.

## 3. Estratificação de Risco e Proporcionalidade

- A intensidade do cuidado deverá ser definida conforme avaliação clínica e psicossocial, considerando risco, gravidade e impacto funcional.
- Os/As usuários/as poderão transitar entre níveis de atenção conforme evolução do quadro, garantindo flexibilidade e continuidade.

## 4. Cuidado em Liberdade

- O cuidado deverá ocorrer prioritariamente em serviços comunitários, evitando institucionalizações desnecessárias.
- Internações em hospital geral ou hospitalidade integral em CAPS III deverão ser indicadas apenas quando houver necessidade clínica, por tempo determinado e com planejamento de alta.

## 5. Compartilhamento e Matriciamento

- A comunicação entre APS, CAPS, UPA e demais dispositivos deverá ser sistemática e formalizada.
- O apoio matricial é a ferramenta estratégica para qualificação do cuidado e ampliação da resolutividade da APS.

## 6. Redução de Danos

- Nos casos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, as intervenções deverão respeitar a autonomia do/a usuário/a, adotando estratégias de redução de danos e cuidado progressivo.

## 7. Continuidade do Cuidado


- Todo encaminhamento deverá prever retorno, contrarreferência e registro formal.
- A alta de um serviço não significa encerramento do cuidado, mas reorganização da responsabilidade assistencial.

## 8. Promoção e Prevenção

- O município priorizará ações de promoção da saúde mental, prevenção de agravos e fortalecimento de vínculos comunitários, evitando medicalização excessiva de sofrimentos cotidianos.
- A articulação com serviços da Educação, Assistência Social, Judiciário, Cultura e demais setores é fundamental para cuidado ampliado e inclusão social.

## 10. Centralidade do/a Usuário/a

- O/A usuário/a deverá participar ativamente das decisões terapêuticas, sendo reconhecido/a como sujeito de direitos e protagonista do próprio cuidado.



**Modelo de fluxo de cuidado em  
saúde mental  
de adultos**

## QUADROS SEVEROS

### **AGUDIZADO: Com risco a própria vida e/ou a de outros**

(Auto/hetero agressividade, tentativa ou risco de autoextermínio, estado de grave alteração de consciência, agitação psicomotora/ansiedade a ponto de necessitar de contenção, recusa prolongada ou total de contato)



#### **Equipamentos:**

- Atendimento na UPA, que é a principal porta de entrada das urgências psiquiátricas.
- A UPA faz estabilização e define destino:
  - Leito em hospital geral;
  - CAPS III com a possibilidade de permanência 24h.



#### **Transporte:**

- SAMU;
- Ambulância da prefeitura;
- Bombeiros (para suporte).



#### **Profissionais:**

- Equipe multiprofissional da UPA, do hospital de referência e/ou do CAPS.



#### **Tratamento:**

- Permanência de curta duração na UPA para avaliação clínica e estabilização inicial do quadro, podendo incluir administração de medicações e, quando estritamente necessário, contenção mecânica conforme protocolo e prescrição médica.
- Encaminhamento para hospitalidade integral no CAPS III quando indicado, como estratégia prioritária de manejo intensivo da crise e alternativa à internação hospitalar, com possibilidade de:
  - acompanhamento multiprofissional intensivo (psiquiatria, enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional);
  - observação clínica contínua;
  - ajuste e monitoramento da medicação;

- atendimentos individuais e intervenções psicossociais;
- acolhimento e orientação aos familiares;
- organização da rotina terapêutica e reestruturação do autocuidado.
- Internação em leito de saúde mental em hospital geral quando necessária, com permanência pelo tempo mínimo necessário à estabilização clínica e psiquiátrica (em média até 15 dias), podendo incluir:
  - manejo medicamentoso intensivo;
  - monitoramento clínico e psiquiátrico diário;
  - assistência de enfermagem 24 horas;
  - preparação para alta e articulação com os serviços territoriais.
- Após estabilização, continuidade do cuidado no CAPS de referência, com elaboração e execução do PTS, incluindo acompanhamento psiquiátrico, atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas e suporte à reinserção social.
- Articulação com os demais pontos da RAPS, especialmente com a APS para seguimento longitudinal, prevenção de recaídas e fortalecimento do cuidado no território.



### **Objetivos:**

- Promover a estabilização clínica e psiquiátrica do/a usuário/a em situação de crise.
- Assegurar a continuidade do cuidado por meio da elaboração, pactuação e execução do PTS, envolvendo o/a usuário/a, sua família e a equipe multiprofissional de referência.



