

2

Cuidados em Saúde Mental na APS

no contexto da pandemia e
pós-pandemia (COVID-19)

Distrito Federal
Fevereiro
2021

Secretaria
de Saúde



Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal- SES

Osnei Okumoto

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde- SAIS/SES

Alexandre Garcia Barbosa

Coordenação de Atenção Primária à Saúde- COAPS/SAIS/SES

Fernando Erick Damasceno Moreira

Diretoria de Estratégia Saúde da Família- DESF/COAPS/SAIS/SES

Ricardo Saraiva Aguiar

Gerência de Apoio à Saúde da Família- GASF/DESF/COAPS/SAIS/SES

Tamara Correia Alves Campos

Elaboração

Beatriz Montenegro Franco de Souza Parente - GASF/DESF/COAPS/SAIS/SES-DF

Karime da Fonseca Porto - GASF/DESF/COAPS/SAIS/SES-DF

Revisão e colaboração

Amanda Chelski da Motta - UBS1-Paranoá/ GSAP1-Paranoá/ SRSLE/SES

Angela Maria Sacramento - GASF/DESF/COAPS/SAIS/SES-DF

Aline Couto Cesar - GASPVP/DAEAP/COAPS/SAIS/SAIS/SES-DF

Fernanda Benquerer Costa - RTD de Psiquiatria

Kleverson Gomes - Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

Livia Vasco Neto - GESSP/DAEAP/COAPS/SAIS/SES-DF

Marina Fernandes do Prado - UBS 3- Paranoá Parque/GSAP3 Paranoá/SRSLE/SES

Ricardo Saraiva Aguiar - DESF/COAPS/SAIS/SES-DF

Sara da Silva Meneses - Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

Tamara Correia Alves Campos - GASF/DESF/COAPS/SAIS/SES-DF

Thais Alessa Leite - GEQUALI/DESF/COAPS/SAIS/SES-DF

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	4
2.	RECOMENDAÇÕES GERAIS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	7
3.	ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA APS E AS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO A SEREM OFERTADAS.....	8
3.1.	Dimensionamento da demanda	9
3.2.	Levantamento preliminar de dados.....	10
4.	ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	11
4.1.	Sobre o acolhimento e o diagnóstico em saúde mental	11
4.2.	Projetos terapêuticos intra e intersetoriais.....	13
4.2.1.	Ações intrassetoriais de saúde mental sugeridas.....	15
4.2.2.	Exemplos de ações intersetoriais sugeridas	17
5.	PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO ENFRENTAMENTO À COVID-19	18
6.	PREVALÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL	21
6.1.	Transtornos mentais comuns - TMC.....	21
6.2.	Tentativas e mortes por suicídio.....	22
6.3.	Dados sobre uso de álcool no DF.....	25
7.	SUORTE E MANEJO PARA SAÚDE MENTAL PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	26
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
10.	APÊNDICE	34

1. INTRODUÇÃO

A pandemia por COVID-19 trouxe a necessidade de mudanças significativas no cotidiano da população como as medidas de isolamento, as mudanças de rotina, de planos, alteração na situação laboral e a tensão relacionada ao medo do contágio. Nesse aspecto, mesmo as pessoas que não apresentavam quadros de adoecimento mental antes do início da pandemia poderão demandar cuidados em saúde mental, em função do impacto emocional e a desestruturação do cotidiano. Ademais, outros grupos que já apresentavam vulnerabilidades sociais e emocionais, podem ter sua condição agravada em função da pandemia.

É importante considerar que não se observa na literatura recente uma mudança significativa nas formas de adoecimento por problemas de saúde mental no contexto da pandemia. Contudo, há um agravamento de problemas de saúde mental daqueles usuários mais vulneráveis, por conta do impacto nos determinantes sociais, redução da oferta de serviços ambulatoriais, ou falta de tratamento em saúde mental durante a pandemia pelo COVID-19 (OMS, 2020). Isso se justifica, pois muitos usuários e famílias se recusaram a buscar os serviços de saúde por medo do contágio, o que gerou interrupção prolongada do tratamento e acompanhamento. Semelhantemente, devido a saturação das equipes de saúde diante das demandas da pandemia, outros usuários e familiares que buscaram os serviços podem não ter recebido o tratamento adequado.

Logo, não se trata de novos transtornos mentais revelados a partir da pandemia, mas da necessidade de ampliação e reformulação dos espaços de escuta, que requer novos arranjos, para acolher o sofrimento psíquico produzido em uma situação de restrições, rupturas e incertezas, do ponto de vista sanitário e político. Nesse sentido, a escuta qualificada e a orientação são ferramentas importantes no manejo de quadros de saúde mental relacionados à COVID-19 na atenção primária.

