

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)
autor(a), o texto completo desta
tese será disponibilizado
somente a partir de 14/02/2027.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Mariana Cláudio da Silva Sartori Nakamura

**Validação e implantação de instrumento para Estratificação
Risco em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor(a) em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Assoc. Rúbia de Aguiar Alencar
Coorientador: Prof. Assoc. Guilherme Correa Barbosa

**Botucatu
2025**

Mariana Cláudio da Silva Sartori Nakamura

**Validação e implantação de instrumento para
Estratificação Risco em Saúde Mental na Atenção
Primária à Saúde**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutor(a) em Enfermagem

Orientadora: Profa. Assoc. Rúbia de Aguiar Alencar
Coorientador: Prof. Assoc. Guilherme Correa Barbosa

Botucatu
2025

N163v Nakamura, Mariana Claudio da Silva Sartori
Validação e implantação de instrumento para Estratificação Risco em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde / Mariana Claudio da Silva Sartori Nakamura. -- Botucatu, 2025
165 p.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu
Orientadora: Rúbia de Aguiar Alencar
Coorientadora: Guilherme Correa Barbosa

1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estudos de validação. 4. Estratificação de risco. 5. Avaliação de risco. I. Título.

Mariana Cláudio da Silva Sartori Nakamura

**Implantação de instrumento para Estratificação Risco em Saúde
Mental na Atenção Primária à Saúde**

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Data defesa: 14/02/2025

Banca examinadora:

Profª Assoc. Rúbia de Aguiar Alencar

UNESP- Faculdade de Medicina - Botucatu

Profª Drª Gabriella de Andrade Boska

Ministério da Saúde - Brasília

Profº Drº Anderson Funai

Universidade Federal da Fronteira Sul – Chapecó -SC

DEDICATÓRIA

Consagro esta tese a Deus, com um coração cheio de gratidão e reverência.

Que toda a dedicação, esforço e sofrimento que permeiam estas páginas sejam usados para honrar o Seu nome e para contribuir com o bem daqueles que de alguma forma possam se beneficiar deste estudo.

E com profundo respeito e gratidão, dedico esta tese a mim mesma, como um testemunho da força, da resistência e do esforço incansável que caracterizaram esta jornada. Foram muitos os momentos de sofrimento, dúvidas e dificuldades, mas também foram muitos os momentos de superação e aprendizado. Este trabalho não é apenas uma conquista acadêmica, mas uma celebração de minha capacidade de persistir, mesmo quando o caminho parecia insuportável. Cada página escrita é a materialização de um esforço que exigiu mais de mim do que eu imaginava ser capaz. Que esta experiência me fortaleça para os desafios futuros e que eu nunca perca a coragem de seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Às minhas filhas, Gabriela e Fernanda, minha razão de viver. Vocês foram minha maior inspiração ao longo desta jornada, meu alicerce nos momentos de desânimo e a luz que me guiou em meio às incertezas. Sei que, em alguns momentos, minha dedicação a este trabalho também exigiu sacrifícios de vocês, e que às vezes acabei pedindo ajuda ou tirando um pouco do tempo que deveria ser só de vocês. Ainda assim, vocês sempre estiveram ao meu lado, com amor, paciência e compreensão, mostrando o quanto são fortes e generosas.

Cada página desta tese carrega a força de vocês, que me ensinaram, com amor e paciência, a seguir em frente mesmo nos momentos de maior dificuldade. Esta conquista é, de fato, um reflexo do que somos juntas, e sem o apoio incondicional de vocês, nada disso teria sido possível. Amo vocês com toda a minha alma, e cada vitória minha será sempre dedicada a vocês, que são meu maior presente e minha fonte eterna de força.

Aos meus orientadores, Rubia e Guilherme, expresso minha mais profunda gratidão, pela paciência, dedicação e apoio ao longo desta jornada tão desafiadora. Reconheço que, em diversos momentos, não consegui cumprir os prazos estabelecidos, e por isso peço desculpas sinceras. Sei que esses atrasos podem ter gerado dificuldades no processo, e lamento por não ter atendido às expectativas de forma plena. Ainda assim, agradeço imensamente pela compreensão, por acreditarem no meu potencial e por me guiarem com sabedoria, mesmo diante dos imprevistos. Esta conquista só foi possível graças ao inestimável suporte que me ofertaram.

Ainda, dentro da minha espiritualidade, agradeço a tudo e todos que estiveram no meu caminho neste período de 5 anos para a realização deste estudo e assim, não cair na falha do esquecimento.

Gratidão a todo ser humano que em algum momento cruzou o meu caminho me ensinando como ser uma alma melhor nesta experiência da subjetividade humana.

Gratidão aos lugares que visitei e aos processos pessoais, profissionais e espirituais que me proporcionaram. Sem estes lugares, certamente, eu não daria um salto quântico em minha vida.

Gratidão aos lugares que me assustaram, pois foram eles que me impulsionaram para terminar esta tese e finalmente viver minha essência de alma.

Gratidão à vida!!

*“Não te mandei eu? Sê forte e corajoso;
não temas, nem te espantes; porque o Senhor teu Deus
é contigo, por onde quer que andares”
Josué 1:9*

APRESENTAÇÃO

Há 17 anos, formei-me em Enfermagem pela Faculdade Marechal Rondon (FMR). Durante a graduação, gostei de várias disciplinas, em especial, Saúde Pública e Psiquiatria. Assim que me formei de imediato fui admitida em uma Unidade de Saúde da Família do meu município, Botucatu, um sonho, uma paixão realizada. Como fui feliz na Estratégia Saúde da Família! Gostava de todas as áreas, porém meu coração batia um pouco mais forte pela saúde da mulher e psiquiatria. Permaneci na Atenção Primária à saúde por feliz nove anos.

Em 2012 fui aprovado no concurso público do CAIS “Cantídio de Moura campos”, em 2015 fui chamada a assumir a vaga, com muita insegurança, optei por fechar um ciclo e iniciar uma nova jornada, na saúde mental.

Estava segura de que seria alocada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) devido à minha experiência de atuação no território e na Atenção Primária à Saúde (APS), mas fui alocada no Serviço Residencial Terapêutico e no Centro de Atenção ao Idoso (CAI), onde estavam os últimos pacientes moradores da instituição. No início, fiquei muito decepcionada, mas, com o passar do tempo, me adaptei e pude ver e participar da desinstitucionalização dos oito últimos moradores.

Após oito meses, surgiu uma vaga na enfermaria de internação psiquiátrica do referido CAIS, e fui convidada a compor essa equipe. Sou militante da reforma psiquiátrica, e, mais uma vez, fui colocada à prova. Foi aí que me apaixonei definitivamente pela psiquiatria. Poder ver os pacientes melhorando e retomando suas vidas fazia muito sentido para mim.

Nos sete anos em que estive na enfermaria psiquiátrica, observei muitas reinternações e, com isso, um processo de cronificação do adoecimento mental, o que evidenciava uma rede de cuidado em saúde mental fragilizada no território.

Tive a oportunidade também de atuar como professora substituta na Universidade Júlio de Mesquita Filho (UNESP) concomitante ao trabalho no CAIS e por vezes supervisionei alunos estagiando no CAIS.

Essa nova realidade de trabalho, CAIS e docência, somada a minha experiência na APS suscitou o interesse pelo tema do presente estudo. O quanto um instrumento norteador do cuidado no território seria útil no cuidado em saúde mental e então surge o desejo de retomar a minha jornada acadêmica e crescimento profissional.