### **Referência e Contrarreferência:**

- Após atendimento em crise ou alta de leito de saúde mental, o/a usuário/a deverá ser encaminhado/a ao CAPS de referência para continuidade do cuidado e elaboração do PTS.
- O CAPS será responsável pelo seguimento do caso e, após estabilização, realizará o compartilhamento e a transferência gradual do cuidado para a UBS de referência, mantendo o matriciamento e a corresponsabilização entre os serviços.

## QUADROS SEVEROS

### AGUDIZADO/ EGRESSOS DE LEITO DE SAÚDE MENTAL: Sem risco a própria vida e/ou de outros

(Transtornos orgânicos com manifestações psicóticas e/ou impulsividade e e agressividade; pacientes jovens em primeiro surto; risco potencial de auto/heteroagressão sem iminência)



#### **Equipamentos:**

- CAPS Adulto;
- UPA (verificar pactuações locais).



#### **Profissionais:**

- Equipe multiprofissional do CAPS (conforme tipologia do serviço: CAPS I, II ou III, de acordo com a organização municipal).



#### **Tratamento:**

- Atendimento multiprofissional no CAPS, em regime intensivo, semi-intensivo ou não intensivo conforme avaliação clínica, estratificação de risco e necessidades psicossociais do/a usuário/a.
- Elaboração, pactuação e execução do PTS, com definição da frequência de atendimentos, estratégias terapêuticas, intervenções psicossociais e ações de reabilitação.
- Monitoramento clínico e psiquiátrico regular, com ajuste medicamentoso quando necessário.
- Realização de atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, ações de reabilitação psicossocial e articulação com recursos comunitários e intersetoriais do território, Práticas Integrativas e Complementares (PICS) quando indicadas.
- Articulação com a APS para compartilhamento do cuidado, matriciamento e acompanhamento longitudinal.

- Em caso de reagudização com risco clínico ou psiquiátrico iminente, o/a usuário/a deverá seguir o fluxo de crise previamente estabelecido, com avaliação inicial em serviço de urgência (UPA) - responsável pela estabilização clínica - e, quando necessário, pela regulação para leito de saúde mental em hospital geral.
- A indicação e regulação para hospitalidade integral em CAPS III serão realizadas pela equipe multiprofissional do próprio CAPS, mediante avaliação clínica e psicossocial, conforme critérios técnicos e pactuações locais.



### **Objetivos:**

- Estabilizar o quadro clínico-psiquiátrico, prevenindo recaídas e novas situações de crise.
- Fortalecer a autonomia, o protagonismo e a reinserção social do/a usuário/a resgatando sua condição de cidadão.
- Promover melhoria da qualidade de vida por meio de intervenções terapêuticas e psicossociais articuladas ao território.
- Garantir acompanhamento e orientação familiar, favorecendo corresponsabilização no cuidado.
- Assegurar a continuidade do cuidado na rede, com compartilhamento progressivo com a APS, quando houver estabilidade sustentada.



### **Referência e Contrarreferência:**

- Se houver agudização com risco iminente, seguir fluxo de crise descrito anteriormente.
- A transferência do cuidado para UBS de referência deverá estar associada à estabilidade clínica sustentada e pactuada entre os serviços.
- Diminuição gradual da frequência de atendimentos no CAPS conforme evolução do quadro.
- PTS pactuado com paciente/família e equipe de referência da UBS de origem, mantendo corresponsabilização e matriciamento entre APS e CAPS.

## QUADROS SEVEROS

### ESTÁVEL

(Paciente estável, com contato adequado, retomando o controle de sua vida, desejos e pensamentos; paciente com transtorno mental de longa evolução em manutenção medicamentosa e acompanhamento psicossocial)



#### Equipamentos:

- UBS/UBSF de referência;
- CAPS Adulto (para acompanhamento compartilhado, quando indicado).



#### Profissionais:

- Médico da Atenção Primária (Clínico Geral ou MFC);
- Psicóloga e Assistente Social da UBS/UBSF de referência;
- Equipe multiprofissional especializada para tutoria em psiquiatria e apoio matricial;
- Acompanhamento compartilhado com o CAPS quando necessário.



#### Tratamento:

- Manutenção e monitoramento do tratamento medicamentoso, com reavaliações periódicas.
- Acompanhamento clínico e psicossocial na APS, com foco na manutenção da estabilidade e prevenção de recaídas.
- atendimentos individuais e/ou em grupo conforme PTS.
- Oficinas terapêuticas, atividades de reabilitação psicossocial e incentivo à participação em dispositivos comunitários do território, PICS quando indicadas, atividade física e ações de promoção de saúde.
- Elaboração e atualização do PTS com participação do/a usuário/a e, quando possível, da família.
- Matriciamento periódico entre CAPS, equipe multiprofissional especializada e APS, garantindo suporte técnico e corresponsabilização no cuidado.