Portanto, é preciso compreender como se dá a relação multifatorial do sofrimento psíquico, pois o Brasil possui altos níveis de desigualdade de raça, classe social e econômica, gênero e sexualidades que afetam a saúde das populações, de forma distinta, propiciando diferentes formas de acesso à saúde, a bens e serviços, qualidade de vida, trabalho, educação, moradia entre outros fatores (IBGE, 2019). Exemplo disso se dá com a população negra e indígena que é majoritariamente pobre no Brasil. Além disso, o racismo institucional, que não tem sido enfrentado adequadamente

pelas políticas públicas, aponta para um constante estado de necropolítica¹ direcionada a essas populações. No Brasil em 2017, a cada 100 mil mortos por homicídio entre jovens de 15 a 29 anos, aproximadamente 98,5 eram jovens pretos ou pardos em comparação a 34,0 de jovens brancos (IBGE, 2019).

Infelizmente, a pandemia da COVID-19 veio confirmar a alta desigualdade social e racial no Brasil (NOIS, 2020). Verifica-se que mais da metade das mortes por Síndrome Respiratória Aguda Grave em unidades de internação foram de pessoas negras (54,8% de 8.963 usuários internados) em comparação com os usuários registrados como brancos (37,9%). Dentre a população indígena tivemos 35.353 indígenas contaminados, sendo 158 etnias afetadas. As populações negra e indígena sofrem o impacto da pandemia em decorrência da falta de acesso às políticas públicas tais como saneamento básico e o acesso à saúde (NOIS, 2020).

O que os dados vêm mostrando é que homens negros têm sido mortos, especialmente jovens, enquanto mulheres negras assumem o sustento da casa e das crianças, em empregos de pouca remuneração e longas jornadas. A pobreza vem aumentando para essa população de forma intensificada desde 2016, pois houve redução de 60, 2 bilhões de reais destinados a políticas sociais tais como segurança alimentar e nutricional, políticas de enfrentamento ao racismo e promoção da igualdade social, políticas para mulheres e habitação decente (SOUZA et al., 2019).

As pessoas pretas, pardas, indígenas, transgêneras e mulheres tiveram valores altos no índice de vulnerabilidade criado no *Diagnóstico LGBTIA+ na Pandemia: Desafios da comunidade LGBTI+ no contexto de isolamento social em enfrentamento à pandemia de Coronavírus* (2020). Esse levantamento entre a população LGBTI+ também mostrou que houve piora no quadro de saúde mental, afastamento da rede de apoio e falta de fonte de renda durante a pandemia.

Somado a esse quadro, há uma constante preocupação dos serviços de saúde no que se refere aos casos de violência contra a mulher, contra a população LGBTIA+, contra crianças, adolescentes e idosos durante a pandemia (MEGAN et. al, 2020). Desde 2015 quando foi criada a Lei do feminicídio no Distrito Federal, a taxa de feminicídio permanecia entre 8% a 10% dos homicídios dolosos (o que houve a intenção de matar), mas o que chama a atenção é que 82%.

¹ Necropolítica é o uso do poder social e político para ditar como algumas pessoas podem viver e como algumas devem morrer (MBEMBE, 2018).

desses crimes eram praticados dentro da casa da vítima (CAMPOS, 2020). Em março de 2020, houve queda de 19% no número de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Esses dados podem sugerir que dentro dos lares, ao longo da pandemia, essas populações permaneceram mais vulneráveis, mais susceptíveis a situação de violência, provavelmente com acesso mais restrito aos canais de denúncia e às instituições de cunho protetivo, como as escolas, no caso das crianças.

Nesse mesmo contexto, as pessoas privadas de liberdade também sofrem o impacto da pandemia da COVID-19 com consequências psicossociais importantes. Assim, surgiram novas demandas de saúde mental que foram inseridas no processo de trabalho das equipes da saúde prisional, tais como, a dificuldade de contato com os familiares para a manutenção dos vínculos afetivos, impossibilidade de isolamento social nos ambientes prisionais com superlotação, entre outros aspectos.

Com esse panorama de piora das condições de vida da população, ratifica-se que a pandemia de COVID-19 aprofundou as desigualdades no Brasil. Por isso, retomando o entendimento de que a saúde mental está inserida dentro das dimensões históricas e culturais, é preciso investir em estratégias que abordem o processo de determinação social da saúde e das doenças, a partir das perspectivas de raça, classe, gênero e sexualidades.

Portanto, este documento tem como propósito indicar ações e estratégias para a atuação em saúde mental dos profissionais de saúde que trabalham na atenção primária.

As orientações presentes neste documento visam a organização das ações dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB junto às equipes de Saúde da Família (eSF) entre outras equipes do componente da atenção básica (Unidade Básica de Saúde Prisional, Consultório na Rua, etc.) na promoção, prevenção e manejo das demandas de saúde mental no contexto da COVID-19 e também no pós-pandemia, bem como a sugestão de instrumentos para viabilizar esse trabalho, na Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal.