Hoje, realizo o sonho de estar inserida neste programa de Pós-Graduação, com a orientação da Prof. Dra. Rúbia de Aguiar Alencar e coorientação do Prof. Guilherme Correa Barbosa, este que me apresentou uma psiquiatria humanizada e holística, ambos que me

auxiliaram nesta jornada com objetivo de ampliar conhecimento e qualificar o atendimento dos profissionais da atenção básica no município de Botucatu e posteriormente para todo país.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde tem papel importante no cuidado as pessoas com problemas de saúde mental, integrando práticas multiprofissionais e considerando a subjetividade dos usuários. A Estratificação de Risco em Saúde Mental, ferramenta usada para melhorar a gestão do cuidado, tem ganhado destaque, como no Paraná, onde foi criado um instrumento para qualificar o atendimento. Assim o instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental, desponta com objetivo de aprimorar as ações de prevenção e cuidado, como também qualificar encaminhamentos e a assistência. Contudo, desafios como a complexidade do instrumento e a subjetividade envolvida ainda exigem melhorias, como o treinamento contínuo dos profissionais e a adaptação da ferramenta às necessidades locais, visando um cuidado mais eficaz e humanizado. O objetivo do estudo foi validar e implantar um instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo metodológico, uma vez que, faz menção às investigações de métodos que permitem a obtenção, organização e análise de dados. Este estudo foi realizado no período de março de 2022 a junho de 2024, no município de Botucatu/SP, em três etapas: 1) Adequação do instrumento original por meio de Oficina a luz de Paulo Freire; 2) Validação de Conteúdo do instrumento Estratificação de Risco em Saúde Mental e 3) Aplicação do instrumento no município de Botucatu. Os resultados foram apresentados em forma de produção científica com três artigos e duas produções técnicas. Artigo 1: “Adequação do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental: relato de experiência” descrevendo o processo de adequação do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental com profissionais da Atenção Primária a Saúde e demais serviços da Rede Atenção Primária Saúde; Artigo 2: “Validação de Conteúdo do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental”, o qual representa um recurso técnico que aprofunda a análise especializada e contribui significativamente para a compreensão e organização das demandas de saúde mental no território. Artigo 3: “Estratificação de Risco em Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial de um município de pequeno porte”, referente a aplicação do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde e demais serviços da RAPS para conhecimento da demanda em saúde mental da população; Produto 1: Oficinas de Trabalho Participativas; e Produto 2: Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental adaptado a realidade do município. Conclusão: A estratificação de risco em saúde mental configura-se como uma tecnologia inovadora que qualifica o cuidado na Atenção Primária à Saúde, ao possibilitar uma abordagem mais crítica e abrangente no acolhimento e nos encaminhamentos. A experiência com o Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental no município de Botucatu evidenciou a relevância do treinamento profissional e da contextualização local para a sua aplicação eficaz. Ressalta-se, ainda, a necessidade de novos estudos que contribuam para a validação e o aprimoramento do instrumento, ampliando sua confiabilidade e impacto nas ações de saúde mental.

Descritores: Saúde mental; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de risco; Classificação de risco, Oficinas de trabalho, Estudos de Validação.

ABSTRACT

Primary Health Care plays an important role in caring for people with mental health issues by integrating multiprofessional practices and considering users' subjectivity. Mental Health Risk Stratification, a tool used to improve care management, has gained prominence, as seen in Paraná, where an instrument was developed to enhance service quality. The Mental Health Risk Stratification instrument aims to improve prevention and care actions, as well as to optimize referrals and assistance. However, challenges such as the complexity of the instrument and the subjectivity involved still require improvements, including continuous professional training and adapting the tool to local needs to ensure more effective and humanized care. The objective of this study was to validate and implement a Mental Health Risk Stratification instrument in Primary Health Care. This is a methodological study, as it addresses investigations of methods that allow data collection, organization, and analysis. The study was conducted from March 2022 to June 2024 in the municipality of Botucatu/SP in three stages: 1) Adapting the original instrument through workshops inspired by Paulo Freire's approach; 2) Content validation of the Mental Health Risk Stratification instrument; and 3) Application of the instrument in the municipality of Botucatu. The results were presented in the form of scientific production comprising three articles and two technical outputs. Article 1: "Adaptation of the Mental Health Risk Stratification Instrument: an experience report", described the process of adapting the instrument with professionals from Primary Health Care and other services within the Primary Health Care Network. Article 2: "Content Validation of the Mental Health Risk Stratification Instrument", detailed the tool's capacity to enhance technical insights and facilitate the assessment of mental health demands within the territory. Article 3: "Mental Health Risk Stratification in the Psychosocial Care Network of a Small Municipality", addressed the application of the instrument in Primary Health Care and other services within the Psychosocial Care Network (RAPS) to better understand the mental health demands of the population. Output 1: Participatory Work Workshops. Output 2: Mental Health Risk Stratification instrument adapted to the reality of the municipality. Conclusion: Mental Health Risk Stratification is an innovative technology that enhances care quality in Primary Health Care, offering a more critical and comprehensive perspective on reception and referrals. The experience with the instrument in Botucatu highlighted the importance of professional training and contextualization for its effective application. Further studies are necessary to validate and improve the instrument's use, increasing its reliability and impact on mental health care.

Keywords: Mental health; Primary Health Care; Risk assessment; Risk classification; Work workshops; Validation studies.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAIS	Centro de Atenção Integral a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID10	Código Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CVR	Razão de Validade de Conteúdo
DSM V-R	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
eMulti	Equipe Multiprofissional
ERSM	Estratificação de Risco em saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HCFMB	Hospital das Clinicas Faculdade Medicina Botucatu
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OT	Oficina de Trabalho
PNAB	Programa Nacional da Atenção Primária
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SARAD	Serviço Atendimento Referência Álcool de outras Drogas
SEDUCS	Setor de Educação e Comunicação em Saúde
SESA	Secretaria de Saúde do Paraná
SICAD	Sistema de Classificação de Pacientes em Álcool e outras Drogas
SRQ20	Instrumento Self Report Questionnaire

SRT	Serviço Residencial Terapêutico
STAEPE	Seção Técnica de Apoio ao Ensino e Pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UR	Unidade de Registro

LISTA DE QUADROS E TABELAS

ARTIGO 1

Figura 1- Síntese questão norteadora	44
Figura 2- Avaliação primeira oficina período manhã e tarde	44
Figura 3- Avaliação segunda oficina período manhã e tarde	45
Quadro 1 - Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental para avaliação juízes.	46
Quadro 2 Descritores dos itens do instrumento adequado de Estratificação de Risco em Saúde Mental	48

ARTIGO 2

Tabela 1 - Apresentação do CVR dos itens do instrumento segundo clareza, pertinência, abrangência e relevância. Botucatu, 2024	67
Quadro 1 – Sinais e sintomas e descrição dos itens originais e modificados. Botucatu, 2024.	70
Quadro 2 – Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM) validado.	74
Quadro 3 – Descritores dos sinais e sintomas do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM).	76

ARTIGO 3

Tabela 1 – Estatísticas descritivas dos participantes	93
Tabela 2 – Análise de associação entre o perfil sociodemográfico e a classificação de risco dos participantes segundo o teste de qui-quadrado.	94
Tabela 3 – Comparação da idade dos participantes em relação à classificação de risco.	95

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	30
2.1 OBJETIVO GERAL	30
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	30
3. MÉTODO	31
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	31
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	31
3.3 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA COM PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	32
3.3.1 Primeira Etapa - Adequação do instrumento original por meio de Oficina de trabalho participativa	32
3.3.2 Segunda Etapa - Validação de Conteúdo do instrumento ERSM	35
3.3.3 Terceira Etapa - Aplicação do instrumento	37
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	38
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1 PRODUÇÃO CIENTÍFICA	39
4.1.1 Artigo 1	39
4.1.2 Artigo 2	58
4.1.3 Artigo 3	88
4.2 PRODUÇÃO TÉCNICA	103
4.2.1 Produto 1	103
4.2.2 Produto 2	109
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES	133
ANEXOS	146

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a saúde mental, assim como a Atenção Primária em Saúde (APS) vem passando por diversas transformações em seus pilares conceituais e legais.¹ Estas transformações são frutos de um longo processo de lutas sociais e reivindicações visando o rompimento da lógica centralizadora, hospitalocêntrica e curativa no cuidado à saúde.^{1,2}

O cuidado em saúde mental passa por modificações ao longo dos anos ao qual tem buscado um cuidado integral, humanizado e no território. Antes das mudanças das políticas públicas em saúde mental, as pessoas com problemas de saúde mental não tinham sequer o direito de receber os cuidados necessários em relação ao seu sofrimento psíquico.^{3,4}

Com o passar dos anos essa realidade foi sendo modificada, e essas pessoas foram adquirindo direitos que precisam ser garantidos.