### **Objetivos:**

- Manter a estabilidade clínica e psicossocial do/a usuário/a.
- Fortalecer autonomia, funcionalidade e participação social.
- Consolidar o cuidado no território, com protagonismo da APS.
- Prevenir recaídas e evitar reinternações.
- Promover qualidade de vida e inclusão social.



### **Referência e Contrarreferência:**

- O cuidado deverá ser coordenado pela APS, com apoio matricial da equipe multiprofissional especializada quando necessário.
- Em caso de agravamento do quadro, reavaliar estratificação de risco e, se indicado, retomar acompanhamento intensivo no CAPS ou seguir fluxo de crise.
- A comunicação entre CAPS e UBS deverá ser formalizada, garantindo continuidade do cuidado e registro adequado das condutas.

## QUADROS MODERADOS

(Ex: depressão moderada, transtornos de ansiedade, transtornos relacionados ao estresse, insônia persistente, sofrimento psíquico persistente sem critérios de gravidade que indiquem cuidado intensivo em CAPS)



### Equipamentos:

- UBS/UBSF de referência;
- Acompanhamento compartilhado com equipe multiprofissional especializada quando necessário;
- CAPS Adulto (em caso de agravamento ou refratariedade terapêutica);



### Profissionais:

- Médico da Atenção Primária (Clínico Geral ou MFC);
- Psicóloga da UBS/UBSF;
- Equipe multiprofissional especializada para tutoria em psiquiatria e apoio matricial;
- Compartilhamento com CAPS quando indicado.



### Tratamento:

- Acompanhamento clínico e psicossocial na APS, com foco na estabilização do quadro e redução de sintomas.
- Tratamento medicamentoso quando indicado, com monitoramento periódico e reavaliação clínica.
- atendimentos individuais e/ou grupais conforme Plano de Cuidado ou PTS, quando necessário.
- Psicoterapia individual ou em grupo, conforme disponibilidade e indicação clínica.
- Terapias comunitárias, grupos de apoio e ações coletivas no território.
- Oficinas terapêuticas, atividades de promoção de saúde e incentivo à participação em dispositivos comunitários.
- PICS, quando indicadas.
- Matriciamento periódico entre APS e equipe multiprofissional especializada, garantindo suporte técnico, discussão de casos e qualificação do cuidado.



### **Objetivos:**

- Promover estabilização do quadro e remissão dos sintomas.
- Evitar agravamento e cronificação do sofrimento psíquico.
- Fortalecer autonomia e estratégias de enfrentamento.
- Melhorar qualidade de vida e funcionalidade.
- Consolidar o cuidado no território, com coordenação pela APS.



### **Referência e Contrarreferência:**

- O cuidado deverá ser coordenado pela APS.
- Casos com piora clínica, refratariedade terapêutica ou aumento do risco deverão ser reavaliados quanto à estratificação de risco, podendo ser compartilhados com CAPS ou seguir fluxo de crise, quando indicado.
- A comunicação entre os pontos de atenção deverá ser formalizada, garantindo registro adequado e continuidade do cuidado.

## QUADROS LEVES

(Ex: sofrimento psíquico leve, ansiedade leve, sintomas depressivos leves, dificuldades relacionais, reações a situações de vida, familiares de pessoas com transtorno mental, sem prejuízo funcional significativo ou risco associado)



### **Equipamentos:**

- UBS/UBSF de referência;
- Dispositivos comunitários do território (academia ao ar livre, Centro de Convivência, grupos comunitários, entre outros).



### **Profissionais:**

- Médico da Atenção Primária (Clínico Geral ou MFC);
- Equipe multiprofissional da UBS/UBSF;
- Apoio matricial da equipe multiprofissional especializada, quando necessário.



### **Tratamento:**

- Acolhimento qualificado na APS, com escuta ativa e avaliação do contexto psicossocial.
- Intervenções breves e acompanhamento clínico quando necessário.
- Atendimentos individuais ou em grupo, conforme avaliação da equipe.
- Terapia Comunitária, rodas de conversa, grupos de apoio e ações coletivas no território.
- Oficinas terapêuticas, atividades culturais, práticas corporais e incentivo à participação em dispositivos comunitários.
- PICS, quando indicadas.
- Uso criterioso de medicação quando indicado, com avaliação periódica e plano de desprescrição quando possível, especialmente em casos de benzodiazepínicos.
- Matriciamento com equipe multiprofissional especializada apenas quando houver dúvida diagnóstica, persistência de sintomas ou risco de agravamento.