2. RECOMENDAÇÕES GERAIS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Para ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental é fundamental a organização e qualificação dessas ações nos NASF, eSF e demais componentes da APS. Para isso, faz-se necessário relembrar alguns princípios básicos dentro do campo da atenção psicossocial:

A ampliação do acesso: Favorecer estratégias para que todos os usuários sejam acolhidos e tenham uma escuta qualificada. Parece básico, mas no caso das pessoas com transtornos mentais, muitas vezes “a doença passa na frente do sujeito”. Isto quer dizer que os profissionais evitam acolher essas pessoas ao saber que têm algum tipo de transtorno mental e nem sequer avaliam suas questões de saúde em geral (Brasil, 2005).

O combate cotidiano ao estigma: Discutir permanentemente estratégias que combatam o estigma, visto que é uma das principais barreiras de acesso aos cuidados em saúde mental. Muitas vezes uma demanda clínica (diabetes, por exemplo) não é diagnosticada pois a palavra do usuário não é levada em conta. Esse tipo de barreira é muito abordado na literatura pois dificulta o cuidado ofertado na atenção primária (OMS 2020).

A interseccionalidade na saúde mental: Compreender como se dá essa relação na vida das pessoas inseridas no território, pode ser um caminho para promover saúde mental e prevenir sofrimento psíquico. Existe uma clara relação entre as estruturas de opressão que se dão a partir da raça, da classe, do gênero e das sexualidades (CRENSHAW, 2002). Essas estruturas se entrecruzam e atravessam a vivência de muitas pessoas acolhidas na atenção primária à saúde. O sofrimento psíquico não está de fora dessas vivências e é atravessado por essas estruturas.

A inclusão da família no cuidado em saúde mental: Desenvolver a competência familiar e comunitária junto à população assistida. A OMS trabalha com a lógica de que as **famílias devem ser parceiras no cuidado**. Isto significa que muitas formas de adoecimento no campo da saúde mental têm relações profundas com as dinâmicas familiares e a forma de cuidado nesse coletivo.

A orientação Comunitária: Reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços. (DUNCAN et al, 2006)

A superação da fragmentação do cuidado: Conforme nos ensina Starfield (2002) os profissionais da APS devem discutir e desenvolver estratégias necessárias em conjunto com as eSF, para que se sintam habilitados para ofertar cuidados em saúde mental. Frequentemente o usuário com problemas de saúde mental ou relacionados ao uso de álcool e outras drogas é encaminhado para “um outro lugar de cuidado”, que deveria oferecer respostas mais especializadas. Há uma cultura dos especialismos entre profissionais e serviços de saúde, onde a APS, às vezes, acaba não sendo vista como parte importante do cuidado. É necessário reconhecer e elevar as ações desenvolvidas pela UBS ou no território (como os grupos de caminhada, os grupos de tabagismo, de alimentação saudável etc.) como ações de promoção e cuidado em saúde mental.

O Território como o lugar psicossocial do sujeito: A UBS pode e deve se tornar um lugar de referência para a população do território, no qual tenham acesso à escuta qualificada e a ofertas de espaços de socialização e cuidado. O território é o lugar de produção das relações de afeto, familiares, de ajuda mútua e pode também ser o lugar de exclusão, desagregação, agravamento das condições sociais. Logo, conhecer e reconhecer as potencialidades e fragilidades dos territórios e apropriar-se dessas redes relacionais e institucionais, desenvolvendo competência comunitária é fundamental para a produção de saúde mental (BRASIL, 2005).

A relação entre produção de saúde e produção de saúde mental: pensar estratégias de ampliação de abordagens psicossociais para dar conta da complexidade de sua clínica, visto que temos vários fatores psicossociais que influenciam a apresentação dos quadros clínicos. Toda forma de adoecimento tem um componente de sofrimento mental associado. Ao se apropriar das estratégias de cuidado em saúde mental, as equipes da APS ampliam sua forma de entender o sujeito que adocece e podem melhorar a adesão ao tratamento de toda e qualquer enfermidade (BRASIL, 2001; PRINCE et al. 2007)

3. ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA APS E AS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO A SEREM OFERTADAS

Para a discussão sobre a organização das ações de saúde mental na APS, é preciso considerar diversos aspectos para se entender o alcance do que será proposto no presente documento. Dentre eles:

- a) composição das equipes NASF (se há ou não profissionais de saúde mental na equipe, considerando psicólogos, terapeutas ocupacionais e/ou outras categorias com formação em saúde mental);
- b) cobertura das eSF na área de atuação dos NASF;
- c) cobertura e efetividade da rede secundária na região;

- d) apoio da gestão local para o desenvolvimento das atividades dos NASF;
- e) oferta e manejo de recursos tecnológicos para realização de teleatendimento e telemonitoramento; dentre outros.

Com relação à composição das equipes há atualmente, dentre os 51 NASF existentes no DF, 31 psicólogos e 18 terapeutas ocupacionais que têm formação mais diretamente ligada ao tema da saúde mental. Considerando a complexidade territorial do DF, é necessária a expansão do número desses profissionais para ampliar a capacidade de atuação dos NASF, tanto como núcleo, quanto como campo de atuação, inclusive qualificando os demais profissionais da própria equipe NASF.