A assistência prestada à pessoa com problema de saúde mental surge quando se define a pessoa “louca” na sociedade. A partir do século XVII começou-se a ocorrer uma distinção entre as pessoas “normais”, das que não eram “normais”. Era preciso libertar a sociedade daqueles que a perturbavam.⁵

O “louco” passa a ser visto como um “problema social,” um elemento que desafiava a ordem social estabelecida, especialmente em um contexto marcado por desordem, mendicância e ociosidade. O aumento desse grupo de indivíduos era percebido como uma ameaça à paz social das cidades e aos interesses da burguesia.^{3,4,6}

De acordo com Saraiva, Santos, Sousa (2016), a partir deste momento, em que os indivíduos fogem dos padrões sociais, estes precisam ser excluídos da sociedade, inicialmente, foram enviados para reclusão em Santas Casas de Misericórdia e asilos, onde eram confinados em porões, sem acesso ao tratamento adequado, sob a supervisão de guardas e carcereiros. As práticas de controle predominantemente incluíam espancamentos e contenções em troncos, reforçando um cenário de violência.⁷

Frente à necessidade da época, a loucura se fixa no hospital, e por todo mundo criam-se serviços de internações onde a pessoa com problemas de saúde mental é detido; predominando o cuidado pela condenação ao silêncio.⁴⁻⁶

No final do século XVIII, a concepção de loucura passou por uma transformação significativa, marcando o surgimento de um novo campo do conhecimento: a Psiquiatria.^{6,8}

Evidencia-se, nesse século, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, que teve o mérito de libertar as pessoas com problemas de saúde das correntes.⁸ Os asilos foram substituídos, então, pelos manicômios/hospitais psiquiátricos, estes somente destinados às pessoas com problemas de saúde.^{8,9}

O final do século XIX e o início do século XX foram marcados pela construção de numerosos hospitais psiquiátricos. Foi nesse período, já mais próximo da contemporaneidade, que a loucura começou a ser problematizada de forma mais sistemática.⁴⁻⁶

No século XX, a expansão das telecomunicações, associada à crescente velocidade na circulação de informações e a uma maior liberdade de expressão, proporcionou um relativo aumento da participação da sociedade nos debates sobre saúde mental. Nesse contexto, começou a ganhar visibilidade o argumento de que as relações sociais, culturais e suas contradições desempenham um papel significativo como fatores contribuintes para o processo de adoecimento mental.^{10, 11}

Os últimos anos da década de 1970 marcaram o início do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, fortemente influenciado pela "Psiquiatria Democrática," um modelo instituído na Itália pelo psiquiatra Franco Basaglia.^{6,8}

Em 1978, inicia-se o movimento social pelos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, com a criação de espaços voltados para a luta política referenciados na crítica ao Sistema Nacional de Saúde Mental. Esse movimento também questiona o saber psiquiátrico tradicional e suas instituições, propondo mudanças profundas na forma como a saúde mental é tratada e nos direitos das pessoas com adoecimento mental.^{4-6,8}

Nesse mesmo período, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de organizações profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.¹²

A discussão, ainda atual, sobre a desinstitucionalização encontra sua referência legal na Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, sancionada em 6 de abril de 2001. Essa lei representa um esforço para incorporar os princípios dos direitos humanos no tratamento da saúde mental, promovendo a reorientação do modelo assistencial e a reintegração social das pessoas com adoecimento psíquico.¹³

A Lei 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com problemas de saúde mental, promovendo um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Ela propõe a substituição do modelo hospitalocêntrico vigente por um modelo mais humanizado e comunitário. Seu conteúdo busca regulamentar os direitos das pessoas com doença mental e inclui diversas medidas, como: a reorganização dos serviços de saúde mental; a implementação gradual da desativação dos hospitais psiquiátricos; a proibição da construção de novas instituições psiquiátricas; a redução do número de leitos hospitalares psiquiátricos, substituindo-os por formas alternativas de cuidado; e a obrigatoriedade de notificação ao

Ministério Público sobre internações psiquiátricas involuntárias, entre outras iniciativas estruturais e operacionais.¹³

O CAPS é um serviço substitutivo ao modelo manicomial, com o objetivo de promover o cuidado em saúde mental de forma mais humanizada e integrada à comunidade. Alinhado à Reforma Psiquiátrica e às diretrizes nacionais de Saúde Mental, o CAPS é um serviço territorial, geralmente vinculado aos municípios, e pode ter caráter regional, aberto e comunitário. Ele oferece atendimentos diários e deve ser territorializado, ou seja, estar inserido no espaço de convivência social dos usuários. O CAPS busca resgatar e potencializar os recursos comunitários ao seu redor, garantindo que esses elementos sejam integrados ao cuidado em saúde mental, promovendo um ambiente mais inclusivo e colaborativo.^{13,17}

O principal objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população, realizando acompanhamento clínico e a reabilitação social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Seu processo de trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional com prática colaborativa.¹⁴

Com a publicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, foi regulamentada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que atualmente norteia os processos de trabalho em saúde mental no país.¹⁸

Neste contexto, são detalhados os principais serviços e ações oferecidos no Brasil para atender pessoas com adoecimento psíquico ou problemas de saúde mental, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁸

As equipes de saúde voltadas para o cuidado e reabilitação psicossocial têm como objetivo prestar atendimento às pessoas que sofrem de intenso sofrimento psíquico em um determinado território.¹⁹

Existem diversas modalidades de serviços oferecidos pela RAPS que atendem pessoas com problemas de saúde mental, desde casos leves até os mais severos e persistentes. Esses serviços se diferenciam em termos de abrangência populacional e da constituição da equipe técnica.²⁰ Esse novo modelo de cuidado vem se consolidando e está em constante expansão, demonstrando eficácia e aceitabilidade no atendimento em saúde mental.^{2,21}

O sistema de saúde é estruturado por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de gerar um impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Dentro dessas redes, a APS exerce um papel fundamental como coordenadora e organizadora do cuidado, com a finalidade de superar a fragmentação dos serviços de saúde.²²

Essas Redes são mais eficazes tanto em sua organização interna (como a alocação de recursos, coordenação clínica, entre outros) quanto em sua capacidade de enfrentar os atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. O objetivo é superar as dificuldades causadas pela fragmentação dos serviços de saúde e melhorar a gestão do cuidado, garantindo uma atenção mais integrada e qualificada.²²

Dentro da estrutura da RAS, foram estabelecidas cinco redes temáticas, a saber: Rede Alyne, Atenção às Urgências, Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas, Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Essas redes têm como objetivo atender às necessidades específicas de diferentes grupos da população, garantindo uma abordagem mais focada e integrada no cuidado à saúde.^{22, 23}

A RAPS tem como objetivo garantir os direitos das pessoas com problemas de saúde mental, promovendo autonomia, equidade e qualidade nos serviços. Enfatiza o cuidado integral e multiprofissional, adotando uma abordagem transdisciplinar no atendimento comunitário. Além disso, inclui diversas estratégias de cuidado e ações intersetoriais, visando um suporte mais amplo e eficaz para os indivíduos em adoecimento mental.²⁴

A APS é o primeiro componente da RAPS que se articula com os demais serviços a fim de propiciar um cuidado potente e holístico às pessoas com problemas de saúde mental.¹⁸

Como base fundamental do sistema de saúde, a APS tem a responsabilidade de atender às necessidades mais frequentes da população. Seu escopo abrange ações de prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde, sendo capaz de solucionar aproximadamente 80% dessas demandas, promovendo um cuidado abrangente e acessível para grande parte das questões de saúde.²⁵

De acordo com Starfield, a APS constitui a base e orienta o funcionamento de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Ela promove a organização e a racionalização da utilização dos recursos, desde os serviços básicos até os especializados, com o objetivo de promover, manter e melhorar a saúde. Dessa forma, a APS é o nível do sistema de saúde que oferece acesso aos usuários para lidar com as suas necessidades e problemas de saúde, fornecendo cuidados centrados na pessoa ao longo do tempo e para todas as condições de saúde.²⁵

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. Criado em 1994, o PSF foi inicialmente concebido como um programa, conforme descrito no primeiro documento ministerial. Posteriormente, passou a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais.²⁶

Desde sua implantação, a Estratégia saúde da Família (ESF) tem a missão de transformar o modelo sanitário brasileiro, que historicamente se baseava em abordagens médicas, medicamentosas, curativas e individualistas, com o hospital como principal local de solução para os problemas de saúde.²⁶

Em contrapartida, a ESF busca estabelecer um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade. Essa mudança de paradigma enfatiza a importância da prevenção, da promoção da saúde e do cuidado integral, considerando não apenas as doenças, mas também os determinantes sociais, culturais e ambientais de saúde.²⁶

Além disso, a ESF está fundamentada nas quatro dimensões exclusivas da APS, conforme delineadas por Starfield, atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.^{25, 26}

A garantia de atenção ao primeiro contato está intrinsecamente relacionada ao papel da APS como a porta de entrada para as questões de saúde e à sua capacidade de lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social. Isso significa que a APS deve estar prontamente disponível para atender às necessidades de saúde das pessoas, independente da complexidade ou da origem do problema, e deve ser capaz de oferecer um cuidado abrangente e integrado.²⁵

Por outro lado, a longitudinalidade requer a existência de um aporte regular de cuidados à saúde, bem como seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, os indivíduos e as famílias. Isso implica em estabelecer vínculos duradouros entre os profissionais de saúde e os pacientes, promovendo um acompanhamento contínuo da saúde e uma compreensão mais profunda das necessidades individuais e contextuais de cada pessoa.²⁵

Portanto, tanto a garantia de atenção ao primeiro contato quanto a longitudinalidade são elementos essenciais da APS, contribuindo para uma prestação de cuidados de saúde mais eficaz, centrada no paciente e capaz de responder às necessidades de saúde de forma holística e contínua.