### **Objetivos:**

- Promover remissão dos sintomas leves e fortalecimento de estratégias de enfrentamento.
- Evitar medicalização desnecessária e cronificação do sofrimento.
- Fortalecer vínculos comunitários e redes de apoio.
- Promover qualidade de vida e autonomia.
- Prevenir agravamento do quadro e necessidade de cuidado especializado.



### **Referência e Contrarreferência:**

- O cuidado deverá ser coordenado integralmente pela APS.
- Casos com persistência, agravamento de sintomas ou surgimento de risco deverão ser reavaliados quanto à estratificação de risco e, se indicado, compartilhados com equipe especializada ou CAPS.

## QUADROS ORGÂNICOS

(Pessoas com deficiência, quadros demenciais, sequelas neurológicas, transtornos mentais secundários a condições clínicas, conforme avaliação da capacidade de compreensão e comunicação)



### Equipamentos:

- UBS/UBSF de referência;
- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/Programa Melhor em Casa) quando indicado;
- Ambulatório especializado ou serviço de especialidade disponível no território (neurologia, geriatria, reabilitação, quando houver);
- CAPS Adulto (quando houver comorbidade psiquiátrica associada ou sofrimento psíquico relevante).



### Profissionais:

- Médico da Atenção Primária (Clínico Geral ou MFC);
- Equipe multiprofissional da UBS/UBSF;
- Equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (quando indicado);
- Especialistas conforme necessidade clínica (neurologia, geriatria ou outras especialidades disponíveis);
- Equipe multiprofissional especializada em saúde mental, quando houver sofrimento psíquico associado.



### Tratamento:

- Acompanhamento clínico regular na APS.
- Inclusão no Serviço de Atenção Domiciliar quando houver critérios clínicos para cuidado domiciliar contínuo ou acompanhamento de maior complexidade.
- Encaminhamento para avaliação especializada conforme indicação clínica e disponibilidade na rede.
- Elaboração e pactuação do PTS, quando necessário, envolvendo os diferentes pontos de atenção.

- Orientação e suporte à família e cuidadores.
- Estimulação funcional e cognitiva conforme capacidade do/a usuário/a e recursos disponíveis no território.
- Oficinas terapêuticas, atividades de convivência e dispositivos comunitários, quando indicados.
- PICS quando pertinentes.
- Articulação intersetorial quando houver necessidade de suporte social, previdenciário ou assistencial.



### **Objetivos:**

- Promover manutenção da funcionalidade, qualidade de vida e autonomia possível.
- Prevenir complicações clínicas e internações evitáveis.
- Apoiar familiares e cuidadores no manejo cotidiano.
- Garantir cuidado integral e articulado na rede, incluindo atenção domiciliar quando necessária.
- Evitar institucionalizações desnecessárias.



### **Referência e Contrarreferência:**

- O cuidado deverá ser coordenado pela APS.
- A inclusão e acompanhamento pelo Serviço de Atenção Domiciliar deverá ocorrer conforme critérios clínicos estabelecidos.
- Casos com sofrimento psíquico associado ou agravamento comportamental poderão ser compartilhados com CAPS.
- A comunicação entre os pontos de atenção deverá garantir continuidade do cuidado e registro adequado das condutas.

# USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

## Usuários e familiares



### Equipamentos:

- UBS/UBSF de referência;
- CAPS AD;
- Dispositivos comunitários e intersetoriais do território (quando houver).



### Profissionais:

- Médico da Atenção Primária (Clínico Geral ou MFC);
- Equipe multiprofissional da UBS/UBSF;
- Equipe multiprofissional do CAPS AD;
- Apoio matricial entre CAPS AD, Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental e APS.



### Tratamento:

- Acolhimento qualificado e avaliação do padrão de uso, contexto social e riscos associados.
- Elaboração e pactuação do PTS, considerando objetivos realistas e acordados com o/a usuário/a.
- Intervenções individuais e grupais no CAPS AD, conforme estratificação de risco e necessidade de cuidado intensivo, semi-intensivo ou não intensivo.
- Estratégias de Redução de Danos como eixo orientador do cuidado, respeitando singularidade, autonomia e momento do/a usuário/a.
- Atendimentos familiares e orientação à rede de apoio.
- Oficinas terapêuticas, ações de reinserção social e fortalecimento de vínculos comunitários.
- PICS quando indicadas.
- Articulação com Atenção Primária à Saúde para acompanhamento clínico e cuidado compartilhado.
- Encaminhamento para hospitalidade integral no CAPS AD III, quando indicado e disponível, conforme avaliação da equipe multiprofissional.



### **Objetivos:**

- Reduzir danos associados ao uso de álcool e outras drogas.
- Promover melhoria da qualidade de vida e funcionalidade.
- Fortalecer autonomia e construção de projeto de vida.
- Prevenir agravamentos clínicos, psiquiátricos e sociais.
- Quando possível e pactuado com o/a usuário/a, reduzir ou interromper o uso de substâncias.