Nesse aspecto, a Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) tem feito esforços para conseguir lotar novos profissionais nos NASF, assim como nas equipes das Unidades Básicas de Saúde Prisional e equipes do Consultório na Rua, além de apontar às gestões locais a necessidade de priorizar o tema da saúde mental junto à APS.

O desafio colocado é qual o papel da APS no cuidado em saúde mental e como a atenção secundária tem respondido às demandas de matriciamento solicitadas pelos NASF e eSF, nos cenários locais. Por isso, faz-se necessário uma **pactuação em rede** para atender casos muito complexos, que exigem atuações intra e intersetoriais. Contudo, há ainda muitas dificuldades de articulação sobretudo entre NASF e CAPS, para estabelecer um matriciamento contínuo e efetivo.

Nesse sentido, a Gerência de Apoio à Saúde da Família/GASF, onde se encontra a linha de cuidado de saúde mental na APS, está atenta às diversas demandas de qualificação das equipes da APS. Para isso está em curso a elaboração de um plano de formação, na modalidade de educação permanente, que traga aportes teóricos e práticos para o manejo clínico dos casos de saúde mental, que inclua diversos atores, com vistas também à construção de redes entre os serviços de saúde.

3.1. Dimensionamento da demanda

O dimensionamento da demanda é um passo muito importante para a organização da atenção ao usuário e, ao mesmo tempo desafiador, considerando a falta de integração dos sistemas de informação e complexidade que envolve coleta e análise de dados. Nesse aspecto, apresentamos algumas possibilidades de levantamento de dados preliminares e algumas prevalências de transtornos mais comuns para contribuir nesse dimensionamento.

3.2. Levantamento preliminar de dados

Do ponto de vista do planejamento das ações de saúde mental no território, é preciso fazer algum tipo de levantamento com relação aos registros desses casos. Pode-se obter dados a partir de:

- a) Relatórios de atendimentos individuais do ESUS AB, selecionando os códigos relacionados a atendimentos em saúde mental, como os códigos F, da CID 10 e os códigos P e Z, da CIAP-2. Seria interessante avaliar a evolução dos casos de saúde mental antes e depois da pandemia, para planejamento de ações específicas neste período.
- b) Lista de pessoas que tiveram COVID-19 e foram monitoradas pela equipe.
- c) Boletins epidemiológicos do DF e/ou da região.
- d) Identificação das demandas de saúde mental por visitas domiciliares. Os agentes comunitários de saúde podem ser peças-chave na identificação das demandas de saúde mental. Muitas vezes os usuários são atendidos na UBS mas não relatam os casos de saúde mental presentes na família.
- e) Lista de beneficiários do Bolsa Família que apresentam alguma demanda de saúde mental.

Nota-se que há uma subidentificação importante dos casos de problemas de saúde mental no território. Nesse sentido, é preciso sensibilizar e capacitar as eSF para identificar e qualificar os registros em relação a estes usuários, auxiliando no dimensionamento desta demanda e oportunizando melhor organização do trabalho das equipes (NASF e eSF). Os usuários com problemas de saúde mental e relacionados ao uso de álcool e outras drogas são ainda mais “invisíveis” no território, por não acessarem a UBS ou por não serem priorizados no atendimento, por razões diversas. O NASF, a eSF e os gestores devem compreender como tem se dado a assistência em saúde a essas pessoas, visando retirá-las da invisibilidade.

Assim, é fundamental a identificação das famílias com fatores de risco para adoecimento psíquico, com prioridade tanto para os transtornos mentais pré-existentes, bem como para os novos casos que possam surgir em decorrência do isolamento social. É preciso também um olhar atento aos usuários em idade avançada e vulnerabilidade social (NABUCO et al., 2020).

4. ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

4.1. Sobre o acolhimento e o diagnóstico em saúde mental

“é um mundo... mas a gente muitas vezes fecha os olhos para isso”².

A questão do diagnóstico e da identificação da demanda de saúde mental se apresenta como um grande desafio na APS. Como indica Starfield (2004): “a atenção primária está mais sujeita a erros de omissão, enquanto a atenção especializada é mais propensa a erros por realização”. Considerando o subdiagnóstico de um lado e a hipermedicalização de outro é preciso encontrar um equilíbrio para construir uma proposta de tratamento adequada ao paciente.

Segundo Gask et al. (2008) um ponto crítico é que os clínicos encontram sintomas indiferenciados, difíceis de reconhecer e sem nenhum filtro para saberem se trata ou não de transtornos mentais. Os usuários na atenção primária apresentam uma “mistura” de problemas psicológicos, físicos e sociais. O contexto de vida e a comorbidade tem um papel importante na forma como os usuários experimentam seus sintomas e os apresentam. Logo, o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico são distintos na atenção primária e nos serviços especializados.