A integralidade requer a oferta de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população, com foco na responsabilidade pela oferta de cuidados em distintos níveis de atenção à saúde. Isso envolve também o reconhecimento adequado dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que influenciam o adoecimento. Já a cooperação implica a capacidade de assegurar a continuidade do cuidado de forma integrada e organizada, o que exige a identificação dos problemas que necessitam de acompanhamento constante ao longo do tempo.²⁵

Essas características constituem-se em valiosos indicadores para o processo de avaliação da APS. Ademais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados primários de saúde devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos.²⁷

Pensando nessa amplitude do cuidado, desponta o Núcleo de Apoio de Saúde à Família (NASF), instituído pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2008, com o intuito de fortalecer a APS; constituído por uma equipe multiprofissional com função de matriciar e apoiar as equipes de ESF, estabelecendo a revisão de diretrizes e de normas para a organização da APS e ESF.²⁸

Em 2017, com a mudança da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os NASF passam a ser denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em 2019 devido conjunturas políticas, as equipes NASF-AB tem seu financiamento suspenso, retornando em 2023, num novo governo, por meio da Portaria GM/MS nº 635/2023, com uma nova proposta, o Ministério da Saúde (MS) institui a equipe Multiprofissional (eMulti).²⁸ A eMulti foi concebida para atender às demandas do perfil demográfico e epidemiológico atual, introduzindo reformulações e mudanças para promover ainda mais a integração e a atuação multiprofissional na APS.^{26,29}

A criação da eMulti representa uma tentativa de resgate na abordagem da atenção primária à saúde, visando uma atuação mais integrada e eficaz dos profissionais de saúde no cuidado à população. Essa nova estratégia incorpora aprendizados e experiências do NASF, ao mesmo tempo em que busca se adaptar aos desafios e demandas do contexto atual da saúde pública brasileira.²⁹ O matriciamento preconizado pelo MS e implementado pela equipe eMulti é uma estratégia utilizada na APS, que consiste na integração e colaboração entre profissionais de diferentes especialidades para fornecer cuidados mais abrangentes e eficazes aos pacientes.²⁹

Na prática do matriciamento, os profissionais da eMulti com expertise em uma área específica, como saúde mental ou geriatria, por exemplo, trabalham em conjunto com a equipe de saúde da APS para oferecer suporte especializado e capacitação. Esses profissionais, conhecidos como "matriciadores", compartilham seus conhecimentos, experiências e habilidades com a equipe da APS, visando aprimorar a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes.^{29,30}

O apoio matricial é proposto como arranjo organizacional de suporte técnico aos serviços de atenção básica e a principal estratégia de qualificação da ESF para atender às demandas de saúde mental da população. O matriciamento pode ocorrer de diversas formas,

incluindo consultas conjuntas, discussões de casos clínicos, capacitação, supervisão e orientação técnica. Essa abordagem promove uma visão mais integrada e holística da saúde do paciente, permitindo uma melhor identificação e manejo de problemas de saúde complexos.^{30,31}

Dentro desse contexto, as ferramentas da Política Nacional de Humanização surgem como instrumentos para melhorar a comunicação entre os trabalhadores da saúde e os gestores, promovendo a redução das relações hierárquicas de poder e incentivando a autonomia e corresponsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Essas ferramentas são projetadas para fomentar uma cultura de acolhimento, diálogo e respeito mútuo no ambiente de trabalho, contribuindo para a humanização do cuidado e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Ao promover uma abordagem mais horizontal e participativa, a Política Nacional de Humanização busca fortalecer o vínculo entre profissionais de saúde e usuários, facilitando o processo de cuidado e tornando-o mais centrado nas necessidades e experiências dos indivíduos atendidos.³²

Ressalta-se a importância da atuação multiprofissional, desfocada apenas da figura médica. Nesse contexto, destaca-se o modelo da Clínica Ampliada, que se caracteriza por uma abordagem de atuação envolvendo diferentes profissionais da área da saúde. Esse modelo tem a capacidade de desconstruir a lógica biomédica centrada, atendendo às necessidades de saúde do paciente de maneira integrada. A Clínica Ampliada utiliza ferramentas que colocam o sujeito como parte ativa de seu próprio cuidado, promovendo a articulação entre diversos setores públicos para a promoção da saúde, prevenção de doenças e a oferta de cuidados imediatos.^{30,34}

Um instrumento de trabalho interdisciplinar é o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que diz respeito a um projeto elaborado pela equipe da ESF, matriciadores e paciente e/ou família do paciente para conseguir olhar a situação do sujeito alvo da política de saúde de forma ampliada, incluindo-se todos os âmbitos em que ele esteja inserido, o modo pelo qual se darão as abordagens biopsicossocial, a forma como cada membro da equipe pode contribuir, bem como se necessitará do apoio da família e/ou da rede de saúde, assistência, cultura, educação e comunidade.^{34,35}

Diante disso, destaca-se que a atuação da APS e da ESF na área da saúde mental é abordada em diversos documentos legais, normativos e técnicos do SUS. A Portaria nº 224, de 1992, representou a primeira regulamentação do cuidado em saúde mental no âmbito do SUS, definindo as unidades básicas de saúde e os CAPS como serviços prioritários e extra-hospitalares para esse tipo de atenção. Em 2003 a circular nº 01 de 2003, consolida as ações de saúde mental na APS obedecendo ao modelo de redes de cuidado, de base territorial, com atuação transversal com outros serviços envolvidos na busca do estabelecimento do vínculo e

do acolhimento, e também estratégias para implicação e potencialização das ações no cuidado em saúde mental.^(36,37)

Para tanto, nota-se que a saúde mental na atenção primária tem se tornado foco de diversos estudos, que analisam tanto as práticas e estruturas do cuidado quanto às barreiras que dificultam o atendimento adequado aos pacientes com adoecimento mental. Identificam a importância do papel da APS, especialmente da ESF, na promoção de uma abordagem comunitária e contínua para o tratamento em saúde mental. Essas práticas visam reduzir a hospitalização e promover um cuidado mais humanizado e próximo do cotidiano dos usuários.³⁸

Entretanto, ainda persistem desafios no cuidado em saúde mental na APS. Pode-se abordar a crescente demanda por serviços de saúde mental e as limitações enfrentadas pelos profissionais e serviços da APS em oferecer cuidados abrangentes e eficazes. Na última década, houve um aumento no reconhecimento das doenças mentais como problemas de saúde pública de alta prioridade. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que uma em cada oito pessoas no mundo vive com um transtorno mental, o que torna fundamental que a atenção primária inclua estratégias de apoio psicológico e tratamento de transtornos mentais comuns.³⁹

Contudo, a infraestrutura da APS, que muitas vezes é o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema de saúde, enfrenta desafios estruturais como, a escassez de profissionais capacitados, falta de coordenação entre os serviços de saúde mental e outros níveis de atenção, o estigma associado aos transtornos mentais, além das dificuldades trazidas pela pandemia de COVID-19.⁴⁰⁻⁴²

Um desafio central é a capacitação insuficiente dos profissionais da APS para lidar com a complexidade dos casos de saúde mental. De acordo com uma revisão integrativa, as equipes de APS precisam de formação adequada para identificar e tratar transtornos mentais leves e moderados, o que compromete o atendimento integral ao paciente. Profissionais relatam dificuldades tanto na identificação de sintomas precoces quanto na implementação de práticas de manejo e suporte eficazes, apontando para a necessidade de treinamento específico e contínuo na área.^{40,43,44}

Outro desafio recorrente é a fragmentação entre os serviços de APS e os especializados, como os CAPS. Esta integração limitada dificulta a continuidade do cuidado e aumenta a sobrecarga nos serviços especializados. Estudos revelam que o apoio matricial, uma estratégia que oferece suporte técnico e organizacional aos profissionais da APS, poderia ser uma solução para melhorar a comunicação e o acompanhamento dos pacientes com condições crônicas de saúde mental. No entanto, a implementação do apoio matricial ainda enfrenta barreiras, como a

disponibilidade limitada de profissionais especializados e a alta demanda nas áreas urbanas e rurais.^{40, 45}

O estigma em torno dos transtornos mentais também representa uma barreira significativa para a busca e continuidade do tratamento na APS. Profissionais e pacientes frequentemente relatam experiências de discriminação e falta de sensibilidade no atendimento, o que desestimula a procura por assistência. Esse estigma não apenas compromete o acolhimento, mas também reforça preconceitos entre as próprias equipes de saúde, impactando a adesão ao tratamento e a eficácia das intervenções realizadas.^{46,47,48}