### **Referência e Contrarreferência:**

- O CAPS AD será referência para casos de maior complexidade ou necessidade de cuidado intensivo.
- Casos leves ou em acompanhamento estável poderão ser compartilhados com a APS.
- Em situações de crise associada ao uso de substâncias, seguir fluxo de crise previamente estabelecido.
- A comunicação entre CAPS AD e UBS deverá garantir continuidade do cuidado e corresponsabilização entre os serviços.

## USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

### QUADROS CLÍNICOS RELACIONADOS AO USO ATIVO DE ÁLCOOL E DROGAS

(Condições clínicas desenvolvidas ou agravadas pelo uso de álcool e outras drogas, como cirrose hepática, pancreatite, ulcerações, infecções, descompensações clínicas, entre outras)



#### **Equipamentos:**

- UBS/UBSF de referência;
- UPA (em casos de urgência clínica);
- Serviços hospitalares ou ambulatoriais especializados, conforme necessidade clínica;
- CAPS AD (para cuidado psicossocial relacionado ao uso de substâncias).



#### **Profissionais:**

- Médico da Atenção Primária (Clínico Geral ou MFC);
- Equipe multiprofissional da UBS/UBSF;
- Especialistas conforme condição clínica (quando disponíveis);
- Equipe multiprofissional do CAPS AD para manejo do padrão de uso e suporte psicossocial.



#### **Tratamento:**

- Acompanhamento clínico da condição orgânica na Atenção Primária à Saúde, com encaminhamento para urgência ou especialidade quando necessário.
- Monitoramento de comorbidades clínicas e adesão ao tratamento.
- Intervenções breves e aconselhamento sobre uso de substâncias na APS.
- Encaminhamento e/ou acompanhamento no CAPS AD para manejo do uso ativo, com estratégias de Redução de Danos.
- Elaboração e pactuação do PTS quando houver necessidade de cuidado articulado entre os serviços.
- Articulação entre APS e CAPS AD para cuidado compartilhado.



### **Objetivos:**

- Promover estabilização ou controle da condição clínica associada ao uso de substâncias.
- Reduzir danos físicos, psíquicos e sociais decorrentes do uso.
- Favorecer adesão ao tratamento clínico.
- Estimular redução ou interrupção do uso de substâncias, quando possível e pactuado com o/a usuário/a.
- Evitar internações recorrentes e complicações evitáveis.



### **Referência e Contrarreferência:**

- O cuidado clínico deverá ser coordenado pela APS.
- Casos de urgência deverão ser encaminhados para UPA ou hospital, conforme protocolo.
- O CAPS AD será responsável pelo cuidado psicossocial relacionado ao uso de substâncias, mantendo articulação permanente com a APS.
- A comunicação entre os serviços deverá garantir continuidade do cuidado e registro adequado das condutas.

## DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS

(Uso prolongado ou inadequado de benzodiazepínicos, com sinais de tolerância, dependência ou dificuldade de retirada)



### Equipamentos:

- UBS/UBSF de referência;
- Equipe multiprofissional especializada para apoio matricial;
- CAPS AD (quando houver dependência estabelecida, com prejuízo funcional ou dificuldade significativa de descontinuação).



### Profissionais:

- Médico da Atenção Primária (Clínico Geral ou MFC);
- Equipe multiprofissional da UBS/UBSF;
- Equipe multiprofissional especializada para tutoria em psiquiatria e apoio matricial;
- Equipe do CAPS AD, quando indicado.



### Tratamento:

- Avaliação clínica criteriosa do padrão de uso, tempo de prescrição, dose e presença de sinais de dependência.
- Elaboração de plano terapêutico para redução gradual e segura da medicação (desmame progressivo), conforme protocolo clínico.
- Monitoramento periódico de sintomas de abstinência e manejo clínico quando necessário.
- Ofertas terapêuticas não farmacológicas para manejo de ansiedade e insônia, como psicoterapia, grupos, práticas corporais e PICS quando indicado.
- Educação em saúde quanto ao uso racional de psicofármacos.
- Elaboração e pactuação do PTS, quando necessário.
- Matriciamento entre APS e equipe especializada para suporte técnico na condução do caso.
- Encaminhamento para CAPS AD quando houver dependência grave, falha repetida de descontinuação ou prejuízo psicossocial significativo.



### **Objetivos:**

- Promover uso racional e seguro de benzodiazepínicos.
- Reduzir dependência e riscos associados ao uso prolongado.
- Fortalecer estratégias terapêuticas não medicamentosas.
- Melhorar qualidade do sono e manejo da ansiedade sem cronificação medicamentosa.
- Evitar prescrição prolongada sem reavaliação clínica.