Fundamental, nesse sentido, é a escuta qualificada dos usuários e familiares e a discussão do caso em equipe, aliada ao matriciamento, antes de qualquer intervenção medicamentosa que não seja emergencial. O diagnóstico não será o definidor da conduta, mas as queixas e as demandas trazidas pelos usuários devem orientar seu Projeto Terapêutico Singular.

Desta forma, os processos de matriciamento, contínuos e sistemáticos, podem produzir novas formas de cuidado em saúde mental, de forma a conjugar a visão dos especialistas e dos generalistas (da APS) com vistas a produção de um cuidado ampliado em saúde mental.

² frase retirada de uma pesquisa sobre a percepção dos problemas de saúde mental por profissionais das eSF (TANAKA & LAURIDSEN, 2009).

O cuidado longitudinal ofertado na APS permite que se faça um **diagnóstico também longitudinal** das pessoas com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Obter informações de mais de uma fonte e analisar fatores diversos, como o funcionamento atual (ocupacional, social e cognitivo) e os fatores socioeconômicos envolvidos é fundamental.

Goldberg & Huxley (1992) apontam que o diagnóstico é só o começo da abordagem pois o objetivo é ajudar o usuário a entender a natureza de seu problema e pesar os benefícios e os custos das ofertas de cuidados disponíveis. Ou seja, a decisão em relação ao tratamento deve ser compartilhada entre profissionais e usuário, com vistas à promoção da autonomia deste.

Isto demanda da eSF/NASF atenção, disponibilidade e escuta qualificada para as nuances de sentido culturais que se refletem na experiência individual para poder definir intervenções diante das particularidades de cada paciente.

Há que se atentar para as particularidades de populações específicas como a população de ruas e àquelas privadas de liberdade. A população em situação de rua se posiciona em um grande desafio principalmente quando esses indivíduos apresentam transtornos mentais. O acesso aos serviços de saúde mental da população de rua em sofrimento mental apresenta grandes obstáculos, oriundos das condições de privação de direitos e vulnerabilidade apresentadas por essa clientela, mesmo com a intermediação frequente dos serviços de assistência social nesse processo (ARISTIDES; LIMA, 2009; BORYSOW, 2012).

Por fim, é importante destacar que o componente psicossociocultural associado às doenças são cada vez mais prevalentes, tendo forte impacto nas doenças crônicas, nas doenças psicossomáticas (elevação da pressão arterial, gastrites, taquicardias, tonturas, entre outras (OLIVEIRA & FURLAN, 2008). No contexto da pandemia, é preciso estar atento aos usuários que já possuíam algum tipo de transtorno mental, que, conforme já apresentado, podem ter sua condição clínica agravada, além de terem maiores dificuldades no autocuidado e, conseqüentemente, com pouca atenção aos fatores de risco e prevenção de contaminação pelo novo coronavírus.

4.2. Projetos terapêuticos intra e intersetoriais

O cuidado em saúde mental é, por excelência, um trabalho de articulação de diversos atores. Os usuários do SUS apresentam demandas diversas, muitas vezes relacionadas à vulnerabilidade e à exclusão social. Logo, estes sujeitos devem ter uma oferta terapêutica que envolva outros serviços de saúde e diversas políticas sociais.

A Intersetorialidade pode ser definida como “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações [nas políticas públicas] para alcançar efeito convergente em situações complexas visando o desenvolvimento, superando a exclusão social” (SENAD, 2017). Buscar envolver diferentes setores na concepção e implantação de políticas públicas reflete na maior racionalidade no uso de recursos e alcança melhores resultados em programas e ações (DOMINICI, 2017).

Uma perspectiva importante é o conceito de Rede, quer seja de apoio social quer seja da rede de serviços de saúde e intersetoriais. Compreender que a atuação intersetorial e interprofissional resulta em uma rede fortalecida é primordial para serviços que atuam a partir da promoção da saúde e da prevenção.

O trabalho em rede está atrelado à competência comunitária, atributo da Atenção Primária à Saúde, que é o reconhecimento das necessidades em saúde do território, do contato direto com a comunidade e sua relação com ela (DUNCAN et al, 2013). Nesse sentido, é importante a identificação das populações em situação vulnerável existentes (indígena, cigana, quilombola, rural, com deficiência, institucionalizada, privada de liberdade, em situação de rua, refugiada, negra, LGBTIA+), o diagnóstico situacional da rede operativa (de serviços governamentais e não governamentais do território) e da rede comunitária/social, que poderá ser criada (MILANESE, 2012).

Alguns exemplos mais frequentes de articulação intersetorial para a coordenação do cuidado dos usuários se encontram na relação com os serviços que compõem as políticas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), conduzidos pela Secretaria de Desenvolvimento Social do DF, com a Secretaria de Educação, por meio do Programa Saúde na Escola e com a Secretaria de Justiça, na atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Outra articulação possível é com o terceiro setor que, assim como as demais políticas públicas, que podem auxiliar tanto na identificação de casos e famílias em situação de vulnerabilidade e adoecimento, como no desenvolvimento de estratégias de cuidado.