A pandemia de COVID-19 intensificou esses desafios, aumentando as demandas por serviços de saúde mental e sobrecarregando a APS. Estudos realizados durante o período pandêmico indicam que muitos profissionais enfrentaram dificuldades emocionais e um aumento nos casos de ansiedade e depressão entre os pacientes, ao mesmo tempo em que a escassez de recursos humanos e estruturais dificultou ainda mais o atendimento de qualidade, evidenciando a necessidade urgente de uma APS fortalecida e melhor preparada para emergências e crises de saúde mental.⁴⁶

Estudos internacionais complementam essas análises ao apontar a necessidade de práticas integradas e de políticas que considerem as diferenças regionais e culturais, destacando como alguns países vêm experimentando e reforçando o apoio matricial e outras estratégias colaborativas entre atenção primária e especialistas para melhorar os desfechos em saúde mental.^{49,50}

Frente a estes desafios há necessidade de desenvolver estratégias e tecnologias de cuidado e de gestão para implementar e qualificar o acesso das ações no âmbito da ESF e especificamente no contexto da saúde mental na APS.²⁵

Em três editoriais da revista *Mental Health in Family Medicine*, os autores afirmam que oferecer cuidados em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) significa garantir que as pessoas necessitadas desses cuidados possam acessá-los perto de suas casas, sem prejudicar seus vínculos familiares, de trabalho e de suporte social, que são fontes importantes para a recuperação. Os resultados terapêuticos nesse nível de atenção têm sido avaliados como equivalentes ou até melhores do que os obtidos no nível especializado. As razões para esses resultados incluem a possibilidade de tratar de forma integrada as doenças mentais e as comorbidades com doenças físicas, além da continuidade dos cuidados proporcionada pela atenção primária.^{5,37,51}

Frente ao exposto, é notório a potência da APS no cuidado às pessoas com adoecimento mental, concomitante com políticas públicas e ferramentas que incorporam esse cuidado amplo e multiprofissional pautado na subjetividade do sujeito no território.

No entanto, apesar dos avanços e conquistas alcançados, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados na construção de um cuidado coordenado e que responda às reais necessidades de atenção à saúde mental. Esse cuidado precisa ser abordado de forma multidimensional, com o objetivo de gerar um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas em tratamento, garantindo que suas necessidades sejam atendidas de maneira integral e eficaz.^{52,53}

Ademais, é importante ressaltar que, além da gestão do cuidado focada em ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, o uso de novas tecnologias tem ganhado cada vez mais espaço e adesão nos diversos segmentos da área da saúde. Esse fenômeno tem despertado o interesse de pesquisadores na criação de ferramentas que possam apoiar a prática clínica, a avaliação em saúde e, especialmente, a tomada de decisão, otimizando o processo de cuidado e tornando-o mais eficaz e acessível.^{54,55}

Ao longo dos últimos anos, vários instrumentos foram construídos para diversas finalidades na área da saúde, como, o Sistema de Classificação de Pacientes em Álcool e outras Drogas (SiCAD); o instrumento *Self Report Questionnaire* (SRQ 20) para rastreamento de sofrimento mental, a qualidade de vida, dor ou até mesmo para facilitar o gerenciamento do processo de trabalho como a escala de gradação da complexidade assistencial.⁵⁶⁻⁵⁹

Esses instrumentos desempenham um papel fundamental na pesquisa, na prática clínica e na avaliação de saúde. Apesar de seu número ter crescido consideravelmente, a elaboração desses instrumentos exige um aprimoramento metodológico e um conhecimento profundo, independentemente de sua finalidade. Isso garante que o instrumento atenda ao objetivo proposto, sendo útil e cientificamente válido, contribuindo de forma significativa para o processo de cuidado e avaliação em saúde.^{54,55}

Os Instrumentos de Estratificação de Risco têm se destacado na área da saúde, pois utilizam técnicas de medição de risco, como a estratificação de risco clínico. Embora a aplicação dessas tecnologias seja complexa, sua utilização vai além do manejo clínico de pessoas com condições crônicas, permitindo diferenciá-las conforme o contexto de risco. A partir disso, esses instrumentos colaboram na definição de diretrizes clínicas, tipos de atenção e recursos específicos que devem ser garantidos de maneira equitativa. Além disso, possuem o potencial de qualificar precocemente o cuidado, organizar e adequar à oferta de ações em saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa.⁶¹

Modelos de estratificação de risco têm sido amplamente utilizados, especialmente como suporte ao manejo de condições como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doença renal e risco gestacional. Esses modelos têm se mostrado eficazes na identificação das diferentes necessidades dos indivíduos, permitindo um cuidado mais direcionado e específico. Além disso, eles contribuem significativamente para a melhoria da qualidade da assistência prestada, promovendo uma utilização mais racional dos recursos em saúde e aumentando a eficiência dos sistemas de saúde.⁶²⁻⁶⁸

Sob a perspectiva da cronicidade do adoecimento mental, a longo prazo, a experiência desse processo exige um redirecionamento das práticas de saúde, com o objetivo de qualificar o cuidado às pessoas que convivem com transtornos mentais e fazem uso de substâncias psicoativas, considerando suas necessidades biopsicossociais e suas vulnerabilidades.³⁷ No contexto das RAS, e especialmente na RAPS, a Estratificação de Risco em Saúde Mental pode se consolidar como uma ferramenta de apoio à racionalização da demanda. Essa abordagem tem o potencial de fortalecer a articulação entre os serviços da APS e a atenção especializada, como os CAPS, assegurando informações fundamentais para aprimorar o processo de cuidado e a integração dos serviços.^{69, 70}

Ao compreender o adoecimento mental como uma condição crônica, a Estratificação de Risco em Saúde Mental surge como uma ferramenta que pode auxiliar a identificar os indivíduos mais vulneráveis a desfechos clínicos indesejáveis e à piora do quadro psíquico. Esse recurso destaca-se por sua capacidade de ir além dos aspectos biológicos, considerando também fatores comportamentais, como o comprometimento com medidas preventivas e adesão à medicalização, a capacidade de autocuidado, as vulnerabilidades individuais, e o papel da família, da comunidade e da rede de apoio. Além disso, a Estratificação de Risco também pode influenciar a gestão dos serviços de saúde, promovendo e operacionalizando cuidados ampliados e integrados, que envolvam a colaboração entre diferentes setores e atores da atenção à saúde.^{71,72}

Não há registro na literatura internacional de um instrumento para estratificar risco em saúde mental no contexto da atenção primária, contudo no Brasil, o Estado do Paraná no ano de 2014 passando por um processo de qualificação da atenção primária (Programa de Qualificação da Atenção Primária - APSUS), compreendendo o contexto e a potência de cuidado da APS, e construiu um Instrumento para Estratificação de Risco em Saúde Mental, com o objetivo de aprimorar as ações de prevenção e cuidado, como também qualificar encaminhamentos, viabilizando a situação da saúde mental no estado a fim de construir estratégias para o cuidado.⁷³

A Estratificação de Risco em Saúde Mental considera a gravidade dos sinais e sintomas apresentados, sem necessidade de firmar diagnóstico inicial. O instrumento foi construído a partir dos principais grupos de transtornos mentais nomeados e classificados pela OMS. A partir destes grupos, enumeram-se os principais sintomas psicopatológicos, fatores agravantes e atenuantes que podem ser identificados a partir da presença das principais síndromes psicopatológicas seguindo os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de doenças (CID 10) e do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM V-R).^{74,75,76}

O instrumento é composto por cinco grupos: 1. Sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns ou menores; 2. Sintomas relacionados aos transtornos mentais severos e persistentes; 3. Sintomas relacionados à dependência de álcool e outras drogas; 4. Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência; 5. Fatores que podem se constituir em agravantes ou atenuantes de problemas de saúde mental já identificado, incluindo condições especiais e eventos agudos.^{73,74}

O documento foi atualizado em 2020 com base nas contribuições do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (Cosems/PR), das Regionais de Saúde e dos municípios, com o objetivo de aprimorar a articulação do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços especializados em saúde mental. Trata-se de um instrumento que aprofunda a perspectiva técnica e apoia a identificação e organização das demandas em saúde mental no território.⁷⁴

A Estratificação de Risco em Saúde Mental emerge como uma estratégia para aprimorar o cuidado psicossocial. Ao categorizar a população com base em suas particularidades e níveis de risco. Facilita o direcionamento de recursos e intervenções, promovendo uma assistência mais alinhada às necessidades individuais. Essa abordagem permite integrar de maneira eficaz os diferentes serviços da RAS, garantindo que os usuários tenham acesso a cuidados oportunos e apropriados.⁷⁵

O fortalecimento do cuidado psicossocial é particularmente relevante nesse contexto, pois oferece suporte emocional e social essencial para os pacientes, ajudando a reduzir internações, melhorar a adesão ao tratamento e promover a qualidade de vida.⁷⁶ Dessa forma, a Estratificação de Risco em Saúde Mental não só qualifica o fluxo assistencial como também reforça a importância de intervenções humanizadas e centradas na pessoa, pilares fundamentais de uma atenção integral em saúde mental.