### **Referência e Contrarreferência:**

- O cuidado deverá ser coordenado pela APS.
- Casos com maior complexidade poderão ser compartilhados com equipe especializada ou CAPS AD.
- A comunicação entre os serviços deverá garantir continuidade do cuidado e registro adequado das condutas.

## QUADROS MISTOS

### COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

(Uso prolongado ou inadequado de benzodiazepínicos, com sinais de tolerância, dependência ou dificuldade de retirada)



#### **Equipamentos:**

- UBS/UBSF de referência;
- CAPS Adulto;
- CAPS AD;
- UPA (em situações de crise ou urgência clínica/psiquiátrica);
- Hospital geral com leito de saúde mental, quando indicado.



#### **Profissionais:**

- Médico da Atenção Primária (Clínico Geral ou MFC);
- Equipe multiprofissional da UBS/UBSF;
- Equipe multiprofissional do CAPS Adulto;
- Equipe multiprofissional do CAPS AD;
- Equipe especializada para apoio matricial, quando disponível.



#### **Tratamento:**

- Avaliação clínica e psicossocial integrada, considerando simultaneamente o transtorno mental e o padrão de uso de substâncias.
- Definição do serviço de referência prioritária conforme maior gravidade no momento (sofrimento psíquico predominante ou uso de substâncias predominante), sem fragmentação do cuidado.
- Elaboração e pactuação do PTS compartilhado entre os serviços envolvidos.
- Atendimento multiprofissional em regime intensivo, semi-intensivo ou não intensivo no CAPS correspondente, conforme avaliação de risco e necessidade.

- Monitoramento medicamentoso, quando indicado, com acompanhamento clínico regular.
- Intervenções psicossociais, grupos terapêuticos, oficinas, estratégias de Redução de Danos e ações de reabilitação psicossocial.
- Articulação permanente com a APS para cuidado longitudinal das condições clínicas associadas.
- Em caso de crise, seguir fluxo previamente estabelecido, com avaliação em UPA e, quando necessário, regulação para leito de saúde mental em hospital geral.
- A hospitalidade integral em CAPS III será regulada pela equipe do próprio CAPS, conforme critérios técnicos.



### **Objetivos:**

- Garantir cuidado integral e não fragmentado.
- Reduzir recaídas tanto do transtorno mental quanto do uso de substâncias.
- Promover estabilização clínica e psicossocial.
- Fortalecer autonomia, funcionalidade, qualidade de vida e reinserção social.
- Evitar internações recorrentes e descontinuidade do cuidado.
- Assegurar corresponsabilização entre os pontos de atenção da rede.



### **Referência e Contrarreferência:**

- A coordenação do cuidado deverá ser definida e pactuada entre os serviços envolvidos.
- A APS manterá acompanhamento longitudinal das condições clínicas gerais.
- CAPS Adulto e CAPS AD deverão manter comunicação formal e registro compartilhado das condutas.
- Em caso de estabilidade sustentada, o cuidado poderá ser gradualmente territorializado, com redução da intensidade de acompanhamento especializado.

## USO PROBLEMÁTICO DE TECNOLOGIAS DIGITAIS

### (TELAS E JOGOS ELETRÔNICOS)

(Padrão persistente de uso de jogos eletrônicos ou outras tecnologias digitais, com prejuízo funcional significativo nas áreas social, escolar, ocupacional ou familiar, e dificuldade de controle do comportamento)



#### **Equipamentos:**

- UBS/UBSF de referência;
- CAPS AD (quando houver prejuízo funcional importante, perda de controle ou comorbidades associadas);
- CAPS Infantil (quando se tratar de crianças e adolescentes, conforme tipologia do serviço municipal).



#### **Profissionais:**

- Médico da Atenção Primária (Clínico Geral ou MFC);
- Equipe multiprofissional da UBS/UBSF;
- Equipe multiprofissional do CAPS indicado;
- Equipe especializada para apoio matricial, quando disponível.



#### **Tratamento:**

- Avaliação clínica e psicossocial para diferenciar uso recreativo de uso problemático, considerando tempo de exposição, impacto funcional e presença de comorbidades (ansiedade, depressão, TDAH, entre outras).
- Elaboração e pactuação do PTS, quando indicado.
- Intervenções psicoterapêuticas individuais e/ou grupais voltadas ao manejo do comportamento compulsivo e regulação emocional.
- Trabalho com família ou responsáveis quando pertinente.
- Estratégias de organização de rotina, higiene do sono e ampliação de atividades presenciais e comunitárias.