A articulação com os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS e demais serviços que compõem o SUAS é essencial para o atendimento das famílias e indivíduos em vulnerabilidade social. Conhecer e fortalecer os laços com essa Rede é muito importante para o cuidado integral à população. Conheça mais os programas e serviços do SUAS DF em <http://www.sedes.df.gov.br>

O Programa Saúde na Escola - PSE, política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação se unem para promover saúde e educação integral voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, por meio da realização conjunta de 12 ações. Para saber mais acesse <https://aps.saude.gov.br/ape/pse>

O Programa Ginástica nas Quadras, presente em alguns territórios, também é um dispositivo da rede intersetorial que pode ser potente para ampliar as ações de promoção da saúde à comunidade local, pela oferta de práticas desportivas e atividades sociais gratuitas. As aulas são ministradas por professores de educação física da Secretaria de Estado de Educação que, por meio de vivências corporais, orientam e conscientizam a comunidade sobre a importância da prática de atividades físicas para a saúde, a autoestima e a socialização.

No âmbito do sistema prisional, todo o cuidado em saúde se dá em função da intersetorialidade. O acesso dessas pessoas ao cuidado integral no SUS é implementado mediante disponibilização de recursos humanos provenientes da SES, junto à SEAPE. Ambas as Secretarias traçam diretrizes para a elaboração de projetos e programas específicos de assistência à saúde da pessoa privada de liberdade e em medida de segurança, de caráter preventivo e curativo, compreendendo atendimento multiprofissional.

As equipes da saúde prisional também realizam projetos específicos para o atendimento das demandas dos custodiados na perspectiva da educação em saúde, tais como: Atendimento em grupo para autores de violência sexual; Atendimento em grupo para dependentes químicos; Atendimento para pessoas LGBTIA+ de acordo com as suas necessidades biopsicossociais em razão do gênero, entre outras. Os atendimentos podem se estender às famílias dos custodiados acompanhados pela equipe de saúde.

Além disso, nos casos em que os transtornos mentais inerentes à população LGBTIA+ prevalecerem e/ou suplantarem o manejo emocional vinculado ao processo transexualizador, bem como, os casos leves a moderados em Saúde Mental, de competência das equipes de saúde prisional e de ambulatórios especializados, sugere-se acionar as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) vinculados ao território para manejo dos casos graves e persistentes, além daqueles

decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Estas condições demandam por serviços mais específicos e individuais que não são ofertados nas UBSP, em que se recomenda estimular o matriciamento em Saúde Mental pelos NASF e CAPS às equipes de Saúde Prisional, conforme os critérios de encaminhamentos de adultos aos Serviços Especializados de Saúde Mental da Atenção Secundária (Minuta de Nota Técnica N° 2/2019 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM - 04026-00013041/2020-62).

Para além dos tipos de atenção, o cuidado integral do usuário/a na Rede de Saúde será tratada na Linha de Cuidado de Atenção à Saúde Integral da população LGBTIA+ a ser elaborada pela SES/DF e coordenada pela GASPVP/DAEAP/COAPS/SAIS/SES e protocolos específicos de cada especialidade, assim como a minuta de Nota Técnica para a Atenção Integral as pessoas LGBTIA+ no sistema prisional, em fase de aprovação pelo colegiado SAIS.

4.2.1. Ações intrasetoriais de saúde mental sugeridas

- Retomar/Intensificar o matriciamento dos NASFs junto às equipes de UBS em regiões mais vulneráveis, onde há maior concentração dos casos de problemas de saúde mental e também nas Unidades Socioeducativas, caso seja necessário;
- Promover atendimentos compartilhados (NASF/eSF/ e-Consultório na rua), nos casos de problemas de saúde mental, agravados no contexto da pandemia [psicóticos que podem ter agudização dos quadros, mulheres com quadros ansiosos e/ou depressivos, idosos em isolamento, crianças e adolescentes em situação de extrema vulnerabilidade (econômica, em situação e rua, institucionalizados, gravidez na adolescência pós violência), pessoas em localidades rurais, distantes, indígenas, refugiados, etc];
- Intensificar as visitas domiciliares para os casos mais graves, realizada em parceria com equipes do CAPS e serviços de referência, onde pode haver maior risco social e agravamento de quadros clínicos;
- Ampliar o olhar para as relações sociais dentro dos domicílios, expandindo o rastreio à vítimas de violência, promovendo atendimento adequado, considerando, também, identidade de gênero orientação sexual e, a partir disso, traçar planos de ação intersetoriais (por exemplo: PAV, CRAS, CREAS, ambulatório Trans, escolas, etc) equânimes às vítimas de violência e suas vulnerabilidades.