Cabe ressaltar que este instrumento vem sendo utilizado na RAPS em especial na APS do estado do Paraná. Estudo realizado no referido estado, acerca da Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem, apontam qualidades,

como já descrita e fragilidades. Como fragilidade os resultados apontam falta de tempo devido à demanda e quanto aos termos utilizados para compor instrumento ser complexos e difíceis. Outro ponto a destacar é a subjetividade do instrumento que pode causar viés nos resultados da estratificação.⁷⁵

Outras limitações relacionadas à estratificação de risco em saúde mental incluem questões como a estigmatização. A categorização de indivíduos por níveis de risco pode, inadvertidamente, reforçar preconceitos relacionados a transtornos mentais. Outro problema é a subestimação de fatores contextuais, já que muitos modelos de estratificação tendem a priorizar aspectos clínicos e biomédicos, desconsiderando variáveis sociais, culturais e ambientais que também influenciam significativamente a saúde mental. Isso pode levar ao subdiagnóstico de casos moderados que demandariam atenção ou ao superdiagnóstico de casos leves, comprometendo a eficácia da intervenção. Adicionalmente, a ausência de instrumentos validados cientificamente representa uma limitação importante, reduzindo a precisão e confiabilidade dos resultados.^{75,76,78}

Essas limitações destacam a importância do treinamento contínuo e do apoio dos gestores na elaboração de estratégias inovadoras de formação para os profissionais da APS. Esse suporte é essencial para sanar dúvidas relacionadas tanto à aplicação do instrumento de estratificação quanto ao acompanhamento dos pacientes estratificados. Além disso, torna-se fundamental a construção e a adesão a fluxogramas de atendimento que orientem o encaminhamento adequado dos pacientes aos pontos de atenção da RAPS em cada município, garantindo um cuidado organizado e eficiente.^{75,79}

Para que a estratificação de risco em saúde mental seja realmente eficaz e ética, é essencial que alguns aspectos sejam devidamente considerados. Primeiramente, é importante adotar uma abordagem mais holística, que vá além dos aspectos biológicos e psicológicos, incorporando variáveis sociais, econômicas e culturais que influenciam o bem-estar mental. Isso possibilita um modelo de cuidado mais completo e alinhado com as realidades dos pacientes.^{75,77, 80}

Além disso, é necessário realizar um monitoramento constante dos instrumentos utilizados na estratificação, garantindo que sejam revisados de forma regular, através da educação continuada. Isso permite a atualização dos métodos conforme novos conhecimentos são incorporados e ajustar possíveis vieses que possam comprometer a precisão e equidade da avaliação. A avaliação contínua e a adaptação dos instrumentos são fundamentais para que o processo de estratificação continue a ser relevante e eficaz ao longo do tempo, atendendo adequadamente às necessidades das populações em risco.^{77,79, 81, 82}

Apesar do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental classificar em leve, baixo e alto risco, acredita-se que as pessoas não devam receber o mesmo cuidado, uma vez que, há necessidade de se levar em consideração dados subjetivos da vida do indivíduo. Este instrumento poderá apoiar a construção do PTS que visa para planejar e organizar o cuidado de maneira personalizada baseando-se nas necessidades individuais do paciente, integrando diferentes dimensões de sua vida, biológica, psicológica, social e cultural, assim apoiando, e não definindo o processo de cuidado.^{79,83,84}

A atenção à saúde mental é uma área complexa que exige a integração de múltiplos campos do saber, especialmente das ciências humanas. Nesse contexto, o Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental pode se apresentar como uma ferramenta de apoio, capaz de expandir a perspectiva técnica do profissional, oferecendo uma maneira mais eficaz de avaliar e dimensionar a demanda por serviços de saúde mental em determinada comunidade.⁶³

Embora a temática seja altamente pertinente, especialmente considerando a necessidade de fortalecimento das RAPS no contexto da APS, a literatura nacional e internacional ainda é pouco explorada nesse campo de estudo. Além disso, há uma insuficiência na utilização de instrumentos que possam subsidiar a gestão clínica e o cuidado desses indivíduos, o que ressalta a originalidade e a relevância deste estudo.

Portanto, acredita-se na relevância da e validação e posterior implantação desse instrumento, pois o mesmo poderá identificar riscos individuais, orientar a gestão do cuidado e promover uma oferta de cuidados singularizados. Deste modo, sua realização justifica-se pela possibilidade de:

1. Responder às lacunas científicas da literatura, focando na validação de um instrumento de estratificação de risco para pessoas com problemas de saúde mental;
2. Capacitar as equipes de saúde para avaliar esses indivíduos, orientando decisões mais adequadas e qualificando o cuidado na rede de atenção;
3. Apoiar as ações da gestão do cuidado a esses indivíduos, à medida que apoia a identificação dos indivíduos mais vulneráveis a desfechos clínico indesejáveis e agudização da doença mental;
4. Apoiar a consolidação da RAPS para pessoas com adoecimento mental, estratificando o risco e direcionando a oferta de serviços e intervenções em saúde;
5. Fornecer subsídios para um atendimento de qualidade e integral ao cuidado em saúde mental, corroborar com o acolhimento e potencializar os profissionais da APS para essa demanda.

6. Atenuar as limitações do cuidado em saúde mental na APS, uma vez que, instrumentaliza e oferece subsídios aos profissionais.

Defende-se, portanto, a tese de que a validação e adequação de um instrumento de estratificação de risco em saúde mental possibilitará identificar os indivíduos mais vulneráveis e direcionar a oferta de serviços e ações essenciais para assisti-los.

Diante disso, este estudo propõe-se a adequar, validar e implantar um instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental para APS, junto com profissionais da RAPS de um município do interior paulista.

qualificação contínua dos profissionais e na articulação entre os serviços, tem o potencial de transformar a abordagem da saúde mental no município, oferecendo um cuidado mais eficaz e centrado no paciente.

Referências

1. Neves, J. B., & Dantas, M. A. F. (2019). Uma análise da articulação da saúde mental com a atenção básica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 43(1), 71–84. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n0.a3216>
2. Campos, R. O., Gama, G. A., Ferrer, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Trapé, T. L., et al. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4643–4652. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>
3. Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491–494.
4. Cordeiro, F. R., Terra, M. G., Piexak, D. R., Ely, G. Z., Freitas, F. F., & Silva, A. A. (2012). Cuidados de enfermagem à pessoa com esquizofrenia. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(1), 174–181.
5. Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 1(1), 61–77. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>
6. Saraiva, R. S. P., Santos, W. A., & Sousa, S. F. (2016). A história da saúde mental no Brasil: considerações e desafios. *Revista Coopex*, 7(1), 1–12. Recuperado de <http://fiponline.edu.br/coopex/pdf/cliente=3-461bb51bcf9f8f11187607cc90b75f9a.pdf>
7. Paiano, M., Lopes, F., Miguel, M. E., & Salci, M. (2019). Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 2(1), 68–69. Recuperado de <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/185>
8. Vieira Filho, N. G., & Nóbrega, S. M. (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(2), 373–379. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200020>
9. Melara, M., Arenhart, C. G. M., Luz, L. D. P., & Santos, A. P. (2018). Crítica à estratificação de risco em saúde mental: APSUS Paraná e a psiquiatrização da existência. *Anais do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 1, 99765.
10. Pinel, P. (2007). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Porto Alegre: Editora Universidade UFRGS.
11. Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
12. Brasil. Ministério da Saúde. (2011). 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 álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*.
13. Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Seção 1, p. 45.
14. Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

- organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Seção 1, p. 68.
15. Dalgalarrrondo, P. (2019). Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
 16. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. (2021). Instrutivo para aplicação do instrumento de estratificação de risco em saúde mental. Curitiba: SESA. Recuperado de <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@43bbda91-2e97-4461-9799-bcd751927f3e&emPg=true>
 17. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. (2014). Oficinas do APSUS – Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde. Oficina 8 – Saúde Mental. Recuperado de https://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficina_8_-_Saude_Mental/Caderno_08_Saude_Mental.pdf
 18. Guedes, A. P., Waihrich, D. F. G., Figel, F. C., Murta, J. E., Yamaguchi, L. S., Sousa, M. C., Tabuti, R. C. T., & Gonçalo, S. L. (2021). Instrutivo para aplicação do instrumento de estratificação de risco em saúde mental. Estado do Paraná, Secretaria de Estado de Saúde. Recuperado de <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@43bbda91-2e97-4461-9799-bcd751927f3e&emPg=true>
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2012). Resolução nº 466, de 8 de dezembro de 2012. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 20. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro. Recuperado de www.ibge.gov.br
 21. R Core Team. (2024). R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing. Recuperado de <https://www.R-project.org>
 22. Corrêa, R., Goedert, A., Araújo, H., & Barbosa, C. (2023). Estratificação de risco em saúde mental para o processo de triagem em uma clínica escola. AMC, 49(179). Recuperado de <https://www.uhu.es/publicacoes/ojs/index.php/amc/article/view/7434>
 23. Zorzi, V. N. de, Martins, S. da S., Macedo, D. de A., & Sangioni, L. A. (2024). Promoção de saúde mental na atenção primária: o papel dos grupos de saúde na perspectiva de usuários e profissionais. Interface (Botucatu, 28, e230447. <https://doi.org/10.1590/interface.230447>
 24. Souza, A. P. de, Rezende, K. T. A., Marin, M. J. S., Tonhom, S. F. da R., & Damaceno, D. G. (2022). Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 27(5), 1741–1752. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021>
 25. Cetolin, S. F., Tasca, P. C., Meneghini, L., Beltrame, V., Steffani, J. A., & Unser, F. (2021). Ações da atenção primária no cuidado em saúde mental. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 6(2), 98–110. Recuperado de <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/cuidado-em-saude>
 26. Ferreira, B. W. R. C., et al. (2024). Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde em uma capital do nordeste brasileiro. Saúde em Debate, 48(143), e9122. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241439122P>
 27. Brasil. Ministério da Saúde. (2018). Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Acrescenta práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Recuperado de <https://bvsms.saude.gov.br>
 28. Silva, L. C. C. da, Dias, M. S. de A., Parente, J. R. F., Vasconcelos, M. I. O., Brito, M. da C. C., & Forte, F. D. S. (2023). Dimensão técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e da Atenção Básica. Saúde em Debate, 47(139), 893–904. <https://doi.org/10.1590/0103-110420231391>

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ações interprofissionais e apoio matricial: eMulti. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti>
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Caderno de Atenção Básica 34). Brasília: Ministério da Saúde.
31. Romaro, R. A., & Oliveira, P. E. C. (2008). Identificação das queixas de adultos separados atendidos em uma clínica-escola de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 780–793.
32. Pigott, T. (2002). Anxiety disorders. In S. Kornstein & A. Clayton (Eds.), *Women's mental health: A comprehensive textbook* (pp. 415–430). New York: Guilford Press
33. Moraes LG de A, Araújo RM da S, Porto R de M, Trajano JA, Sousa MNA de. Saúde mental: o papel da atenção primária à saúde / Saúde mental: o papel da atenção primária à saúde. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2021, 13 de maio [citado em 3 de abril de 2025];4(3):10475-89. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/29716>
34. Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Linha de cuidado para a atenção integral à saúde mental no SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://bvsmms.saude.gov.br>
35. Lima, D. K. R., & Guimarães, J. (2019). Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(3), e290310. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>
36. Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford: Oxford University Press.
37. Santos Neto, C. G., & Barbosa, M. I. S. (2018). Estratificação de risco das condições crônicas na atenção primária à saúde: A contribuição da psicologia. *Sanare*, 17(1), 6–14. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1217>
38. Correia, J. F., Silva, W. A., Spigolon, D. N., Costa, M. A. R., Vieira, T. M. M., Marcon, S. S., & Teston, E. F. (2019). Estratificação de risco como ferramenta de organização do cuidado ao idoso na atenção primária. *Enfermagem em Foco*, 10(5), 38–43.
39. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
40. Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Neves, J. B., & Dantas, M. A. F. (2019). Uma análise da articulação da saúde mental com a atenção básica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 43(1), 71–84.
2. Campos, R. O., Gama, G. A., Ferrer, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Trapé, T. L., et al. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4643–4652. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>
3. Amarante, P. (Ed.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (p. 143). Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
4. Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491–494.
5. Cordeiro, F. R., Terra, M. G., Piexak, D. R., Ely, G. Z., Freitas, F. F., & Silva, A. A. (2012). Cuidados de enfermagem à pessoa com esquizofrenia. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(1), 174–181.
6. Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 1(1), 61–77. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>
7. Saraiva, R. S. P., Santos, W. A., & Sousa, S. F. (2016). A história da saúde mental no Brasil: considerações e desafios. *Revista Coopex*, 7, 1–12. Recuperado de <http://fiponline.edu.br/coopex/pdf/cliente=3-461bb51bcf9f8f11187607cc90b75f9a.pdf>
8. Foucault, M. (1993). *História da loucura* (3ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
9. Pinel, P. (2007). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Porto Alegre: Editora Universidade UFRGS.
10. Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* (p. 120). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
11. Barros, D. D. (1994). *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Edusp/Lemos.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: OPAS.
13. Brasil. Ministério da Saúde. (2001). 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*.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília.
15. Brasil. (2002). Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, 20 de fevereiro de 2002.
16. Brasil. (2005). Portaria nº 245, de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
17. Onocko-Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053–1062.
18. Brasil. Ministério da Saúde. (2011). 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 álcool, crack e outras drogas. *Diário Oficial da União*.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2016). *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial (Relatório de Gestão 2011–2015)*. Brasília.
20. Sá, C. M. C., & Lira, G. P. A. (2015). Sexualidade e saúde mental: falhas e propostas numa construção integral. In *Anais do XI Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidade (CONAGES)* (p. 1). Campina Grande, PB.
21. Campos, R. O., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. A. (2009). Evaluation of the network of psychosocial care centers: between collective and mental health. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 16–22.
22. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*.
23. Brasil. Ministério da Saúde. (2024). Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyné. *Diário Oficial da União*.
24. Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*.
25. Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde.
26. Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*.
27. Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental, nova concepção, nova esperança*. Genebra: OPAS/OMS.
28. Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União*.
29. Brasil. Ministério da Saúde. (2023). Portaria GM/MS nº 635, de 6 de julho de 2023. Diretrizes para organização da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*.
30. Campos, G. W. de S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399–407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
31. Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2019). Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1247–1254. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2007). *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção (Relatório de Gestão 2003–2006)*. Brasília, DF.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Saúde mental: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Caderno de Atenção Básica 34)*. Brasília, DF.
34. Baptista, J. A., Camatta, M. W., Filippin, P. G., & Schneider, J. F. (2020). Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20180508. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>
35. Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., & Lourenço, M. S. G. (2018). Práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(4), 904. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1162>

36. Brasil. (1992). Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial – SIA/SUS/Unidade Básica/CAPS/Hospital Psiquiátrico, etc. *Portaria SAS nº 407, de 30 de junho de 1992*.
37. Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.
38. Correia, V. R., Barros, S., & Colvero, L. A. (2011). Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1501–1506. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>
39. World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: WHO.
40. Souza, M. L., Mendonça, A. V. M., Nogueira, D. A., & Garcia, A. P. R. F. (2021). Saúde mental na atenção primária: revisão integrativa. *Interface (Botucatu)*, 25, e200678. <https://doi.org/10.1590/interface.200678>
41. Pinto, R. M., Ashford, M. T., Latorre, C., & Spencer, P. (2018). Using program evaluation to improve community-based mental health and social services in underserved communities. *Evaluation and Program Planning*, 67, 44–52.
42. Soares, B. K. P., Silva, R. M., Felinto, R. S., Soares, A. A., Lira, J. M., Araújo, F. D., et al. (2021). Saúde mental infantil em tempos de pandemia de COVID-19: revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(15), e115101522448. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22448>
43. Gouveia, A. O., Paes, C. L. A., Santos, V. R. C., & Ferreira, I. P. (2021). Inscrições em saúde mental nos cuidados primários: uma revisão integrativa da literatura. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(5), e26610514483. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14483>
44. Carrer, C., Marchini, J., Kloh, D., & Freire, M. (2022). Atenção primária e capacitação profissional para aplicação das práticas integrativas e complementares: revisão integrativa. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*, 23(1), e887. <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2022v23.e887>
45. Hirdes, A., & Silva, M. K. (2014). Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Saúde em Debate*, 38(102), 582–592.
46. Duarte, N., Jorge, M. S. B., Silva, D. M. F., Souza, D. B. C., Oliveira, R. S., & Barroso, P. (2021). Estratégias de promoção mental na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11(1), e176101119527. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19527>
47. Pereira, A. A., Silva, E. R., Gilberd, L., & Costa, A. N. (2022). Estigma dirigido a pessoas com transtornos mentais: uma proposta para a formação médica do século XXI. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 25(2), 383–406. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n2p383.7>
48. Carneiro, M. P., Veras, L. M., Fernandes, C. S. G. V., Vieira, M. C. S., Rios, G. B. M., & Costa, L. B. (2022). Avaliação de uma capacitação de profissionais da atenção primária objetivando a redução de estigma aos transtornos mentais. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17(44), 2766. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2766](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2766)
49. Ee, C., Lake, J., Firth, J., et al. (2020). Um modelo de cuidado colaborativo integrativo para pessoas com doenças mentais e comorbidades físicas. *International Journal of Mental Health Systems*, 14, 83. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00410-6>
50. Reif, S., Acevedo, A., Garnick, D. W., & Fullerton, C. A. (2017). Redução de readmissões hospitalares de saúde comportamental para pessoas com transtornos por uso de substâncias: a importância dos serviços de acompanhamento. *Psychiatric Services*, 68(8), 810–818. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600339>