- Promoção de habilidades sociais e fortalecimento de vínculos territoriais.
- Acompanhamento compartilhado com a APS.
- Nos casos de maior gravidade, com isolamento social intenso ou prejuízo ocupacional importante, acompanhamento no CAPS AD em regime compatível com a necessidade clínica.



### **Objetivos:**

- Reduzir prejuízos funcionais associados ao uso problemático de tecnologias digitais.
- Promover equilíbrio entre atividades online e presenciais.
- Fortalecer vínculos familiares e sociais.
- Prevenir cronificação do comportamento compulsivo.
- Identificar e tratar comorbidades associadas.



### **Referência e Contrarreferência:**

- Casos leves deverão ser acompanhados na APS.
- Situações com prejuízo funcional significativo poderão ser encaminhadas ao CAPS.
- Em caso de estabilização, o cuidado deverá ser gradualmente territorializado na APS, mantendo apoio matricial quando necessário.
- A comunicação entre os serviços deverá garantir continuidade do cuidado e registro formal das condutas.

**\*CASAS DE PASSAGEM PODEM SER REFERÊNCIA PARA QUALQUER PACIENTE DE SAÚDE MENTAL QUE PRECISE DE MORADIA TRANSITÓRIA.**

# Matriz de competências

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p><b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b></p>	<p><b>Equipes APS/UBSF</b></p>	<p><b>Acolhimento</b></p>	<p><b>Território de abrangência da equipe</b></p>
		<p><b>Ordenamento do cuidado</b></p>	
		<p><b>Estratificação de risco</b></p>	
		<p><b>Cadastramento e adscrição da população</b></p>	
		<p><b>Construção de vínculo longitudinal</b></p>	
		<p><b>Responsabilidade sanitária pelos/as usuários/as do território</b></p>	
		<p><b>Garantia da resolutividade para usuários/as de baixo e médio risco</b></p>	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	<b>Equipes APS/UBSF</b>	<b>Compartilhamento do cuidado com CAPS nos casos de maior complexidade</b>	<b>Território de abrangência da equipe</b>
		<b>Elaboração e acompanhamento do PTS, quando indicado</b>	
		<b>Educação em saúde</b>	
		<b>Atividades coletivas</b>	
		<b>Busca ativa</b>	
		<b>Atenção domiciliar</b>	
		<b>Identificação de fatores de risco e de proteção</b>	
		<b>Monitoramento clínico de comorbidades</b>	
		<b>Articulação intersetorial no território</b>	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
Primária	Academia de saúde	Práticas corporais e atividade física	Território de abrangência e articulação com a APS
		Práticas artísticas e culturais	
		Promoção da segurança alimentar e nutricional	
		Educação alimentar e nutricional	
		Planejamento conjunto com equipe da APS	
		Apoio às ações do PTS, quando indicado	
		Ações de promoção e prevenção em saúde mental	
		Incentivo à participação comunitária	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p><b>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA</b></p>	<p><b>Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)</b></p>	<p><b>Acolhimento</b></p>	<p><b>Território de abrangência e pactuações regionais</b></p>
		<p><b>Atendimento multiprofissional intensivo, semi-intensivo e não intensivo</b></p>	
		<p><b>Atenção às situações de crise</b></p>	
		<p><b>Elaboração e execução do PTS</b></p>	
		<p><b>Reabilitação psicossocial (assembleias, oficinas, atenção familiar, geração de renda, atividades coletivas)</b></p>	

Nível de Atenção	Equipamento / Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p><b>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA</b></p>	<p><b>Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)</b></p>	<p><b>Matriciamento e apoio técnico à APS</b></p>	<p><b>Território de abrangência e pactuações regionais</b></p>
		<p><b>Indicação e regulação da hospitalidade integral (quando CAPS III).</b></p>	
		<p><b>Articulação com Unidade de Acolhimento e Serviço Residencial Terapêutico, quando existentes</b></p>	
		<p><b>Articulação com rede intersetorial</b></p>	
		<p><b>Planejamento de alta e territorialização progressiva do cuidado</b></p>	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p><b>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA</b></p>	<p><b>Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental</b></p>	<p><b>Atenção multiprofissional a transtornos mentais moderados</b></p>	<p><b>Território de abrangência e pactuações</b></p>
		<p><b>Consultas compartilhadas com equipes da APS</b></p>	
		<p><b>Tutoria em psiquiatria</b></p>	
		<p><b>Estratificação de risco</b></p>	
		<p><b>Apoio matricial</b></p>	
		<p><b>Suporte técnico especializado para ampliação da resolutividade da APS</b></p>	
		<p><b>Articulação com CAPS e demais dispositivos da RAPS</b></p>	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p><b>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA</b></p>	<p><b>Centro de Convivência e Cultura</b></p>	<p><b>Acolhimento em espaço comunitário aberto</b></p>	<p><b>Território de abrangência e articulação comunitária</b></p>
		<p><b>Promoção de convivência, cultura e inclusão social</b></p>	
		<p><b>Desenvolvimento de oficinas culturais, artísticas e de geração de renda</b></p>	
		<p><b>Fortalecimento de vínculos comunitários</b></p>	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p align="center"><b>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA</b></p>	<p align="center">Centro de Convivência e Cultura</p>	<p align="center">Ações de reabilitação psicossocial no território</p>	<p align="center">Território de abrangência e articulação comunitária</p>
		<p align="center">Participação ativa dos/as usuários/as na construção das atividades</p>	
		<p align="center">Articulação com CAPS, APS e rede intersetorial</p>	
		<p align="center">Atuação complementar aos serviços assistenciais</p>	
		<p align="center">Não realiza atendimento clínico ou prescrição medicamentosa</p>	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p><b>ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS</b></p>	<p><b>Unidade de Pronto Atendimento (UPA)</b></p>	<p><b>Atendimento às urgências e emergências em saúde mental</b></p>	<p><b>Território de abrangência e pactuações</b></p>
		<p><b>Classificação de risco clínico e psiquiátrico</b></p>	
		<p><b>Estabilização clínica e psiquiátrica inicial</b></p>	
		<p><b>Orientação aos familiares</b></p>	
		<p><b>Regulação para leito de saúde mental em hospital geral, quando indicado</b></p>	
		<p><b>Encaminhamento para continuidade do cuidado na RAPS</b></p>	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p align="center"><b>ATENÇÃO HOSPITALAR</b></p>	<p align="center"><b>Leito de Saúde Mental em Hospital Geral</b></p>	<p align="center"><b>Internação em momentos de agudização ou reagudização</b></p>	<p align="center"><b>Território de abrangência e pactuações regionais</b></p>
		<p align="center"><b>Estabilização do quadro clínico- psiquiátrico</b></p>	
		<p align="center"><b>Atendimento multiprofissional</b></p>	
		<p align="center"><b>Manejo de comorbidades clínicas</b></p>	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p align="center"><b>ATENÇÃO HOSPITALAR</b></p>	<p align="center"><b>Leito de Saúde Mental em Hospital Geral</b></p>	<p align="center"><b>Internação por tempo determinado</b></p>	<p align="center"><b>Território de abrangência e pactuações regionais</b></p>
		<p align="center"><b>Planejamento de alta desde a admissão</b></p>	
		<p align="center"><b>Encaminhamento formal para continuidade do cuidado na RAPS</b></p>	
		<p align="center"><b>Orientação aos familiares</b></p>	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p><b>DISPOSITIVOS INTERSETORIAIS E COMUNITÁRIOS</b></p>	<p><b>Grupos de Ajuda Mútua</b></p>	<p><b>Acolhimento comunitário</b></p>	
		<p><b>Socialização e apoio entre pares</b></p>	
		<p><b>Compartilhamento de experiências</b></p>	<p><b>Comunidade</b></p>
		<p><b>Atuação complementar e não substitutiva à RAPS</b></p>	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p><b>DISPOSITIVOS INTERSETORIAIS E COMUNITÁRIOS</b></p>	<p><b>Casas de Passagem</b></p>	<p><b>Moradia transitória</b></p>	<p><b>Comunidade</b></p>
		<p><b>Acolhimento social</b></p>	
		<p><b>Articulação com rede intersectorial para reinserção social, familiar e laboral</b></p>	
		<p><b>Não configuram dispositivo substitutivo de internação psiquiátrica</b></p>	

Nível de Atenção	Equipamento/ Serviço	Competência do ponto de Atenção	Território
<p><b>DISPOSITIVOS INTERSETORIAIS E COMUNITÁRIOS</b></p>	<p><b>Outros Dispositivos Intersetoriais</b></p>	<p><b>CREAS: articulação em situações de violação de direitos</b></p>	<p><b>Comunidade</b></p>
		<p><b>Polícia Militar: apoio em situações de risco à ordem pública</b></p>	
		<p><b>Corpo de Bombeiros: apoio em situações de risco à integridade física</b></p>	
		<p><b>Atuação conforme pactuações locais</b></p>	

# Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 34).

OMS. Organização Mundial de Saúde. **World mental health report: transforming mental health for all**. Revisão da OMS sobre a saúde mental no mundo. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.

PUPO, L. R. et al. Saúde mental na atenção básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 107-127, 2020. DOI 10.1590/0103-11042020E311.