- Potencializar as atividades coletivas, considerando a gravidade dos quadros e o contexto epidemiológico da região e seguindo as medidas de bioproteção e biossegurança.
- Potencializar o rastreamento, no território, de casos vulneráveis (novos e antigos) que possam demandar atenção à saúde mental;
- Potencializar o matriciamento NASF/eSF acerca da previsão de aumento dos casos problemas de saúde mental.
- Estreitar relações com as unidades socioeducativas de meio aberto e fechado para realizar planejamento de ações de promoção e prevenção de saúde mental aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.
- Interagir com Equipes Consultório na Rua existentes de modo a organizar ações de matriciamento para as eSF sobre a atenção à saúde da população em situação de rua.
- Realizar resgate e fortalecimento dos vínculos familiares por meio de contato telefônico.
- Viabilizar o acesso a medicamentos de alto custo a pessoas privadas de liberdade com demandas específicas de saúde junto à farmácia de alto custo do Distrito Federal, entre outros.



Para o tema das atividades coletivas ver **Nota Técnica N.º 4/2020 - SES/SAIS/COAPS/DESF/GASF - Orientações gerais acerca da retomada das atividades coletivas no âmbito da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia (COVID-19).**

Ações da APS a serem retomadas ou promovidas a medida que o contexto epidemiológico permita:

- Integração das pessoas com transtornos mentais em atividades coletivas regulares da unidade;
- Grupos para discussão sobre medicação NASF/eSF;
- Grupos de convivência em saúde mental;
- Grupos terapêuticos com foco na saúde mental.

4.2.2. Exemplos de ações intersetoriais sugeridas

A ampliação do telemonitoramento para levantamento preliminar de aspectos psicossociais que devem ser investigados pelas eSF/NASF (situações de violência, tristeza e ansiedade acentuados, entre outros) pode ser um ponto de partida. Assim, é preciso considerar a implementação das seguintes ações psicossociais no território:

Intervenções na primeira infância (por exemplo, ações que sejam sensíveis às *necessidades nutricionais e de saúde das crianças*, com proteção contra ameaças, oportunidades de aprendizagem na primeira infância e interações que são responsivas, emocionalmente sustentadoras e estimulantes do desenvolvimento);

Apoio ao desenvolvimento infantil (por exemplo, programas de habilidades para a vida, programas de desenvolvimento infantil e juvenil);

Empoderamento socioeconômico das mulheres (por exemplo, orientações para maior acesso aos programas sociais e à rede comunitária);

Apoio social à população idosa (por exemplo, iniciativas de formação de redes de apoio na comunidade);

Programas direcionados a pessoas em situação vulnerável, incluindo população indígena, cigana, quilombola, rural, com deficiência, privada de liberdade, em situação de rua, negra, LGBTQIA+, refugiados, migrantes e pessoas afetadas por conflitos e desastres (por exemplo, intervenções psicossociais após desastres);

Atividades de promoção da saúde mental nas escolas (por exemplo, programas envolvendo mudanças ecológicas de apoio nas escolas);

Programas de prevenção da violência;

Promoção de direitos, oportunidades e atenção às pessoas com transtornos mentais;

Buscar identificar sinais e situações de risco no território para realizar orientação às famílias e a comunidade;

5. PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

A determinação social da saúde pode ser descrita como condições sociais, econômicas, políticas e históricas, que afetam a saúde da população, produzindo adoecimento ou saúde a depender de fatores como trabalho, moradia, lazer, renda, educação, acesso a bens e serviços, entre outros (BORGHI, OLIVEIRA & SEVALHO, 2018). Ampliando essa conceituação, Barcellos (2009) aponta, que esse processo também envolve fatores como a “presença, qualidade e acessibilidade dos/aos serviços e ações de saúde pública e a recursos comunitários, bem como compreendem como as vizinhanças se configuram, o grau de integração e suporte social presente em uma comunidade.” (DIMENSTEIN et. al, 2017, p. 75).

A partir do processo de determinação social da saúde, a saúde mental também é interpelada por todos esses fatores, circunstanciada pelo contexto histórico e cultural. Por isso, a saúde mental não é produzida apenas por componentes individuais, tais como manejo das emoções e relacionamentos, mas compreende todos os fatores da determinação social da saúde-doença, uma vez que em contextos majoritariamente desiguais, as populações vulneráveis estão mais expostas ao adoecimento mental (OMS, 2013; DIMENSTEIN et. AL, 2017; NOGUEIRA & PONTES, 2017). A concepção de atenção psicossocial perpassa um entendimento de que a dimensão sociocultural atravessa o processo de tornar-se pessoa e o sofrimento psíquico. Nessa concepção, os conceitos de **território, cidadania, acolhimento e rede** vão ser fundamentais para conhecer e intervir na saúde mental das pessoas (SCHNEIDER, 2015). A partir de então a Atenção Primária à Saúde poderá se destacar como local primordial para realizar ações de atenção psicossocial e saúde mental.

Para compreender essa atuação, os profissionais da Atenção Primária devem ter em vista que para desenvolver cuidado em saúde mental no território é preciso construir um plano de cuidados baseado na história de vida da pessoa e da família, nos seus vínculos e nas demais relações que essa pessoa e família estabelecem com o território (NOGUEIRA & PONTES, 2017).