51. Tanaka, O. Y., & Ribeiro, E. L. (2009). Saúde mental na atenção primária: maneiras de alcançar o cuidado integral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 477–486. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200018>
52. Bones, A. A. N., Costa, M. R., & Cazella, S. C. (2018). A educação para o enfrentamento da epidemia do HIV. *Interface (Botucatu)*, 22, 1457–1469. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0066>
53. Coelho, B., & Meirelles, B. H. S. (2019). Care sharing for people with HIV/AIDS: a look targeted at young adults. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1341–1348. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0248>
54. Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925–936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
55. Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
56. Vale, F. C., Santa-Helena, E. T., Santos, M. A., Carvalho, W. M. E., Menezes, P. R., Bosso, C. R., et al. (2018). Desenvolvimento e validação do Questionário WebAd-Q para monitorar adesão à terapia do HIV. *Revista de Saúde Pública*, 52(62). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000051>
57. Silveira, M. F., Ferreira, A. C., Brito, M. F. S. F., Pinho, L., Teixeira Jr, A. L. T., & Carneiro, M. (2019). Propriedades psicométricas do WHOQOL-HIV Bref para avaliação da qualidade de vida. *Psico-USF*, 24(3), 475–487. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2019v24n3p475>
58. Oliveira, L. B., Costa, C. R. B., Ponte, P. S., Magalhães, R. L. B., Gir, E., & Reis, R. K. (2020). Associação sexual entre pessoas que vivem com HIV: gestão das diferenças sorológicas. *Doente Global*, 19(58), 494–530. <https://doi.org/10.33448/eglobal.384261>
59. Fantinelli, A. A., Borges, R. F., Stein, R. T., Molin, R. S. D., & Roncada, C. (2020). Development and validation of the specific instrument for assistance complexity of puerperal and newborns: Fantinelli Scale. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(2), 431–439. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200006>
60. Medeiros, L. B., Nobrega, M. M. L., Andrade, S. L. E., Leadebal, O. D. C., Almeida, A. S., & Nogueira, J. A. (2021). Estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids: análise do conceito. *International Journal of Development Research*, 11(1), 43418–43425. Recuperado de https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/20676_0.pdf
61. Leadebal, O. D. C. P., Medeiros, L. B., Nascimento, J. A., Monroe, A. A., & Nogueira, J. A. (2019). Classification of clinical risk in people with AIDS followed up in specialized care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1235–1242. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0559>
62. Garcia, G. T., et al. (2017). Grau de concordância entre instrumentos de estratificação de risco cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 108(5), 427–435. <https://doi.org/10.5935/abc.20170057>
63. Mendez, R. D. R., et al. (2018). Cardiovascular risk stratification among hypertensive patients: the influence of risk factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1985–1991. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0528>
64. Silva Filho, J. C. B., Silva, C. J., & Barbosa, A. T. (2018). Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos aplicada por uma equipe da estratégia de saúde da família em Fortaleza, Ceará. *Cadernos ESP Ceará*, 12(1), 57–68. Recuperado de <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/131>

65. Silva, A. G., Paulo, R. V., & Silva-Vergara, M. L. (2020). Aterosclerose carotídea subclínica e DAD score reduzido para estratificação de risco cardiovascular em pacientes HIV positivos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 114(1), 68–75. <https://doi.org/10.5935/abc.20190227>
66. Lopes, F. P., et al. (2019). Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem. *Revista Saúde Pública do Paraná*, 2(1), 68–79. <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p68>
67. Leite, V. C., Gasquez, A. S., & Bertencim, K. R. I. (2019). Estratificação de risco em gestantes no pré-natal. *Revista Uningá*, 56(S2), 184–193.
68. Sousa, N. P., et al. (2016). Estratificação de risco cardiovascular na atenção primária segundo escore de Framingham. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 10(1), 157–168. Recuperado de <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1862>
69. Mendes, E. V. (2015). *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.
70. Rocha, H. A., et al. (2018). Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Revista de Saúde Pública*, 52(17). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000051>
71. Lavezzo, F., Moreira de Freitas, G., Grigolette Rodrigues, D., & Maia Braz, M. (2019). Caracterização da rede de apoio psicossocial dos pacientes soropositivos. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 26(2), 94. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.26.2.2019.1568>
72. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília, DF.
73. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. (2014). *Oficinas do APSUS – Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde. Oficina 8 – Saúde Mental*. Recuperado de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_08_Saude_Mental.pdf
74. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. (2021). *Instrutivo para aplicação do instrumento de estratificação de risco em saúde mental*. Curitiba: SESA.
75. Paiano, M., Lopes, F., Miguel, M. E., & Salci, M. (2019). Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 2(1), 68–69. Recuperado de <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/185>
76. Vieira Filho, N. G., & Nóbrega, S. M. (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(2), 373–379. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200020>
77. Melara, M., Arenhart, C. G. M., Luz, L. D. P., & Santos, A. P. (2018). Crítica à estratificação de risco em saúde mental: APSUS Paraná e a psiquiatrização da existência. *Anais do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 1, 99765.
78. Berry-Millett, R., & Bodenheimer, T. S. (2009). Gestão de cuidados de pacientes com necessidades complexas de cuidados de saúde. *Synth Project Research Synthesis Report*, 19, 1–28.
79. Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Manfro, P., Pereira, R., & Viduani, A. (2021). The Identifying Depression Early in Adolescence Risk Stratified Cohort (IDEA-RiSCo): Rationale, methods, and baseline characteristics. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 697144. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.697144>
80. Correia, T., Martins, M. M., & Guedes de Pinho, L. (2021). Mental health risk management: Integrative review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1(23), 51–58. <https://doi.org/10.19131/rpesm.339>

81. Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*, 1(2), 84–90.
82. Isaacs, A. N., & Mitchell, E. K. L. (2024). Modelos de cuidados integrados de saúde mental na atenção primária e fatores que contribuem para sua implementação efetiva: uma revisão de escopo. *International Journal of Mental Health Systems*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00625-x>
83. Antonio, C. R., Mangini, F. N. R., Lunkes, A. S., Marinho, L. C. P., Zubiaurre, P. M., & Rigo, J. (2023). Projeto terapêutico singular: potencialidades e dificuldades na saúde mental. *Linhas Críticas*, 29, e45423. Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/45423>
84. Miller, C. C., Reardon, M. J., & Safi, H. J. (2001). *Risk stratification: A practical guide for clinicians*. Cambridge: Cambridge University Press.
85. Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 165–198). Porto Alegre: Artmed.
86. Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925–936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
87. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br>
88. Prefeitura Municipal de Botucatu. Secretaria Municipal de Saúde. (2012). *Manual de Procedimento Operacional Padrão: Clínica do Bebê*. Botucatu, SP.
89. Freire, P. (1997). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (33ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
90. DeVellis, R. F. (2012). Guidelines in scale development. In R. F. DeVellis, *Scale development: Theory and applications* (3ª ed.). California: Sage.
91. Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
92. Peres, C. M., Suzuki, K. M. F., & Azevedo-Marques, P. M. (2015). Recursos tecnológicos de apoio ao ensino na saúde. *Medicina*, 48(3), 224–232. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p224-232>
93. Sampieri, R. H., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). McGraw-Hill.
94. R Core Team. (2024). *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing. Recuperado de <https://www.r-project.org>
95. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2012). Resolução nº 466, de 8 de dezembro de 2012. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.