Todas as pessoas têm recursos para lidar com eventos estressores, contudo é importante reconhecer os recursos de que dispõem e potencializá-los. A **escuta atenta e a orientação** são os principais instrumentos para trabalharmos os problemas relacionados à saúde mental, incluindo aspectos também da promoção e da prevenção em saúde mental nesse período. Assim, é importante validar o sofrimento e reconhecer que é normal sentir-se ansioso, triste, preocupado e com medos diversos diante desse novo contexto, reconhecendo as potencialidades de cada um para

o enfrentamento das demandas emocionais relacionadas a ele.

Qualquer profissional de saúde pode atuar nos primeiros cuidados em saúde mental. Inclusive lideranças comunitárias podem exercer esse papel, com treinamento e suporte. Um dos recursos **disponíveis para orientar profissionais e lideranças é o documento da OMS -Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo.**

Abaixo relacionamos algumas ações de promoção e prevenção que podem ser utilizadas pelas equipes de Saúde da Família, com o apoio dos NASFs:

- Promover orientação sobre os cuidados para evitar o contágio e sobre como proceder em caso de sintomas suspeitos (isolamento social, etiqueta respiratória, uso de máscaras, higiene das mãos, procedimentos para desinfecção de vestuário e demais orientações com compras de supermercado, utilização de transporte público e demais cuidados)
- Dar orientações que atendam às questões de vulnerabilidade social, com ações intersetoriais bem articuladas com a Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES) e demais instituições que possam contribuir na garantia dos direitos sociais e das necessidades básicas. Prover as condições básicas para a sobrevivência é pré-requisito para a manutenção da saúde mental.
- Auxiliar na reestruturação da rotina elencando alterações e modificações na rotina que apresentem impactos negativos ao cotidiano. Posteriormente, estruturar estratégias que possam auxiliar na reestruturação e significação do cotidiano, visando o engajamento e sentidos no equilíbrio ocupacional. As estruturas destas estratégias visam prevenir ou minimizar problemas de saúde mental durante o período de isolamento ou distanciamento social, além de situação de desemprego, compreendendo o cotidiano familiar, suas rotinas, crenças, valores e as mudanças ocorridas.
- Orientar a família na reorganização das tarefas cotidianas, manutenção das ocupações e estrutura temporal de atividades, bem como viabilizar possibilidade de estimular vínculos positivos, no momento do isolamento social. Nestas orientações devem ser incluídos os papéis ocupacionais, valores e motivações de todos os membros da família (crianças, jovens, adultos e idosos).
- Orientar sobre alimentação saudável, exercícios físicos, higiene do sono, engajamento em atividades que promovam sentimentos de relaxamento e prazer.
- Auxiliar no processo de reorganização (espaço, estrutura e significado) das atividades que estão ocorrendo em casa (trabalho, escola), de forma a dar suporte a esta reorganização

deste novo cotidiano, com a incremento de atividades de descanso e lazer. O foco é mitigar situações que podem ser gatilhos estressores para ansiedade, depressão e angústia.

- Orientar o uso de estratégias de enfrentamento das situações estressantes, no que se refere ao uso do tabaco, álcool e outras drogas, para apoiar mudanças de hábitos saudáveis, com redução de danos para o uso de álcool e outras drogas.
- Fazer uma relação de estratégias de enfrentamento que a pessoa já utilizava antes da pandemia e reforçar a utilização de estratégias saudáveis, evitando o uso do tabaco e do álcool ou outras drogas para lidar com o estresse.
- Orientar pais e responsáveis sobre como lidar com filhos em diferentes faixas etárias - [Ver orientações da OMS traduzidas](#)
- Orientar sobre técnicas de mediação de conflitos interpessoais, muitas vezes agravados pela tensão e maior convivência, potencializadas pela necessidade de isolamento social.
- Utilizar recursos para alívio de estresse que podem ser acessados remotamente, ou presencialmente (caso seja possível, garantindo medidas de biossegurança) mantendo o distanciamento seguro, como as Práticas Integrativas em Saúde (ex.: relaxamento: técnica de respiração lenta - página 23 do [Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo](#)).
- Estimular o engajamento em ações solidárias e seguras pode ser uma fonte de promoção de saúde mental no sentido de estimular a percepção subjetiva de pertencimento e engajamento em atividades significativas, motivacionais para quem ajuda e para quem recebe ajuda.
- Orientar sobre como buscar informações sobre a pandemia.
- Orientar sobre como buscar ajuda nos momentos mais agudos de sofrimento.
- Orientar a manutenção de vínculos, de forma virtual, com a utilização de recursos tecnológicos.
- Priorizar os cuidados em saúde mental para idosos, pessoas com deficiência, pessoas em sofrimento mental e outros grupos ou pessoas vulneráveis - principalmente para aqueles com pouco suporte familiar e social - é importante mapeá-los e promover contatos telefônicos regulares para o monitoramento de sua condição de saúde (física, emocional, social).
- Promover o Autocuidado apoiado: