

Saúde Mental na APS

**MANUAL PARA
ORGANIZAÇÃO DA OFICINA
SOBRE ESCALONAMENTO DO
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**



VERSÃO PRELIMINAR



Saúde Mental na APS

Manual para Organização da Oficina sobre
Escalonamento do Cuidado em Saúde Mental



Tiragem: 1ª edição – 2023 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70058-900 – Brasília DF
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

**SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
ALBERT EINSTEIN**

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais
Projetos e Novos Serviços
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

Coordenação:

Ana Alice Freire de Sousa

Elaboração de texto:

Claudielle De Santana Teodoro
Joana Moscoso Teixeira de Mendonca

Projeto gráfico e diagramação:

Rudolf Serviços Gráficos

Edição de texto:

Lácio Revisão

Crédito de imagens:

Banco de Imagens Einstein

Colaboração:

Ana Alice Freire de Sousa
Ana Karina de Sousa Gadelha
Claudielle De Santana Teodoro
Evelyn Lima de Souza
Isadora Siqueira de Souza
Joana Moscoso Teixeira de Mendonca
Larissa Karollyne de Oliveira Santos
Valmir Vanderlei Gomes Filho

VERSÃO PRELIMINAR

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009), por meio da portaria n.º 3.362, de 8 de dezembro de 2017 – Parecer Técnico Inicial Recomendativo de Análise Técnica e Financeira de Projeto no Âmbito do PROADI-SUS n.º21/2021- CGMAD/DAPES/SAPS/MS25000.036837/2021-51.

Ficha Catalográfica

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

SAÚDE MENTAL NA APS: MANUAL PARA ORGANIZAÇÃO DA OFICINA SOBRE ESCALONAMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2023.
40 p.: il.

1. Atenção à Saúde 2. Saúde Mental 3. Sistema Único de Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta quatro pilares principais que orientam o trabalho: Assistência à Saúde, Ensino e Educação, Pesquisa e Inovação e Responsabilidade Social.

O Cuidado Público do Sistema Einstein de Saúde desenvolve há mais de 20 anos várias atividades relacionadas à gestão de serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de projetos, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), entre outras. Entre eles, está o projeto intitulado “Implementação da linha de cuidado de Saúde Mental na APS para organização da Rede”, conhecido como Saúde Mental na APS e executado pela área de Projetos e Novos Serviços da Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais.

O Saúde Mental na APS tem como objetivo organizar a linha de cuidado de Saúde Mental em Unidades de Atenção Primária à Saúde, utilizando a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), em regiões de saúde das Unidades Federativas (triênio 2021-2023), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS.

O Saúde Mental na APS, proposto e executado pela SBIBAE, será acompanhado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde e atuará na área de Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde.

A PAS é uma estratégia de gestão, planejamento e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Constitui-se, entre outras práticas, da realização de oficinas, tutorias e capacitações de curta duração para profissionais assistenciais da APS e gestores das secretarias de saúde dos estados e municípios, visando à organização dos processos, em escalas micro e macroprocessuais. A PAS tem como objetivo primário apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde, de forma a desenvolver a competência das equipes para a organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a melhoria contínua de uma dada Rede de Atenção.

O Saúde Mental na APS pretende fortalecer a Linha de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, em regiões que desenvolvem a PAS, fortalecendo os macroprocessos trabalhados. Serão realizadas capacitações profissionais para utilização do Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde (MI-mhGAP). Além disso, serão disparadas atividades de planejamento, monitoramento e dispersão em cada etapa apresentada no decorrer do triênio.

Ao longo do triênio, materiais técnicos como este Guia para Gerenciamento da Etapa, Guia de Orientação para Tutoria e Guia de *Workshop* serão disponibilizados com o objetivo de nortear a execução dos processos de trabalho acompanhados pelo Saúde Mental na APS.

O projeto reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias ativas, voltadas ao desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude, necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais. Propõe-se o desenvolvimento de ações concretas, a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo.

Assim, o Manual para Organização da Oficina sobre Escalonamento do Cuidado em Saúde Mental se insere no escopo do Saúde Mental na APS como parte da Etapa 4 - Gestão do Cuidado em Saúde Mental, dando seguimento às orientações realizadas nas respectivas oficinas tutorias. O objetivo deste material é oferecer suporte às referências técnicas e tutores para o planejamento e realização das atividades que contribuem para implantar o escalonamento do cuidado em saúde mental nos territórios.

SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO	3
■ APRESENTAÇÃO DO MANUAL	5
■ PLANEJAMENTO DAS OFICINAS LOCAIS	6
■ PROGRAMAÇÃO	6
■ ROTEIRO DE ATIVIDADES	7
ATIVIDADE 1 - ACOLHIMENTO E ABERTURA DA OFICINA	7
ATIVIDADE 2 - EMBARQUE: OLHANDO EM VOLTA	7
ATIVIDADE 3 - EXPOSIÇÃO DIALOGADA + QUIZ	8
ATIVIDADE 4 - RODADAS DE CONHECIMENTO	10
ATIVIDADE 5 - CONTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO	12
ATIVIDADE 6 - DESEMBARQUE: CÍRCULO, QUADRADO E TRIÂNGULO	13
■ TEXTOS E MATERIAIS DE APOIO	14
Checklist Materiais de Apoio	15
Modelo para Folha de Registro	16
Caso Marina	17
Caso Rodrigo	22
Caso Patrícia	27
Caso Luís	32
Roteiro Rodada de Fechamento	37
Modelo de Plano de Ação	39
■ REFERÊNCIAS	40
■ LEITURAS COMPLEMENTARES	40

APRESENTAÇÃO DO MANUAL



“O conhecimento é a única arma capaz de mudar o mundo.”

- Malala Yousafzai, ativista paquistanesa

Este é o **Manual para Organização da Oficina sobre o Escalonamento do Cuidado em Saúde Mental**. Tem como objetivo apoiar e orientar a realização das oficinas locais relacionadas ao escalonamento do cuidado, destinadas a acontecer nos serviços de saúde e/ou espaços de aprendizagem durante o período de dispersão. Para tanto, propõe a utilização de técnicas de facilitação de grupos e estruturação de evento/encontro presencial.

O público-alvo do Manual são as referências técnicas e tutores envolvidos na organização e facilitação desse espaço de ensino-aprendizagem. Sugere-se que essas pessoas tenham proximidade com ações de Educação Permanente.

O Manual foi dividido em três partes. A **parte 1** aborda todo planejamento a ser feito antes da oficina em si, a **parte 2** descreve todo o roteiro de atividades e orienta a aplicação de cada momento, e por fim a **parte 3** apresenta os recursos de apoio que serão utilizados na oficina.

PÚBLICO-ALVO DAS OFICINAS LOCAIS

As oficinas locais **têm como público-alvo os profissionais de nível superior da Atenção Primária à Saúde**, como Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Dentistas, Psicólogos, Assistentes sociais, Educadores Físicos, Nutricionistas, Fisioterapeutas etc.

Outros profissionais da Rede de Atenção Psicossocial podem ser convidados a participar de forma opcional, favorecendo a integração entre as equipes.

OBJETIVO DAS OFICINAS LOCAIS

As oficinas locais têm como objetivo geral instrumentalizar os profissionais de nível superior que atuam na Atenção Primária à Saúde para o escalonamento do cuidado em saúde mental, como parte da gestão do cuidado realizado às pessoas usuárias com condições crônicas de saúde mental.

Ao final, os participantes terão:

1. Compreendido o escalonamento do cuidado em saúde mental no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC);
2. Conhecido a Escala CuidaSM e as orientações para sua utilização;
3. Exercitado a aplicação prática do escalonamento do cuidado em saúde mental em quatro casos clínicos.

RESULTADOS ESPERADOS

Ao final do período de dispersão das oficinas locais, as equipes da APS deverão estar aptas para:

- Utilizar a Escala CuidaSM para apoiar o processo de escalonamento do cuidado em saúde mental;
- Implementar o escalonamento do cuidado em saúde mental na rotina das unidades de saúde.

PARTE 1

PLANEJAMENTO DAS OFICINAS LOCAIS

Neste tópico, é possível obter um panorama inicial de quais questões os atores envolvidos necessitam verificar para a realização das oficinas locais. Mas, o mais importante é que a **produção de sentido** seja a prioridade dos envolvidos.

Considerando que cada região tem uma dinâmica de organização, é importante estimular a flexibilidade e **verificar com os participantes** alguns aspectos, como:

- **Programação da oficina:** vocês poderão realizar todas as atividades da oficina em um único dia, bem como poderão dividir as atividades em dias distintos. Isso é uma escolha pactuada com a equipe.
- **Horário protegido:** não esqueça da importância da organização do horário protegido da equipe para realização da oficina de acordo com a configuração pactuada.
- **Recursos necessários:** combine o que for necessário para garantir um ambiente confortável e o melhor aproveitamento da Oficina sobre Escalonamento do Cuidado em Saúde Mental. Verifique a estrutura necessária para realização da oficina no *checklist* encontrado na parte 3 deste manual. Também é necessário considerar a lista de presença.
- **Formato do encontro:** você pode estar se perguntando se existe a possibilidade de realização desta oficina de maneira virtual. Considerando que o Saúde Mental na APS utiliza uma metodologia de encontro e que as equipes já estarão nas unidades, nada melhor do que um olho no olho, não é?

Para o melhor aproveitamento da Oficina sobre Escalonamento do Cuidado em Saúde Mental, o formato ideal é realizá-la nas Unidades Básicas de Saúde. Caso não seja possível reunir profissionais do mesmo serviço, você poderá reunir profissionais de mais de uma unidade. Nessas situações recomendamos que sejam realizadas duas turmas, Turma A e B, a fim de manter o funcionamento do serviço.

PROGRAMAÇÃO

Esta oficina tem uma carga horária de **5 horas** e conta com atividades educacionais de exposições dialogadas, rodadas de conhecimento e atividades em plenária. O formato é uma proposta adaptável ao cenário e ao momento atual de cada região.

Modelo de Programação	
Duração	Atividade
30 min.	Atividade 1 - Acolhimento e Abertura
20 min	Atividade 2 - Embarque
50 min.	Atividade 3 - Exposição Dialogada + Quiz
10 min	Intervalo (em caso de programação contínua)
10 min	Atividade 4 - Rodadas de conhecimento (Instruções)
20 min.	Atividade 4.1 - Rodada de conhecimento 1
20 min.	Atividade 4.2 - Rodada de conhecimento 2
20 min.	Atividade 4.3 - Rodada de conhecimento 3
20 min.	Atividade 4.4 - Rodada de conhecimento 4
30 min.	Atividade 4.5 - Fechamento das Rodadas de Conhecimento
40 min.	Atividade 5 - Construção do Plano de Ação
30 min.	Atividade 6 - Desembarque

Essa é uma sugestão para organização da programação. Você pode customizá-la tanto em relação à ordem das atividades como as próprias atividades, atentando-se para sempre alcançar o objetivo e intenção de cada estratégia utilizada neste manual.

Você encontra os objetivos e intenções de cada atividade no “Roteiro de Atividades” que vem em seguida.

PARTE 2

ROTEIRO DE ATIVIDADES

Apresento-lhe a parte 2 que traz o Roteiro de Atividades. Essa parte é responsável pelos aspectos de aplicação da nossa programação.

ATIVIDADE 1 – ACOLHIMENTO E ABERTURA DA OFICINA

Objetivos da atividade:

- Promover um momento de início de Oficina acolhedor e empático.
- Compartilhar com os participantes a programação do dia.
- Construir um contrato de aprendizagem coletivo.

Responsável pela atividade: facilitador ou facilitadora da oficina.

Tempo sugerido para a atividade: 30 minutos.

Seja bem-vinda e bem-vindo à Oficina sobre Escalonamento do Cuidado em Saúde Mental! Hoje, temos como objetivo geral instrumentalizar os participantes para o escalonamento do cuidado como parte da gestão do cuidado em saúde mental realizada na APS, e para isso, temos muitas atividades práticas.

Que tenhamos um ótimo dia de trabalho!

Compartilhe a programação do dia, o objetivo geral, específico e a proposta de um Contrato de Aprendizagem.

Manter um bom relacionamento é fundamental para qualquer relação. Essa é a proposta do Contrato de Aprendizagem. Trata-se de pactuações sobre o que se espera de ATITUDE de cada pessoa presente.

Tudo o que for combinado deve ser respeitado por todos. Por exemplo: tempo de intervalo, membros das equipes misturados nos momentos de pequenos grupos etc.

Registre o Contrato de Aprendizagem, faça a leitura de todos os itens e, se for preciso, realize uma pequena votação para garantir que a maioria está de acordo.

Possíveis recursos necessários: recurso audiovisual para apresentação em *slide*, cartolina/bloco para *flip-chart* e caneta-pincel marcador.



Intenção da facilitação: fazer os participantes se conectarem com a proposta do dia e gerar um ambiente leve.

Dica para o facilitador: prepare previamente uma apresentação virtual ou manual com a programação do dia, objetivos e uma lista com propostas para o Contrato de Aprendizagem.

ATIVIDADE 2 – EMBARQUE: OLHANDO EM VOLTA

Objetivo da atividade:

- Aquecer o ambiente para as atividades e ajudar na desinibição dos participantes.

Responsável pela atividade: facilitador ou facilitadora da oficina.

Tempo sugerido para a atividade: 20 minutos.

A ideia dessa atividade é favorecer a interação entre os participantes, a fim de que a troca de impressões, informações e conhecimento seja a mais rica possível. Vamos partir da premissa de que você precisa desaprender algo antigo para aprender algo novo. Vamos embarcar?

A dinâmica de embarque se vale de muita diversão, de forma leve, descontraída e simples, para que, em poucas fases, faça com que todos os envolvidos estejam relaxados e aptos a cooperar.

Apresento-lhe uma sugestão para aplicar essa atividade, ou utilize alguma que você conheça. Atente-se para o tempo sugerido:

Instruções:

Informe os participantes: peça a todos os participantes que se levantem. Diga-lhes que vai dar-lhes instruções sobre a direção a seguir. Eles têm que virar a cabeça (apenas a cabeça, não o corpo) e olhar na direção apropriada.

Explique os detalhes: quando você diz “para cima”, os participantes devem inclinar a cabeça e olhar para o teto (ou para o céu). Quando você diz “abaixar”, os participantes devem abaixar a cabeça e olhar para o chão (ou para os pés). Quando você disser “esquerda”, os participantes devem virar a cabeça para a esquerda. Quando você diz “direita”, os participantes devem virar a cabeça para a direita.

Dê direções: diga as palavras para cima, para baixo, para a esquerda e para a direita em uma ordem aleatória e incentive os participantes a seguir suas instruções. Continue dando instruções em um ritmo bastante rápido.

Mude o significado das palavras: após cerca de um minuto, diga aos participantes que você fará uma mudança. A partir de agora, para cima significa para baixo e vice-versa. Então, quando você disser “para baixo”, os participantes devem olhar para o teto. Da mesma forma, quando você diz “para cima”, os participantes devem olhar para seus pés. Explique que o significado das palavras esquerda e direita permanece o mesmo. Diga as quatro direções em ordem aleatória e peça aos participantes que sigam as instruções. Lembre-os, no entanto, de que eles precisam se lembrar do novo significado das palavras para cima e para baixo. Você verá muitos “erros” e muitas risadas envergonhadas.

Conclua a atividade: anuncie o fim da atividade após cerca de mais um minuto.

Momento de reflexão: pergunte aos participantes como foi difícil seguir as instruções quando os significados das palavras foram alterados. Peça-lhes que discutam quaisquer experiências semelhantes que possam ter tido na vida real.

Agora, posso compartilhar com vocês os Pontos de Aprendizagem dessa atividade: é difícil aprender novos conceitos sem desaprender alguns conceitos antigos. O jeito antigo de fazer as coisas interfere no aprendizado de novos procedimentos.



Intenção da facilitação: estimular a interação e conexão entre os participantes.

Dica para o facilitador: essa é uma atividade simples para executar on-line – desde que você tenha todos na *webcam* e presentes em sua ferramenta de videoconferência, esta é executada da mesma maneira que um encontro ao vivo! De preferência, desative a visualização de galeria para todos os participantes, para que todos possam ver todos durante este exercício.

ATIVIDADE 3 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA + QUIZ

Objetivo da atividade:

- Contextualizar o escalonamento do cuidado em saúde mental no Modelo de Atenção às Condições Crônicas.
- Realizar o resgate dos elementos fundamentais para o escalonamento do cuidado em saúde mental.
- Consolidar o conhecimento do conteúdo apresentado através de uma atividade lúdica.

Responsável pela atividade: facilitador ou facilitadora da oficina.

Tempo sugerido para a atividade: 50 minutos.



Esse é o momento de preparar o terreno para as atividades práticas que virão a seguir!

Sabemos que o escalonamento do cuidado em saúde mental propõe uma mudança de paradigma na forma com que os processos de trabalho se estruturam. Rompe com a lógica de um sistema fragmentado e propõe a lógica dos cuidados integrados. Essa apresentação inicial tem o objetivo de convidar as pessoas a ter a coragem de explorar esse novo paradigma e refletir sobre algumas ideias que muitas vezes parecem ousadas quando pensamos em como estamos acostumados a trabalhar. Por isso, trago uma frase de escritor alemão Johann Goethe: “Ideias ousadas são como as peças de xadrez que se movem para a frente; podem ser comidas, mas podem começar um jogo vitorioso.”

A atividade será conduzida através de uma **apresentação**, utilizando como apoio um material em *Powerpoint*[®] disponibilizado no **e-Planifica** . Recomenda-se que o facilitador avalie a necessidade de ajustes na apresentação conforme o contexto local. Lembre-se de que o excesso de informações reduz a possibilidade de assimilação.



As apresentações devem ser realizadas a partir do modelo de apresentações dialogadas. Isso inclui perguntas aos participantes, que estão escritas nos próprios slides. Quando há uma pergunta em um slide, isso significa que ela deve ser feita à turma. A partir dessas respostas, o facilitador resume e complementa com as informações necessárias que não tenham aparecido.

É interessante que o facilitador registre no *flip-chart*/cartolina ou quadro branco as contribuições dos participantes a cada pergunta. Isso irá facilitar o resumo das informações pelo facilitador que lidera a atividade no momento.

Em cada slide contém um conteúdo que permite que o facilitador leve cerca de **1 minuto** na exposição. É fundamental se ater a gestão do tempo. O foco das informações transmitidas deve se concentrar no objetivo da atividade.

Slide com pergunta disparadora para uma discussão ativa dos participantes podem demorar mais: em torno de **3 a 5 minutos**.

Outras dicas...

Deve-se evitar alongamento das discussões ou distanciamento da temática central. Uma forma delicada de encerrar estas discussões envolve apontar que o assunto transcende nossos objetivos e então propor que se siga em frente com a atividade. Se o assunto será abordado em próximas atividades, assinale isso e encerre a discussão.

É legal ter um registro de “estacionamento de ideias”, em que se anotam as questões surgidas que devem ser debatidas no futuro. Ele pode ser resumido na cartolina ou *Flip-chart*. Referir-se ao surgimento anterior desta dúvida quando for o momento correto da discussão é muito importante, pois traz uma continuidade para dentro do tratamento e reforça com os participantes que os facilitadores estão atentos às suas dúvidas.

Consolidação do conhecimento: Quiz

Um quiz é um jogo ou teste de perguntas e respostas que tem como objetivo verificar o nível de compreensão dos participantes em determinado assunto. O objetivo final de um quiz é proporcionar diversão, engajamento e aprendizado, estimulando a participação ativa dos jogadores e promovendo a aquisição de novos conhecimentos.

A atividade começa com o facilitador fazendo as perguntas aos participantes, localizadas nos slides da Apresentação em *Powerpoint*[®]. Assim que a pergunta é feita, os participantes têm um tempo para refletir e escolher sua resposta. Quando estiverem prontos, eles levantam as mãos para indicar sua resposta. Em seguida, o facilitador revela a resposta correta e fornece uma explicação ou justificativa.

Outras dicas...

O facilitador pode contar as mãos levantadas e selecionar um ou mais participantes para responderem verbalmente, compartilhando suas respostas. Esse formato de resposta com as mãos permite uma interação visual e imediata, criando um ambiente de interação amigável e engajamento entre os participantes. Além disso, o facilitador deve estimular discussões e compartilhar conhecimentos adicionais ao explicar as respostas corretas, tornando o quiz não apenas divertido, mas também educativo.

Possíveis recursos necessários:

- Cadeiras (móveis, para que se formem grupos de 4 pessoas).
- Recurso audiovisual para apresentação em *slide* e vídeo.
- Apresentação de *Powerpoint*[®].
- Cartolina/bloco para *flip-chart*.
- Canetas-pincel marcador.



Intenção da facilitação: apresentar conceitos, ouvir os participantes e consolidar o conhecimento garantindo que a conversa em grande grupo aconteça com respeito e envolvimento.

Dica para o facilitador: no modo edição do *Powerpoint*®, é possível acessar as anotações dos slides. Essa é uma ferramenta útil para o facilitador, pois ali se encontram indicações do objetivo ou da temática central que deverá ser abordada em cada slide, além de ajudar o facilitador a se preparar para esse momento.

ATIVIDADE 4 – RODADAS DE CONHECIMENTO

Objetivo da atividade:

- Compreender o que é e como usar a Escala CuidaSM para apoiar o escalonamento do cuidado.
- Exercitar o uso da Escala CuidaSM.
- Debater sobre os elementos que compõe o escalonamento do cuidado em 4 casos clínicos.

Responsável pela atividade: facilitador ou facilitadora da oficina.

Tempo sugerido para a atividade: 120 minutos: 10 min para instruções + 20 min em cada Estação + 30 min para Rodada de Fechamento.

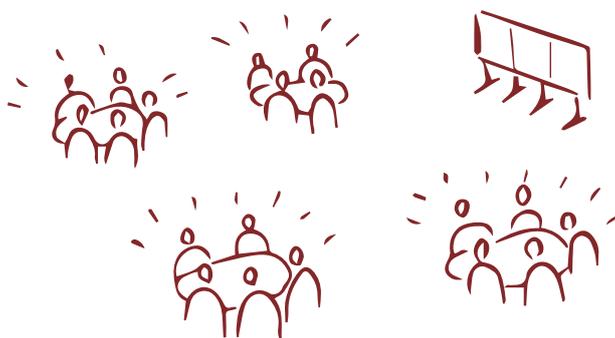
Chegamos ao momento de colocar a mão na massa! A partir desse momento vamos trabalhar em pequenos grupos.

Para ensinar e aprender uma **HABILIDADE**, neste caso, aprender como utilizar uma nova ferramenta de trabalho – a Escala CuidaSM – inserida no escalonamento do cuidado, é muito importante que os participantes consigam simular este processo. Trabalhar em grupos menores de 4 a 5 pessoas é uma estratégia que facilitará a simulação.

Vamos utilizar uma adaptação de um método conhecido como “World Café”. Aqui, vamos chamá-los de **Rodadas de Conhecimento**. Este é um processo criativo que visa facilitar o diálogo construtivo e a partilha de conhecimentos e ideias, com vista à criação de uma rede de trocas e ações. Esse processo reproduz a atmosfera de uma discussão de caso em que os participantes discutem em pequenos grupos ao redor de mesas.

Princípios das Rodadas de Conhecimento

1. Concentre-se no que importa.
2. Contribua com seu pensamento.
3. Ouça para entender e conectar ideias.
4. Ouçam juntos os padrões, *insights* e perguntas mais profundas.



Instruções:

A atividade é dividida em **quatro rodadas de 20 minutos cada**. Serão as rodadas de conhecimento 1, 2, 3 e 4, apresentadas na programação, no início do manual. Em cada rodada será trabalhado um caso clínico diferente, que são:

- Caso Marina;
- Caso Rodrigo;
- Caso Patrícia;
- Caso Luís.

10 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar, o facilitador deve distribuir 1 (um) caso clínico por estação (disponíveis a partir da página 17), que ficará fixo na mesa em todas as rodadas, além de papéis e canetas para registrar a discussão. • O facilitador deve dividir os participantes em quatro grupos, um grupo por estação. • Peça para cada grupo escolher uma pessoa que permanecerá na mesa para contar o que já foi discutido aos participantes que chegam à estação em cada rodada, ela cumprirá o papel de relator. • Explique que o relator será responsável por relatar o que foi discutido em sua estação, sintetizando todas as discussões das quais ele participou, e apresentando na Rodada de Fechamento os registros realizados em cada rodada. • Oriente cada relator a dividir a folha de registro em quatro partes seguindo modelo disponível na página 16.
20 min. por rodada	<ul style="list-style-type: none"> • Cada rodada se inicia com o disparo da pergunta disparadora descrita a seguir, que deve ser respondida e registrada por cada pequeno grupo, discutindo os quatro componentes do escalonamento do cuidado. • Os grupos discutem os casos clínicos de cada estação simultaneamente. • Após 20 min, o facilitador deve anunciar o final da rodada e orientar que os participantes mudem para a próxima estação. • O relator recebe o novo grupo e inicia a rodada fazendo a leitura do caso clínico e relatando as discussões realizadas pelos grupos anteriores. • O novo grupo deve complementar a discussão realizada pelos grupos anteriores, respondendo à pergunta disparadora para o caso da estação.
30 min. para rodada de fechamento	<ul style="list-style-type: none"> • Após as quatro rodadas, em plenária, o facilitador convida cada relator para relatar o que foi discutido em sua estação, sintetizando todas as 4 discussões que ele participou, apresentando os registros. • Em seguida, o facilitador faz a pergunta disparadora da Rodada de Fechamento para a plenária. • Os pontos centrais que devem ser contemplados nessa discussão final estão resumidos no Roteiro para Rodada de Fechamento (disponível na página XX).

Perguntas Disparadoras	
Rodada 1, 2, 3 e 4	Com qual nível de intervenção do MACC este caso pode ser relacionado? Com quais pontos da RAPS este caso deve ser compartilhado?
Rodada de Fechamento	Quais os desafios e potencialidades encontrados na sua realidade de trabalho para implementar o processo de escalonamento do cuidado em saúde mental?

Outras dicas...

- Incentive os membros da mesa a anotarem, desenharem, rabiscarem e traçarem ideias-chave de forma legível nos papéis destinados para o registro.
- O relator pode enriquecer as discussões consultando com os participantes dos pequenos grupos o texto de apoio, disponível [e-Planifica](#) ✨, observando o tempo estimado da rodada.
- Ao final das quatro rodadas nos pequenos grupos, favoreça um espaço confortável para que todos possam compartilhar descobertas e ideias. São essas conversas que identificam padrões, aumentam o conhecimento coletivo e criam possibilidades de ação.
- Se houver algum problema, pergunte: “*Estamos seguindo nossos acordos?*”

A reflexão final que fica dessa atividade é que para aprimorar um novo processo de trabalho é imprescindível colocar em prática.

Recursos necessários:

- Mesas e cadeiras móveis.
- Papéis e caneta para registro.
- Casos clínicos impressos.
- 4/5 marcadores coloridos por mesa (opcional).
- *Flip-chart*/cartolina ou quadro branco para mostrar as perguntas disparadoras.
- Caneta, Pincel marcador para *Flip-chart*.
- Buzina/sino para anunciar o final da rodada (opcional).



Intenção da facilitação: ser um apoiador dos pequenos grupos e da plenária envolvendo os participantes em um processo de diálogo autêntico.

Dica para o facilitador: caso a oficina tenha menos que 15 participantes, você pode customizar essa atividade. Em vez de fazer um caso por estação, é possível fazer com apenas um grupo, ou dividir os participantes em dois grupos e distribuir o mesmo caso para ambos. A cada nova rodada, apresentar um novo caso clínico, mantendo os participantes no mesmo grupo. Escolha, da mesma forma, um relator por grupo, que sintetizará as discussões em plenária. Mantenha o tempo de 20 minutos por rodada e a Rodada de Fechamento de 30 minutos.

ATIVIDADE 5 - CONTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO

Objetivo da atividade:

- Planejar as atividades do período de dispersão para as equipes começarem a incorporar o processo de escalonamento do cuidado em saúde mental em sua rotina de trabalho.
- Incentivar o monitoramento do plano de ação construído.

Responsável pela atividade: facilitador ou facilitadora da oficina.

Tempo sugerido para a atividade: 40 minutos.

Usado como um acompanhamento pós-oficina ou atividade de dispersão, os participantes constroem com sua equipe um plano de ação que contemple as ações necessárias para incorporar mudanças no processo de trabalho. As propostas devem ser levadas para discussão em sua unidade de saúde, e compartilhada com as equipes e gestores.



Recomendamos que as estratégias pactuadas sejam inseridas no mesmo plano de ação que as equipes já utilizam na tutoria.

O Plano de Ação deve responder a alguns objetivos, são eles:

Objetivos para o Plano de Ação

- Resgatar o mapeamento dos usuários com necessidade de cuidado em saúde mental, para identificar quantos e quais usuários têm condições crônicas de saúde mental.
- Garantir que todas as equipes conheçam os 4 elementos que compõe o Escalonamento do Cuidado em Saúde Mental.
- Aprimorar a capacidade dos profissionais de avaliar as pessoas usuárias considerando os 4 elementos que compõe o Escalonamento do Cuidado em Saúde Mental.
- Pactuar o processo para a avaliação da necessidade de cuidado em saúde mental - Escala CuidaSM, tanto para pessoas usuárias já mapeadas quanto para as recém-identificadas.
- Pactuar o processo de escalonamento do cuidado em saúde mental - quem participa, quando e de que forma.
- Providenciar os formulários da Escala CuidaSM e disponibilizá-los para as equipes utilizarem.
- Pactuar de que forma o escalonamento do cuidado será registrado em prontuário e compartilhado com as equipes especializadas.

Instruções:

Etapa nº 1 - Construção do Plano de Ação por equipe / Complementação do Plano de Ação da tutoria

1. Os participantes da Oficina se reúnem nas suas respectivas equipes e juntos combinam quais serão as estratégias/ações/atividades necessárias para implementar o escalonamento do cuidado e a utilização da Escala Cuida SM.
2. Confecção coletiva do Plano de Ação, contendo a ação, como realizá-la, pessoas envolvidas, prazos e responsáveis (Modelo de Plano de Ação disponível na página 39)

Etapa nº 2 - Compartilhamento do Plano de Ação entre as equipes

1. Todos os profissionais e gestores da unidade de saúde se reúnem para compartilhar as estratégias elencadas no Plano de Ação construído em cada equipe.
2. As equipes devem revisar seu plano de ação e complementá-lo caso identifiquem estratégias válidas que não tinham sido pensadas inicialmente.
3. Deve-se pactuar rotinas de monitoramento.

Recursos necessários:

1. Papéis e caneta para registro.
2. Modelo de Plano de Ação ou plano de ação da equipe já existente.



Intenção da facilitação: Incentivar a prática e aprimoramento.

Dica para o facilitador: Caso as Oficinas aconteçam de forma centralizada, ou seja, com representantes de diversas UBSs, essa atividade pode ser customizada. Para a construção do plano de ação, na etapa 1, os participantes devem preferencialmente se reunir com os demais profissionais de sua unidade de saúde presentes na Oficina. Caso não seja possível reunir profissionais do mesmo serviço, reúna os participantes em pequenos grupos, e oriente que construam um plano de ação com estratégias comuns aos serviços. Na etapa 2, os profissionais retornam as suas unidades de saúde e compartilham os aprendizados da Oficina com os profissionais. Aproveitem este momento para apresentar as estratégias elencadas no Plano de Ação. Reunidos em suas equipes de saúde, devem avaliar a viabilidade de implementação e a necessidade de incluir novas estratégias no Plano de Ação utilizado na tutoria. Deve-se pactuar rotinas de monitoramento. Encontre formas de envolver a gestão ou liderança dos participantes nos planos de ação, desde fornecer *feedback* até simplesmente estar ciente das realizações.

ATIVIDADE 6 – DESEMBARQUE: CÍRCULO, QUADRADO E TRIÂNGULO

Objetivo da atividade:

- Estimular os participantes após a oficina e incentivar a reflexão sobre as áreas em que cada membro se sente confiante, além de pontos-chave e áreas em que é necessária mais ajuda.

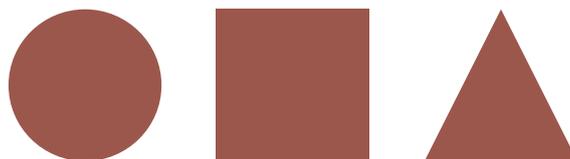
Responsável pela atividade: facilitador ou facilitadora da oficina.

Tempo sugerido para a atividade: 30 minutos.

No final de uma oficina, é importante refletir sobre as coisas que você aprendeu, as que você ainda precisa trabalhar e como as coisas que você aprendeu na oficina o ajudarão a auxiliar o escalonamento do cuidado de saúde mental das pessoas usuárias. Esta atividade incentiva a reflexão ao fim da oficina.

Instruções:

No final da oficina, mostre ao público três formas em um mural grande ou desenhado no quadro: um círculo, um quadrado e um triângulo.



Peça a cada participante para adicionar seus comentários a cada uma das formas.

- **Círculo:** o que está “redondo” na sua cabeça? O que você realmente entendeu?
- **Quadrado:** o que ainda está acontecendo na sua cabeça? O que você ainda não entendeu?
- **Triângulo:** quais três dicas você poderia usar em sua vida profissional?

O facilitador pede a alguns voluntários para que compartilhem seu *feedback* e expliquem suas escolhas, e os complementa lendo os demais registros.

Recursos necessários:

- *Flip-chart*/cartolina ou quadro branco para desenhar as três formas.
- Caneta, Pincel marcador para *Flip-chart*.
- *Post-it*/bloco adesivo para respostas dos participantes.
- Caneta/lápis.



Intenção da facilitação: estimular a reflexão sobre os aprendizados do dia.

Dica para o facilitador: como facilitador, encoraje o público a tomar nota dos diferentes *feedbacks* capturados e a refletir sobre o “Quadrado” de todos, bem como sobre as suas conclusões do “Triângulo”. Desafie todos a transformar seus “Quadrados” em um “Círculos” e aponte para recursos que possam ajudar.

PARTE 3

TEXTOS E MATERIAIS DE APOIO

Apresento-lhe a parte 3, composta pelos recursos e materiais para apoio na operacionalização da oficina, textos e formulários necessários para o sucesso da oficina.

MATERIAL	ONDE ENCONTRAR
Checklist materiais de apoio	Página 15
Apresentação em <i>Powerpoint</i> [®]	e-Planifica
Modelo para Folha de Registro	Página 16
Casos Clínicos	Página 17
Roteiro para Rodada de Fechamento	Página 37
Modelo de Plano de Ação	Página 39
Materiais de Apoio: 1. Texto A utilização da Escala CuidaSM para apoiar o processo de escalonamento 2. Vídeo A Escala CuidaSM uma tecnologia de gestão do cuidado	e-Planifica



Prontos para condução da Oficina?!

Para prepará-los ainda mais para esse momento, disponibilizamos um curso só sobre o Escalonamento do Cuidado. Se você ainda não consumiu esse conteúdo, corre lá na página da [Plataforma de Cursos EaD](#) ✨. Também recomendamos que revisem o Guia do Workshop da etapa 4, um importante material para alinhamento conceitual acerca da temática da gestão do cuidado. O acesso você já conhece, é pela [Biblioteca Virtual do e-Planifica](#) ✨. Outro recurso valioso para sua preparação você também encontra na nossa [plataforma de Cursos EaD](#) ✨, são os cursos de gerenciamento e tutoria da etapa 4. Animados?! Partiu Oficina de Escalonamento do Cuidado!

Checklist Materiais de Apoio

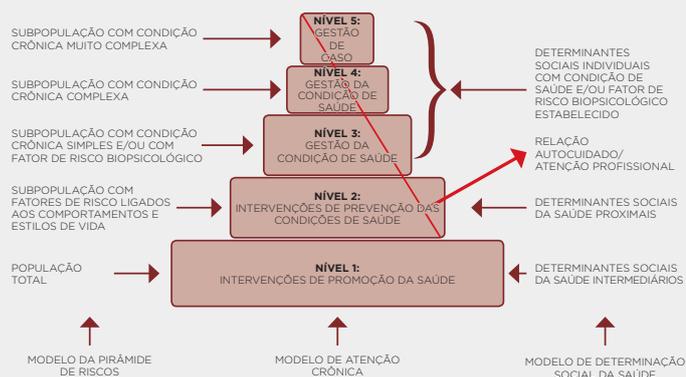
Relação dos recursos e materiais necessários para apoio na operacionalização da oficina:

ESTRUTURA	ONDE ENCONTRAR
1 Sala para realização da oficina, priorizar local que seja possível deslocar as mesas e cadeiras de lugar. (Capacidade até 50 pessoas)	Recurso local
4 mesas móveis	Recurso local
1 cadeira móvel por participante	Recurso local
Acesso à bebedouro	
Acesso à sanitários	
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	ONDE ENCONTRAR
Data Show	Recurso local
Computador desktop ou notebook	Recurso local
Caixa de som e microfone	Recurso local
<i>Flip-chart</i> / cartolina ou quadro branco	Recurso local
2 Canetas / Pincel marcador para <i>Flip-chart</i>	Recurso local
1 bloco de Post-it / bloco adesivo	Recurso local
Canetas/lápis	Recurso local
Folhas A 4	Recurso local
Apresentação em <i>Powerpoint</i> [®]	e-Planifica
Modelo para Folha de Registro - 16 cópias	Manual Oficina de Escalonamento - Página 16
Casos Clínicos - 4 cópias de cada caso	Manual Oficina de Escalonamento -Página 17
Roteiro para Rodada de Fechamento - 1 cópia por facilitador	Manual Oficina de Escalonamento -Página 37
Modelo de Plano de Ação - 1 cópia por município/equipe	Manual Oficina de Escalonamento -Página 39
Materiais de Apoio: 1. Texto A utilização da Escala Cuida SM para apoiar o processo de escalonamento 2. Vídeo A Escala Cuida SM uma tecnologia de gestão do cuidado	e-Planifica

Modelo para Folha de Registro

<p>Avaliação da Necessidade de Cuidado em Saúde Mental - CuidaSM</p>	<p>Avaliação da Vulnerabilidade Familiar - Escala de Coelho-Savassi</p>
<p>Avaliação da Rede de Suporte - Ecomapa e Genograma</p>	<p>Avaliação do Diagnóstico Clínico - MI-mhGAP</p>

**Com qual nível de intervenção do MACC este caso pode ser relacionado?
Com quais pontos da RAPS este caso deve ser compartilhado?**



CASOS CLÍNICOS

Caso Marina



Marina, 27 anos, solteira, autônoma (manicure), mora com a sua mãe. Seu pai morreu quando ela estava com 7 anos. Após o falecimento de seu pai, sua mãe iniciou uso frequente e nocivo de álcool e após alguns anos iniciou o tratamento para dependência alcoólica, porém apresenta muitos episódios de recaída. Marina é filha única, e ao longo de sua infância e adolescência, cuidou de sua mãe em diversas ocasiões e muitas vezes teve que buscá-la no bar, embriagada. Marina tem dois filhos de dois namorados diferentes e nenhum dos dois assumiu a paternidade. A mãe ajuda na criação, mas se intromete muito e geralmente brigam por discordarem na forma de educar. Seu trabalho é a única fonte de renda da família. Mesmo com

à sobrecarga de cuidados com sua mãe e seus filhos, Marina está ativa no trabalho, apesar de precisar desmarcar com frequência suas clientes, já que quando sua mãe não está bem, ela precisa ficar com seus filhos. Como os serviços de saúde e da assistência social da região funcionam somente em horário comercial, Marina tem dificuldade de acessá-lo, uma vez que o tempo dedicado ao trabalho e ao cuidado de seus filhos a impedem. É beneficiária do programa Bolsa Família e procura a UBS periodicamente para cumprir as condicionalidades do Programa.

Em uma consulta de puericultura do filho mais novo, Marina conta para enfermeira que se sente muito sobrecarregada, e que está muito irritada com sua mãe e com seus filhos. Diz que acredita que sua mãe está bebendo cada vez com mais frequência, e não imagina como fará para cuidar de seus filhos e dela desta vez. A enfermeira acolhe empaticamente Marina, dizendo que percebe o quanto sua sobrecarga na sua rotina está a fazendo sofrer. Com apoio do MI-MhGAP, investiga sobre sintomas depressivos ou ansiosos, mas Marina não fecha critérios diagnósticos para nenhuma dessas condições. Então a enfermeira diz que em uma situação de sofrimento psíquico e emocional, é importante avaliar o grau de necessidade de cuidado em saúde mental que Marina apresenta. Pede então para a usuária responder a Escala CuidaSM na parte autorreferida. Enquanto ele responde ela registra a consulta.

Marina responde:

- Você tem amigos? Sim
- Você conversa com seus amigos? Sim
- Você consegue manter amizades? Sim
- Você é capaz de ir aos serviços de saúde sozinho? Sim
- Você consegue desenvolver suas atividades do trabalho? Sim
- Você consegue se manter trabalhando? Sim
- Você é capaz de fazer as compras para o seu dia a dia? Sim
- Você é capaz de tomar banho sozinho? Sim
- Você realiza a sua higiene diária sozinho? Sim
- Você se veste sozinho? Sim
- Você é capaz de controlar sua impulsividade? Não
- Você é capaz de controlar a sua agressividade verbal? Não
- Você é capaz de controlar sua agressão física? Sim
- Você encontra sentido na vida? Sim
- Você sente que sua vida tem uma finalidade? Sim
- Você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? Sim
- Você está esperançoso com sua vida? Sim

Depois, a enfermeira diz precisar completar a avaliação de suas necessidades de cuidado em saúde mental com mais outras perguntas. Dizendo:

“Agora vou te fazer umas perguntas um pouco mais delicadas, mas que são importantes para avaliação. Você pode ficar tranquila que essas informações são sigilosas e servem apenas para cuidarmos melhor de você. As três primeiras perguntas são sobre violência, e aqui estou me referindo a qualquer tipo de violência seja ela física, sexual, psicológica ou por negligência/abandono.

A enfermeira inicia perguntando: “Você foi vítima de violência?”. Marina silencia, e, olhando para baixo, diz que sim. A médica respeita o silêncio de Marina. E, antes de prosseguir, diz: “Podemos conversar mais sobre isso numa próxima consulta se você desejar”. Marina confirma com a cabeça e a médica complementa:

“Assim que acabarmos, vamos programar uma próxima conversa”.

E prossegue: “Além dessa situação, você já foi alguma vez testemunha de violência com outra pessoa?”. Marina nega. “Já praticou alguma violência com alguém?”. Marina nega.

Depois, a enfermeira pergunta: “Você tem pensado em morte, têm tido desejo de morrer ou pensou que seria melhor não estar viva?”. Marina nega.

A enfermeira continua: “Então, posso concluir que não tem pensado em tirar a própria vida, ou pensado em formas de cometer suicídio, certo?”. Marina confirma.

A enfermeira passa, assim, para a investigação da autoagressão:

“Você vem tendo pensamentos de se fazer algum mal, mesmo que não seja com intenção de morrer?”. Marina nega.

Ela assume então que não há risco iminente de autoagressividade e passa para investigação do histórico de autoagressão de Marina.

“Você chegou a tentar suicídio ou a se autoagredir anteriormente em sua vida?”. Marina nega.

A Enfermeira passa agora para dimensão de planos de cuidados que ela mesma preenche:

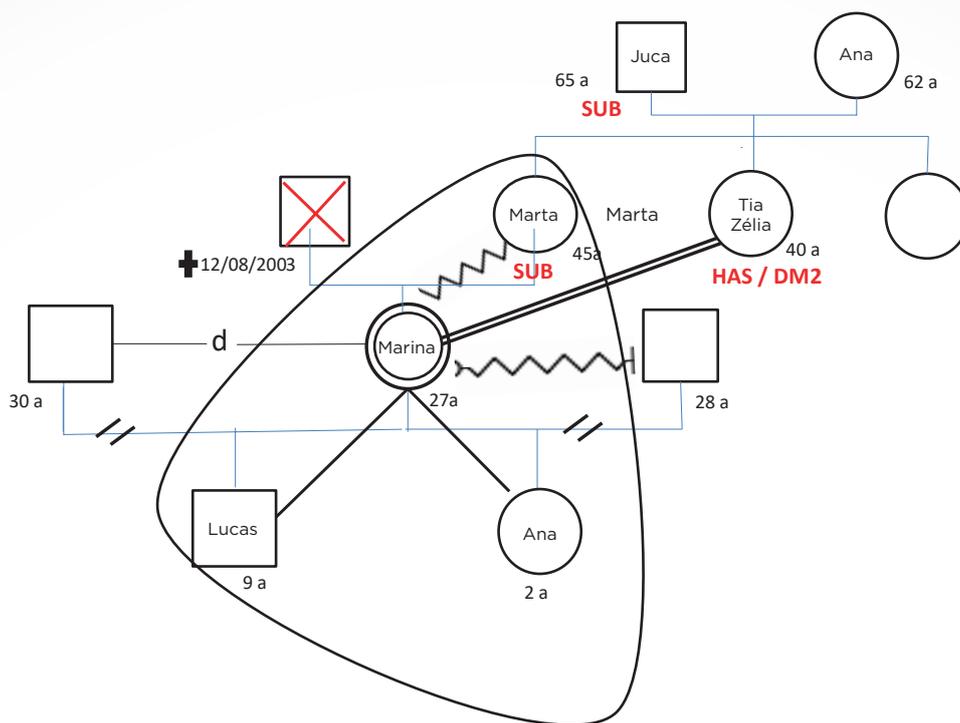
- A equipe da ESF apresenta dificuldades no manejo deste caso? Não
- O usuário nega a sua doença? Não (ainda não um transtorno mental instalado)
- O usuário desconhece a sua doença? Não (ainda não um transtorno mental instalado)
- O usuário demonstra resistência ao plano de cuidado proposto? Não (no momento ainda em construção)

A enfermeira agradece pelas respostas. Conclui dizendo que percebe seu sofrimento emocional, e que identifica que ela tem fatores de risco para adoecimento psíquico, como a história de transtorno mental grave de sua mãe, a sobrecarga familiar no cuidado de seus filhos, o histórico de violência, mas que no momento não há um transtorno mental como um quadro depressivo ou de ansiedade instalado, que necessite de uma conduta medicamentosa. Explica a importância de cuidarem de forma preventiva de seu estado emocional. Propõe a Marina agendar uma outra consulta para que possa contar mais sobre a história de violência sofrida se desejar, e pactua com ela que discutirão opções de atividades que ajudem Marina a lidar melhor com o estresse. Reforça também a importância de pensarem em formas de ampliar sua rede de apoio e diz que discutirão seu caso em equipe multiprofissional para pensarem em estratégias de cuidado para ela e sua família.

Em seu plano de cuidados, registram a necessidade de cuidado de seu sofrimento emocional e sinalizam que as propostas de intervenções psicossociais, como técnicas de enfrentamento de problemas, fortalecimento da rede de apoio e técnicas de relaxamento poderão ser integradas no plano de cuidados da usuária na próxima consulta. Para finalizar, a enfermeira deixa a avaliação da Escala CuidaSM (3 pontos = moderada necessidade de cuidado em saúde mental), assim como essa proposta de plano de cuidado registrada em prontuário, de forma que todos da equipe tenham acesso a esse registro.

Na próxima reunião de equipe, a enfermeira discute o caso de Marina com todos. Discutem que, muitas vezes, atendem pessoas em sofrimento psíquico emocional, mesmo sem um transtorno mental instalado, e nem sempre validam e relacionam esses sintomas aos fatores de risco às condições de vida. Conversam sobre a importância de trabalhar com as intervenções psicossociais e construir com as pessoas estratégias de enfrentamento que sejam intersetoriais. A ACS confirma que também tem a impressão de que ela está mesmo muito sobrecarregada. A psicóloga ressalta a importância de a enfermeira ter respeitado o silêncio de Marina quando o tema da violência apareceu, e ao mesmo tempo terem pactuado uma abordagem a esse tema em um momento mais apropriado. Se coloca à disposição para apoiá-los em como ofertar técnicas de enfrentamento de problemas e gerenciamento do estresse.

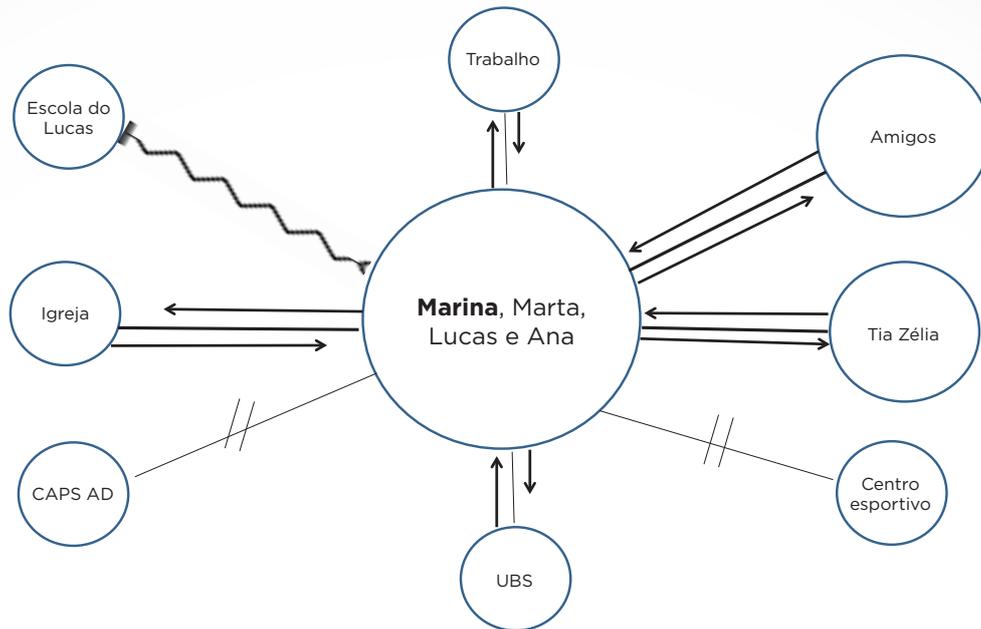
Caso Marina: Genograma



SUB: Uso nocivo de substâncias (Álcool)
 HAS: Hipertensão arterial sistêmica
 DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

Símbolos do Genograma				
Cliente entrevistado			Ligação sanguínea	—
Homem			Ligação não sanguínea	- - -
Mulher			Ligação distante	—d—
Gravidez			Ligação próxima	====
Aborto			Ligação estreita	=====
Óbito			Separação	///
Casal com filhos			Ligação conflituosa	^ ^ ^
Gêmeos			Adoção para dentro da família	[]
Gêmeos idênticos			Adoção para fora da família] [
Linha contínua, indicando indivíduos que vivem juntos				

Caso Marina: Ecomapa



Símbolos do Ecomapa

Código	Função
—————	Vínculo fraco
—————	Vínculo forte
—————>	Alto investimento
———>	Baixo investimento
———<	Conflito
—————//	Vínculo fraco interrompido
—————//	Vínculo forte interrompido

ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI

Sentinelas de risco, definições das sentinelas e escore de risco

Dados da ficha A SIAB (sentinelas de risco)	Definições das sentinelas de risco	Escore de risco
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3
Deficiência física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente, que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente, que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Baixas condições de saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem, que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3
Desnutrição grave	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas, que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos e drogas ilícitas).	2
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado.	2
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1
Menor de 6 meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1
Maior 70 anos	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1
Hipertensão arterial sistêmica	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	1
Diabetes <i>Mellitus</i>	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1
Relação morador/cômodo	Número de moradores no domicílio dividido pelo número de cômodos na residência. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	>1: 3 pontos Igual a 1: 2 pontos <1: 0 ponto

Cálculo do risco familiar

Escore total	Risco familiar
5 ou 6	R1 - Risco menor
7 ou 8	R2 - Risco médio
Acima de 9	R3 - Risco máximo

Caso Rodrigo

Rodrigo, 36 anos, morador da periferia de um grande centro urbano, casado há três anos, sem filhos e trabalha numa loja de material de construção como vendedor há oito anos. É cadastrado na UBS Águas Claras, porém não faz acompanhamento regular e não apresenta nenhuma condição de saúde diagnosticada até o momento. Estava andando de ônibus quando começou a sentir-se mal, com aperto no peito, coração disparado, pressão 140 por 90 mmHg e sensação de que “ia ter um treco”. Procurou o pronto-socorro mais próximo, onde foi realizado o eletrocardiograma (ECG) para exclusão do diagnóstico de infarte agudo do miocárdio (IAM). Foi prescrito Diazepam 5mg, via oral, e recebeu a orientação de manter o acompanhamento na sua UBS de referência onde é cadastrado. Uma semana após o episódio, Rodrigo apresentou nova crise durante o trabalho, com as mesmas características e se lembrou da orientação de iniciar acompanhamento na sua UBS. Conversando com sua vizinha Elizabeth, que é Agente Comunitária na UBS Águas Claras e que conhece o contexto familiar, ela convidou Rodrigo a ir à UBS para ser avaliado por sua equipe de saúde.



Apesar da unidade da ESF ficar perto de sua casa, Rodrigo solicitou a sua esposa que fosse com ele, pois sente medo de “passar mal” no caminho.

A enfermeira que o atende utilizou o MI-MhGAP, e identificou, na anamnese, os critérios para o diagnóstico de enfermagem de um quadro de ansiedade, com crises de ataques de pânico que comprometem sua vida. Diz que é fundamental que sejam identificados os possíveis desencadeantes dessas crises, e para isso precisa saber mais de como está sua vida.

Depois de conversarem sobre as preocupações e contextos de vida relacionados a história de Rodrigo, destacam que o medo de perder o vínculo empregatício, associado a pressão por metas, estão diretamente associadas a seu quadro de ansiedade. A enfermeira diz ser importante conhecer o seu grau de necessidade de cuidado em saúde mental.

Por isso, pede para que Rodrigo responda a Escala CuidaSM:

- Você tem amigos? Sim
- Você conversa com seus amigos? Sim
- Você consegue manter amizades? Sim
- Você é capaz de ir aos serviços de saúde sozinho? Sim
- Você consegue desenvolver suas atividades do trabalho? Não
- Você consegue se manter trabalhando? Não
- Você é capaz de fazer as compras para o seu dia a dia? Sim
- Você é capaz de tomar banho sozinho? Sim
- Você realiza a sua higiene diária sozinho? Sim
- Você se veste sozinho? Sim
- Você é capaz de controlar sua impulsividade? Sim
- Você é capaz de controlar a sua agressividade verbal? Sim
- Você é capaz de controlar sua agressão física? Sim
- Você encontra sentido na vida? Sim
- Você sente que sua vida tem uma finalidade? Sim
- Você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? Sim
- Você está esperançoso com sua vida? Sim

A enfermeira diz precisar completar a avaliação de suas necessidades de cuidado em saúde mental com mais outras perguntas, e complementa:

“Agora, vou te fazer umas perguntas um pouco mais delicadas, mas que são importantes para avaliação. Você pode ficar tranquilo que essas informações são sigilosas e servem apenas para cuidarmos melhor de você. As três primeiras perguntas são sobre violência, e aqui estou me referindo a qualquer tipo de violência seja ela física, sexual, psicológica ou por negligência/abandono”.

A enfermeira inicia perguntando: “Você foi vítima de violência?”. Rodrigo nega.

A enfermeira então prossegue: “Você já foi alguma vez testemunha de violência com outra pessoa?”. Rodrigo nega. “Você já praticou alguma violência contra alguém?”. Rodrigo nega.

Depois a enfermeira pergunta: “Você tem pensado em morte, têm tido desejo de morrer ou pensou que seria melhor não estar vivo?”. Rodrigo nega.

A enfermeira continua: “Então, posso concluir que não tem pensado em tirar a própria vida, ou pensado em formas de cometer suicídio, certo?”. Rodrigo confirma.

A enfermeira passa assim para a investigação da autoagressão:

“Você vem tendo pensamentos de se fazer algum mal, mesmo que não seja com intenção de morrer?”. Rodrigo nega.

Ela assume então que não há risco iminente de autoagressividade e passa para investigação do histórico de autoagressão de Rodrigo.

“Você chegou a tentar suicídio ou a se autoagredir anteriormente em sua vida?”. Rodrigo nega.

A enfermeira passa agora para dimensão de planos de cuidados que ela mesma preenche:

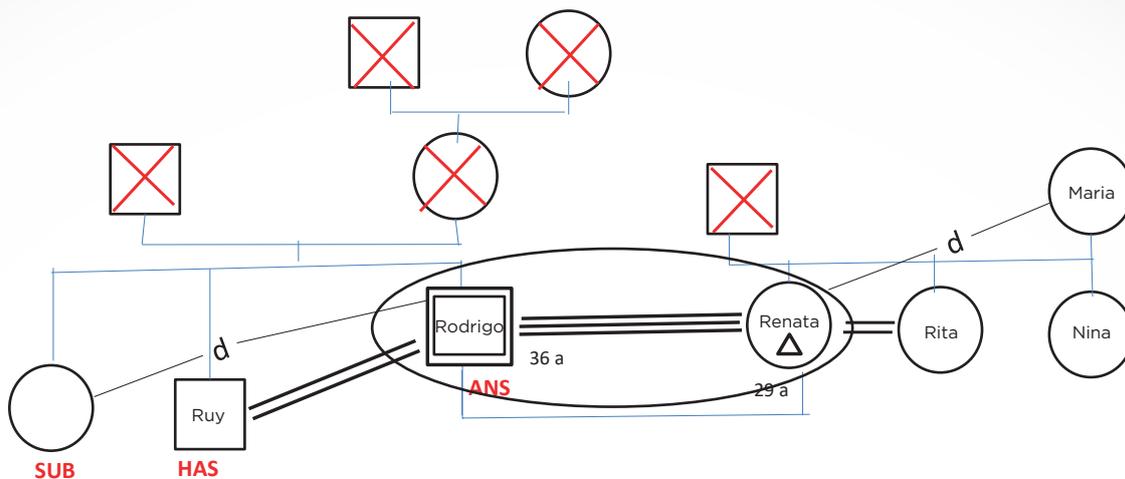
- A equipe da ESF apresenta dificuldades no manejo deste caso? Não
- O usuário nega a sua doença? Não
- O usuário desconhece a sua doença? Sim
- O usuário demonstra resistência ao plano de cuidado proposto? Não

A enfermeira agradece e explica a Rodrigo que seus sintomas e dados de sua história pessoal apontam para um provável transtorno de ansiedade, usualmente conhecido como um transtorno mental comum, devido a sua alta prevalência na comunidade. Orienta que quadros como o seu estão fortemente associados a problemas psicossociais e que a maioria dos usuários apresentam melhoras quando apoiados pelas equipes da APS, individualmente ou nos grupos das unidades da atenção primária, que oferecem acolhimento, escuta, apoio e tratamentos, que podem ou não incluir remédios.

Explica ainda que a médica irá avaliá-lo para complementação da avaliação e para verificar a necessidade de iniciarem o tratamento com medicamentos. Mas que, de qualquer forma, é importante abordarem os gatilhos dos ataques de pânico e os sintomas de evitação, como evitar sair de casa sozinho, que está começando a desenvolver. Pergunta a Rodrigo o que ele acha que pode fazer para lidar melhor com o estresse do seu trabalho. Ele diz que gostaria de fazer alguma atividade que o ajudasse a gastar sua energia e não pensar tanto nos problemas do trabalho. Diz que sua esposa o ajuda bastante a lidar com todos os seus problemas, além de sentir bastante apoio de familiares e amigos. A enfermeira abre o Guia de Ações e Serviços para usuários e trabalhadores da UBS, e apresenta algumas opções de atividades e horários para Rodrigo. Escreve no plano de cuidados que ele elegeu conhecer o grupo de caminhada do centro esportivo de seu bairro, indo 2x/semana.

Deixa registrado em seu prontuário assim o resultado da Escala CuidaSM (3 pontos = moderada necessidade de cuidado em saúde mental). Agenda o retorno em 1 mês.

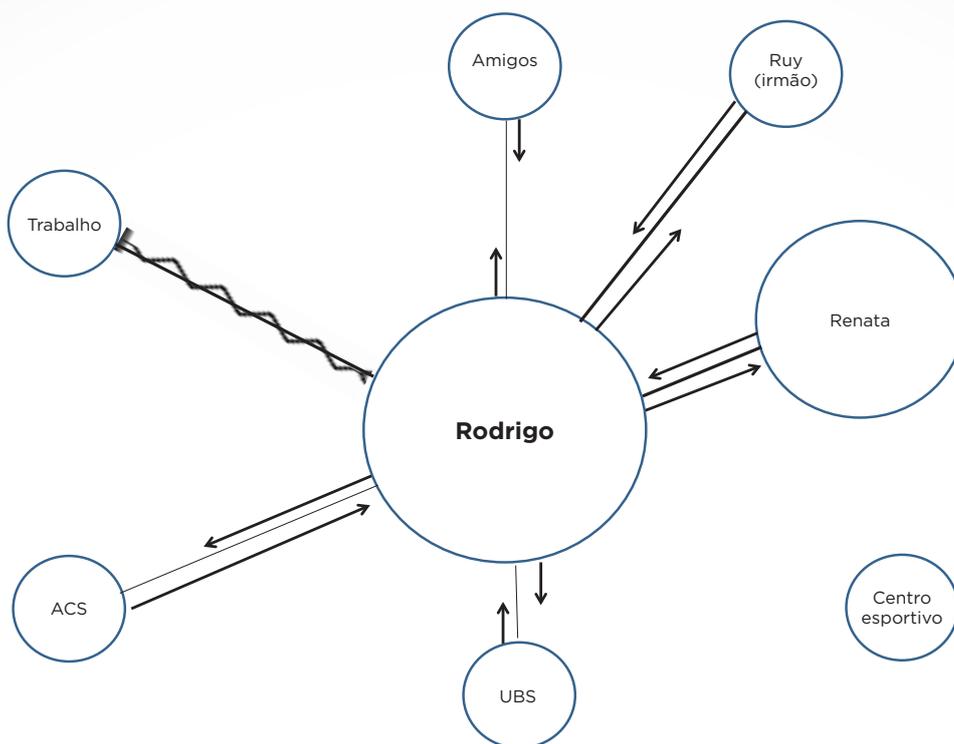
Caso Rodrigo: Genograma



ANS: Transtorno de ansiedade
 SUB: Uso nocivo de substâncias
 HAS: Hipertensão arterial sistêmica

Símbolos do Genograma			
Cliente entrevistado		Ligação sanguínea	—
Homem		Ligação não sanguínea	- - -
Mulher		Ligação distante	—d—
Gravidez		Ligação próxima	===
Aborto		Ligação estreita	====
Óbito		Separação	///
Casal com filhos		Ligação conflituosa	^ ^ ^
Gêmeos		Adoção para dentro da família	[]
Gêmeos idênticos		Adoção para fora da família] [
Linha contínua, indicando indivíduos que vivem juntos			

Caso Rodrigo: Ecomapa



Símbolos do Ecomapa

Código	Função
—	Vínculo fraco
==	Vínculo forte
→	Alto investimento
→	Baixo investimento
⚡	Conflito
— // —	Vínculo fraco interrompido
== // ==	Vínculo forte interrompido

ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI

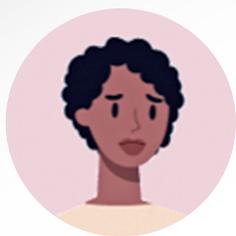
Sentinelas de risco, definições das sentinelas e escore de risco

Dados da ficha A SIAB (sentinelas de risco)	Definições das sentinelas de risco	Escore de risco
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3
Deficiência física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente, que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente, que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Baixas condições de saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem, que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3
Desnutrição grave	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas, que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos e drogas ilícitas).	2
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado.	2
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1
Menor de 6 meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1
Maior 70 anos	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1
Hipertensão arterial sistêmica	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	1
Diabetes <i>Mellitus</i>	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1
Relação morador/cômodo	Número de moradores no domicílio dividido pelo número de cômodos na residência. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	>1: 3 pontos Igual a 1: 2 pontos <1: 0 ponto

Cálculo do risco familiar

Escore total	Risco familiar
5 ou 6	R1 - Risco menor
7 ou 8	R2 - Risco médio
Acima de 9	R3 - Risco máximo

Caso Patrícia



Preocupado, o ACS Henrique procurou a enfermeira de sua equipe para relatar que sua prima Patrícia, de 43 anos, ficou três dias sem dormir, inquieta, irritada, falando muito e dizendo que sua cabeça estava “como um gravador”.

Patrícia é acompanhada pelo médico de sua equipe e tinha sido vista duas vezes em matriciamento com equipe NASF devido a um quadro recorrente de depressão, tendo sido recentemente aumentada a dose de seu antidepressivo tricíclico, de 100 para 150 mg por dia. A família de Patrícia, que sempre deu apoio para ela, a levou imediatamente para um pronto-socorro com serviço de psiquiatria, e foi transferida para um leito de psiquiatria no hospital geral, onde ficou internada por 1 mês, e há poucos dias recebeu alta para casa. O ACS diz estar preocupado por ela não ter nenhuma consulta com psiquiatra agendada e achar que está deprimida de novo.

O médico agendou uma visita domiciliar compartilhada com o assistente social do NASF e após a avaliarem juntos a usuária, colhendo com ela sua história, perceberam que a usuária apresentou uma crise de mania quando foi internada, correspondente a um transtorno do humor bipolar. Solicitaram então que ela preenchesse a parte autorreferida da Escala CuidaSM, para identificarem a necessidade de cuidado que eles precisam ter com sua saúde mental. Patrícia responde:

- Você tem amigos? Sim
- Você conversa com seus amigos? Sim
- Você consegue manter amizades? Sim
- Você é capaz de ir aos serviços de saúde sozinho? Sim
- Você consegue desenvolver suas atividades do trabalho? Sim
- Você consegue se manter trabalhando? Sim
- Você é capaz de fazer as compras para o seu dia a dia? Sim
- Você é capaz de tomar banho sozinho? Sim
- Você realiza a sua higiene diária sozinho? Sim
- Você se veste sozinho? Sim
- Você é capaz de controlar sua impulsividade? Não
- Você é capaz de controlar a sua agressividade verbal? Sim
- Você é capaz de controlar sua agressão física? Sim
- Você encontra sentido na vida? Sim
- Você sente que sua vida tem uma finalidade? Sim
- Você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? Sim
- Você está esperançoso com sua vida? Sim

Depois, juntos, avaliaram a segunda parte da Escala CuidaSM. Começaram explicando que precisam fazer algumas perguntas a mais, que podem trazer informações mais delicadas, mas que são importantes para cuidarem melhor dela. Explicaram que as três primeiras são sobre violência, seja ela física, sexual, psicológica ou por abandono. Por estarem em sua casa, perguntaram a ela se ela se sente segura de conversar sobre isso naquele ambiente, podendo ficar tranquila quanto ao sigilo garantido pela ética profissional, e ela concordou.

O médico inicia perguntando: “Você foi vítima de violência?”.

Patrícia diz que não.

O médico então prosseguiu: “Você já foi alguma vez testemunha de violência sofrida por outra pessoa?”. Patrícia responde que não.

O médico disse então: para completar essa parte, “Você já praticou alguma violência contra alguém?”. Patrícia nega.

Depois o médico disse que iria avaliar os riscos de suicídio e autoagressão, e perguntou: você tem pensado em morte, têm tido desejo de morrer ou pensou que seria melhor não estar viva? Patrícia nega

O médico continuou: “Você tem pensado em tirar a própria vida?”. Patrícia nega.

“As vezes passa pela sua cabeça formas de cometer suicídio?”. “Quando eu não estava bem ficava pensando nisso sim, mas agora isso passou”. Patrícia responde. O médico marca que não.

Passa então para a investigação da autoagressão:

“Você vem tendo pensamentos de se fazer algum mal, mesmo que não seja com intenção de morrer?”. “Não, doutor”. Diz Patricia, começando a se irritar.

O médico diz que já estão concluindo, que tem apenas uma última pergunta: “Você chegou a tentar suicídio ou a se autoagredir anteriormente em sua vida?” Patricia diz que sim, que no hospital, internada, tentou se enforcar com a roupa de cama, mas que a enfermeira a encontrou antes que fizesse essa besteira.

Juntos, os profissionais concluem que não há risco iminente de autoagressividade, pois Patricia já está demovida da ideia de suicídio e não tem comportamento autoagressivo.

Questionam Patrícia se, na alta do hospital, a equipe deixou agendada alguma consulta de retorno. Patricia diz que tinham combinado de ela procurar o CAPS, mas quando foi até lá, não gostou do local. Disse: “Eu não me sinto como as pessoas de lá, sabe? Acho que aquele lugar não é pra mim. Inclusive foi isso que o doutor me disse, que meu caso não era para lá”.

Para investigar a consciência de Patricia sobre sua morbidade, questionam: “Patricia, conta pra gente, o que você acha que aconteceu com você?”.

Patricia responde que está muito envergonhada, diz que é muito religiosa e que acredita que sua depressão é um castigo enviado por Deus. Não aborda os sintomas da crise maníaca, os identificando com parte de sua depressão.

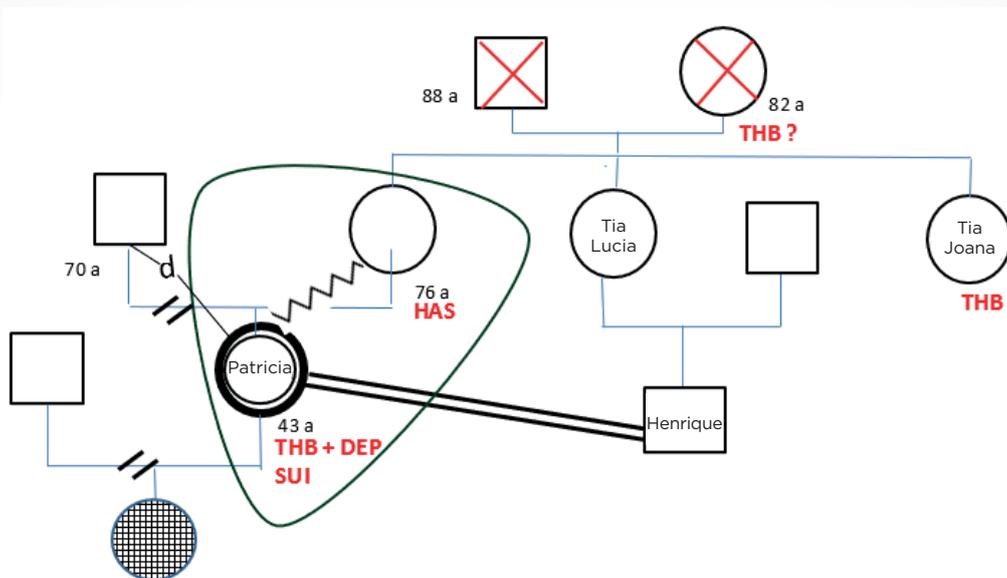
Junto com as informações que a equipe já havia previamente discutido quando pactuaram a visita domiciliar, respondem a dimensão planos de cuidados:

- A equipe da ESF apresenta dificuldades no manejo deste caso? Sim
- O usuário nega a sua doença? Sim
- O usuário desconhece a sua doença? Sim
- O usuário demonstra resistência ao plano de cuidado proposto? Sim

Os profissionais conversam com Patricia, explicando o que é o transtorno do humor bipolar. Dizem perceber que ela se apresenta no momento com humor levemente deprimido e que precisa receber o tratamento adequado a seu quadro, tanto medicamentoso quanto não medicamentoso. Compreendem que ela não deseje se tratar no CAPS, mas reafirmam a importância de fazer o tratamento com risco de novas crises caso abandone.

Registram as informações da consulta e as respostas da Escala CuidaSM (6 pontos = alta necessidade de cuidado em saúde mental) no prontuário, e atualizam o mapeamento dos usuários com necessidade de cuidado em saúde mental.

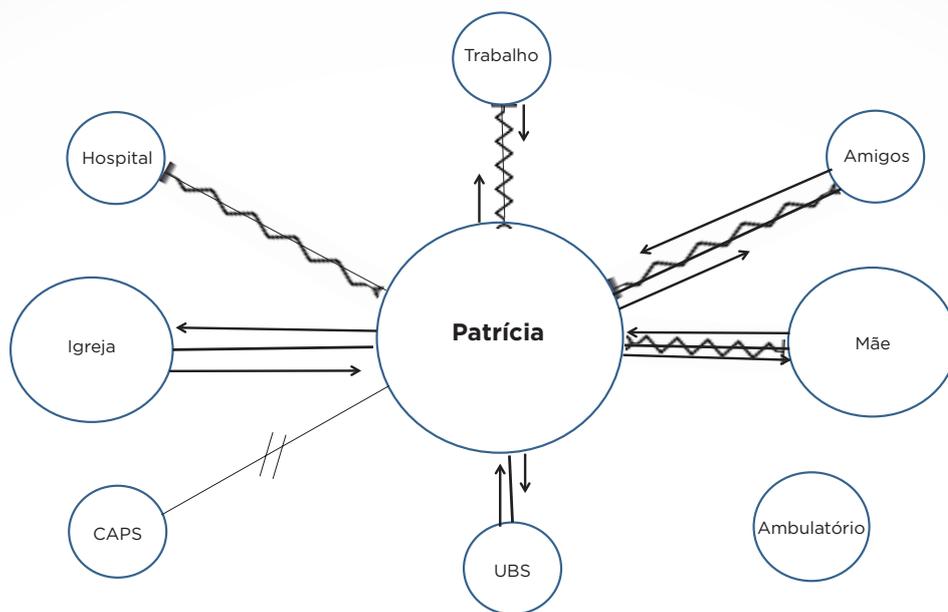
Caso Patrícia: Genograma



THB: Transtorno de humor bipolar
 DEP: Episódio atual de depressão
 SUI: História prévia de tentativa de suicídio
 HAS: Hipertensão arterial sistêmica

Símbolos do Genograma			
Cliente entrevistado		Ligação sanguínea	—
Homem		Ligação não sanguínea	- - -
Mulher		Ligação distante	- d -
Gravidez		Ligação próxima	==
Aborto		Ligação estreita	===
Óbito		Separação	///
Casal com filhos		Ligação conflituosa	^ ^
Gêmeos		Adoção para dentro da família	[]
Gêmeos idênticos		Adoção para fora da família] [
Linha contínua, indicando indivíduos que vivem juntos			

Caso Patrícia: Ecomapa



Símbolos do Ecomapa

Código	Função
—	Vínculo fraco
==	Vínculo forte
→	Alto investimento
→	Baixo investimento
⚡	Conflito
— // —	Vínculo fraco interrompido
== // ==	Vínculo forte interrompido

ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI

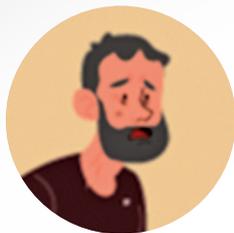
Sentinelas de risco, definições das sentinelas e escore de risco

Dados da ficha A SIAB (sentinelas de risco)	Definições das sentinelas de risco	Escore de risco
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3
Deficiência física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente, que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente, que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Baixas condições de saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem, que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3
Desnutrição grave	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas, que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos e drogas ilícitas).	2
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado.	2
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1
Menor de 6 meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1
Maior 70 anos	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1
Hipertensão arterial sistêmica	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	1
Diabetes <i>Mellitus</i>	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1
Relação morador/ cômodo	Número de moradores no domicílio dividido pelo número de cômodos na residência. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	>1: 3 pontos Igual a 1: 2 pontos <1: 0 ponto

Cálculo do risco familiar

Escore total	Risco familiar
5 ou 6	R1 - Risco menor
7 ou 8	R2 - Risco médio
Acima de 9	R3 - Risco máximo

Caso Luís



Luís, 47 anos, é frequentador assíduo da UBS, e chama a atenção pelo tom de voz muito alto e relatos bizarros de relacionamentos com estrelas de telenovelas. É tratado com carinho pela equipe e se compraz em realizar pequenas tarefas, como varrer a calçada da unidade de saúde. No entanto, às vezes “entra em surto” e fica internado no hospital psiquiátrico da cidade vizinha por dois ou três meses. Desta vez, no entanto, apesar da notícia de alta, Luís não reapareceu na unidade. Durante esse tempo de internação, Luís teve alguns episódios de dor de dente. No momento da alta, a mãe de Luís foi orientada a procurar a UBS para levá-lo a uma avaliação

odontológica. Em um atendimento de demanda espontânea, a Dentista da UBS conversa com ele para orientar a escovação 3x/dia. Durante o diálogo, Luís relata que não tem conseguido ir ao banheiro para escovar os dentes porque foi colocado um cadeado na porta de seu quarto: ele agora fica preso em seu quarto e só vai ao banheiro quando sua mãe autoriza. Diante da fala de Luís, a Dentista conversa com sua mãe para entender melhor esta situação. Sua mãe, uma senhora idosa, diz que não aguenta mais enfrentar suas crises sozinha, está decidida a não o internar mais e, por isso, decidiu mantê-lo sempre em casa, trancado. Luís é o filho mais velho, seus outros dois irmãos constituíram suas próprias famílias e geralmente não estão disponíveis para ajudar sua mãe nos cuidados com o irmão.

A dentista se sente segura para acolher o sofrimento da família, utiliza as ferramentas de comunicação aprendidas na capacitação do MI-MhGAP. Após escutá-los, oferece o apoio da equipe de saúde para juntos pensarem em outras formas de cuidado que fortaleçam a autonomia de Luís e sua capacidade de autocuidado. Combina com eles que compartilhará a situação da família com os demais membros da equipe buscando agendar uma consulta com a enfermeira para que essas alternativas sejam construídas com eles.

No dia da consulta com a enfermeira da equipe, Luís comparece acompanhado de sua mãe, com a aparência ainda mais descuidada que o de costume, barba por fazer e com odor forte. A enfermeira, que tem um bom vínculo com Luís, diz que sentiu sua falta na unidade e por isso marcou essa conversa para saber como ele estava. Luís conta que sua mãe não quer mais que ele saia de casa, e que está triste com isso. A mãe de Luís diz que, dessa forma, ele não entrará em “novos surtos” e que pensa que este é o único jeito de protegê-lo, pois cuida dele sozinha e não consegue mais ficar o procurando na rua. Diz estar preocupada também, em perder o benefício de prestação continuada (BPC), que é a única fonte de renda da casa, já que a data de renovação do laudo médico se aproxima.

A enfermeira diz que gostaria de avaliar a necessidade de cuidado atual em saúde mental de Luís e ver qual plano poderiam fazer para que possa ficar mais feliz. Pede então que Luís responda as perguntas da Escala CuidaSM. Luís tenta, mas não consegue se concentrar na leitura e sua mãe não possui letramento. Logo, a profissional lê em voz alta as perguntas da escala para ele, que responde com a cabeça que sim ou que não, e vez ou outra sua mãe o ajuda nas respostas:

- Você tem amigos? Não
- Você conversa com seus amigos? Não
- Você consegue manter amizades? Não
- Você é capaz de ir aos serviços de saúde sozinho? Sim
- Você consegue desenvolver suas atividades do trabalho? Não
- Você consegue se manter trabalhando? Não
- Você é capaz de fazer as compras para o seu dia a dia? Não
- Você é capaz de tomar banho sozinho? Não (a mãe pontua que só o faz quando ela insiste)
- Você realiza a sua higiene diária sozinho? Não (a mãe pontua que só o faz quando ela insiste)
- Você se veste sozinho? Sim
- Você é capaz de controlar sua impulsividade? Não (Luís não entende a pergunta e a mãe da como exemplo quando ele gasta todo dinheiro que ela o da em relógios)
- Você é capaz de controlar a sua agressividade verbal? Sim
- Você é capaz de controlar sua agressão física? Sim
- Você encontra sentido na vida? Sim
- Você sente que sua vida tem uma finalidade? Sim
- Você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? Sim
- Você está esperançoso com sua vida? Sim

A enfermeira diz precisar completar a avaliação de suas necessidades de cuidado em saúde mental com mais outras perguntas, e complementa:

“Agora vou te fazer umas perguntas um pouco mais delicadas, mas que são importantes para avaliação. Você pode ficar tranquilo que essas informações são sigilosas e servem apenas para cuidarmos melhor de você. As três primeiras perguntas são sobre violência, e aqui estou me referindo a qualquer tipo de violência seja ela física, sexual, psicológica ou por abandono”.

A enfermeira inicia perguntando: “Você foi vítima de violência?”. Luís diz que sim, que no hospital eram muito agressivos com ele, e já apanhou na rua uma vez.

A enfermeira então prossegue: “Você já foi alguma vez testemunha de violência com outra pessoa?”. Luís nega.

“Você já praticou alguma violência contra alguém?”. Luís nega.

Depois a enfermeira pergunta: “Você tem pensado em morte, têm tido desejo de morrer ou pensou que seria melhor não estar vivo?”. Luís nega.

A enfermeira continua: “Então, posso concluir que não tem pensado em tirar a própria vida, ou pensado em formas de cometer suicídio, certo?”. Luís confirma que não.

A enfermeira passa assim para a investigação da autoagressão:

“Você vem tendo pensamentos de se fazer algum mal, mesmo que não seja com intenção de morrer?”. Luís diz que as vezes que escuta pedem para ele se agredir às vezes, mas ele não obedece. A enfermeira marca que sim a essa pergunta.

Ela questiona se isso já aconteceu alguma vez, de ele se machucar obedecendo as vozes, e ele nega. Ela conclui que não há histórico de autoagressão.

A enfermeira pergunta se está ouvindo essas vozes de comando agora. Luís diz que desde que voltou da última internação, as vozes não estão mais o incomodando. A enfermeira conclui que não haveria risco de se autoagredir nas próximas 48 horas, marcando negativo para o risco iminente de autoagressividade de Luís.

A enfermeira passa agora para dimensão de planos de cuidados que ela mesma preenche. Conhecendo o histórico de Luís, sabe que ele conhece e aceita seu diagnóstico de esquizofrenia, apesar de fazer uso irregular da medicação, e nesses momentos justificar que a voz o pede para parar de tomar o remédio. Apesar do bom vínculo de Luís com a equipe de saúde, a equipe tem dificuldade de conduzir o caso quando Luís descompensa de seus sintomas delirantes e alucinatórios. Então, responde:

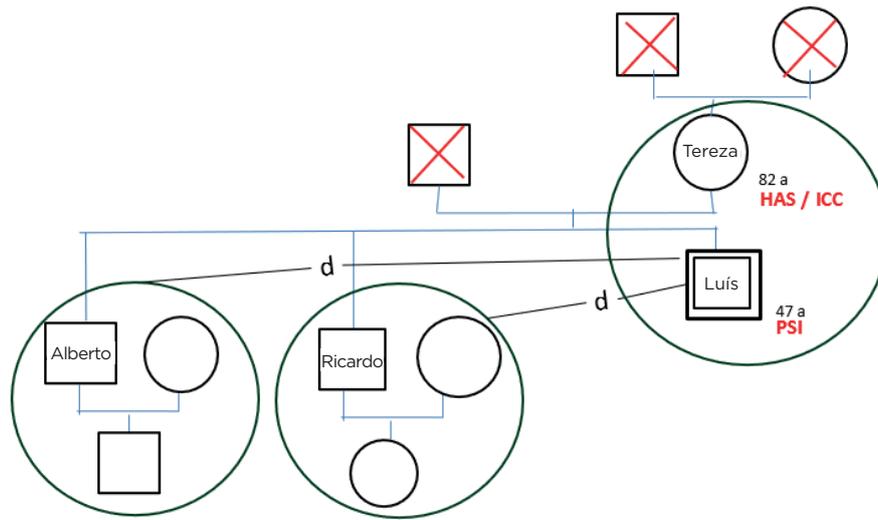
- A equipe da ESF apresenta dificuldades no manejo deste caso? Sim
- O usuário nega a sua doença? Não
- O usuário desconhece a sua doença? Não
- O usuário demonstra resistência ao plano de cuidado proposto? Sim

A enfermeira explica para eles a importância de garantirem os direitos e a dignidade de Luís e pergunta a ele que mais sente falta. Luís responde que sente falta do seu “trabalho” de varrer a unidade de saúde. A enfermeira explica a proposta de reabilitação psicossocial, reforçando a importância de inseri-lo em atividades na comunidade e orienta a mãe de Luís que as crises são evitadas com muito mais eficácia quando o tratamento psicossocial é realizado com maior frequência.

O projeto terapêutico singular (PTS) de Luís é atualizado, a enfermeira registra em seu prontuário as intervenções terapêuticas pactuadas e o resultado da Escala CuidaSM (13 pontos = altíssima necessidade de cuidado em saúde mental).

Luís retoma o desejo de voltar seu “trabalho” de varrer a unidade, se comprometendo a ir uma vez por semana.

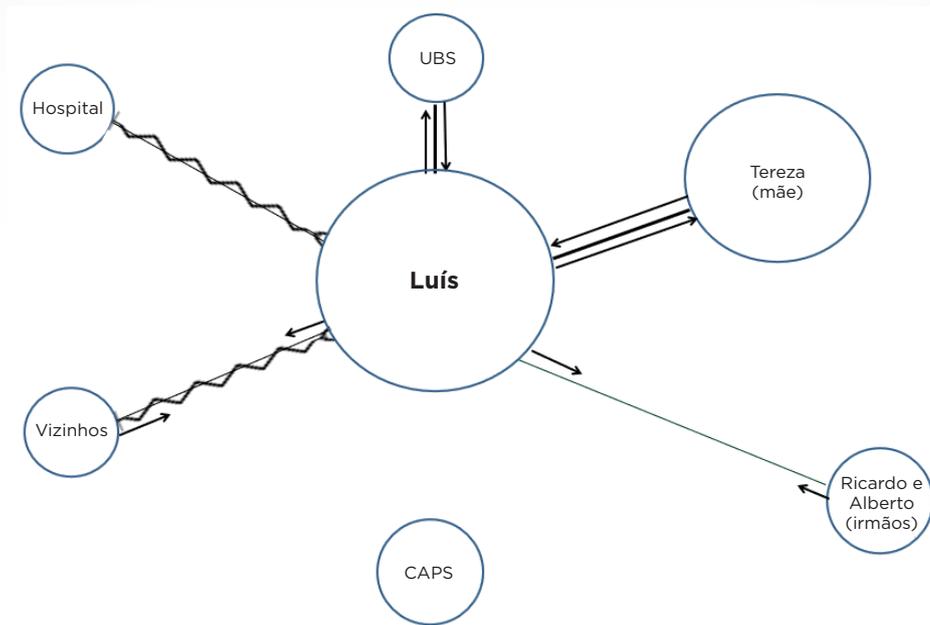
Caso Luís: Genograma



PSI: Psicose (Esquizofrenia)
 HAS: Hipertensão arterial sistêmica
 ICC: Insuficiência cardíaca congestiva

Símbolos do Genograma			
Cliente entrevistado		Ligação sanguínea	
Homem		Ligação não sanguínea	
Mulher		Ligação distante	
Gravidez		Ligação próxima	
Aborto		Ligação estreita	
Óbito		Separação	
Casal com filhos		Ligação conflituosa	
Gêmeos		Adoção para dentro da família	
Gêmeos idênticos		Adoção para fora da família	
Linha contínua, indicando indivíduos que vivem juntos			

Caso Luís: Ecomapa



Símbolos do Ecomapa

Código	Função
—	Vínculo fraco
—	Vínculo forte
→	Alto investimento
→	Baixo investimento
⚡	Conflito
— // —	Vínculo fraco interrompido
— // —	Vínculo forte interrompido

ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI

Sentinelas de risco, definições das sentinelas e escore de risco

Dados da ficha A SIAB (sentinelas de risco)	Definições das sentinelas de risco	Escore de risco
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3
Deficiência física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente, que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente, que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Baixas condições de saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem, que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3
Desnutrição grave	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas, que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos e drogas ilícitas).	2
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado.	2
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1
Menor de 6 meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1
Maior 70 anos	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1
Hipertensão arterial sistêmica	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	1
Diabetes <i>Mellitus</i>	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1
Relação morador/cômodo	Número de moradores no domicílio dividido pelo número de cômodos na residência. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	>1: 3 pontos Igual a 1: 2 pontos <1: 0 ponto

Cálculo do risco familiar

Escore total	Risco familiar
5 ou 6	R1 - Risco menor
7 ou 8	R2 - Risco médio
Acima de 9	R3 - Risco máximo

Roteiro para Rodada de Fechamento

→ Os profissionais devem discutir os casos com base nos quatro elementos do escalonamento do cuidado em saúde mental:

- **Avaliação do problema:** é importante que os profissionais identifiquem, nos casos clínicos, os problemas de saúde mental apresentados pelas pessoas usuárias, reconhecendo a importância de uma anamnese cuidadosa e exame psíquico apoiados pelo MI-MhGAP, que permitam avaliar o conjunto de sintomas apresentados dentro do contexto cultural que o usuário está inserido, percebendo a gravidade, duração e impacto na vida do usuário e de terceiros.
- **Conhecer o grau de necessidade de cuidado em saúde mental:** é importante que os profissionais reconheçam, nos casos clínicos apresentados, os fatores que levam a uma maior ou menor necessidade de cuidado em saúde mental das pessoas usuárias, através das respostas da Escala CuidaSM e possam as estratificar segundo essas diferentes necessidades.
- **Rede de Apoio:** é importante que os profissionais identifiquem, através da história da pessoa apresentada no caso clínico e da interpretação do genograma e do ecomapa, as fontes de apoio e suporte existentes e potenciais dos usuários, como redes sociais e ou familiares de apoio ou organizações comunitárias.
- **Vulnerabilidade Familiar:** é importante que os profissionais identifiquem a vulnerabilidade familiar através do resultado da escala de Coelho-Savassi apresentada nos casos, porque pode influenciar a forma como os profissionais da APS realizam o manejo dos casos de saúde mental, levando em consideração as condições de vida e as necessidades da família como um todo.

Pergunta disparadora 1:

→ Os profissionais devem identificar como esses quatro elementos, nos casos clínicos apresentados, se relacionam aos níveis no MACC

- **Nível 2 do MACC:** o caso de **Marina** se relaciona com o NÍVEL 2 do MACC. Na discussão do caso, deve-se considerar que, de acordo com a Escala CuidaSM, Marina apresenta moderada necessidade de cuidado de saúde mental (3 pontos), porém sem critérios diagnósticos para um transtorno mental. É importante ressaltar que Marina respondeu positivo ao item potencializador “você foi vítima de violência?”, o que implica que, apesar de no momento ela apresentar moderada necessidade de cuidado em saúde mental, e não apresentar um transtorno mental instalado, a equipe deve ter atenção e considerar que existe risco de seu sofrimento se agravar. Ainda é possível reconhecer a exposição de Marina a outros fatores de risco, tais como ser mãe de duas crianças sem apoio dos outros dois genitores, sua relação conflituosa com o pai de Ana, e cuidar de sua mãe com síndrome de dependência ao álcool. Outro ponto importante a considerar é que, apesar do baixo suporte familiar, Marina mantém bom relacionamento com amigas, com Tia Zélia e no trabalho, além contar com o suporte comunitário da igreja. Apresenta menor risco em relação a vulnerabilidade familiar. Sendo assim, Marina é uma pessoa usuária com fatores de risco para adoecimento psíquico, sem transtorno mental instalado, com moderada necessidade de cuidado em saúde mental, presença de rede social de suporte fortalecida, e rede familiar fragilizada, e menor risco em relação a vulnerabilidade familiar.
- **Nível 3 do MACC:** O caso de **Rodrigo** se relaciona com o Nível 3 do MACC. Na discussão, deve-se considerar que ele apresentou moderada necessidade de cuidado em saúde mental pela Escala CuidaSM (3 pontos). Associado à essa informação, percebemos a presença de um transtorno mental comum diagnosticado, o transtorno ansioso. Contribuindo para seu quadro ansioso podem estar as mortes de seus pais e avós, a gravidez de sua esposa e os conflitos no trabalho. Sua rede de apoio é concentrada em sua esposa e em seu irmão, podendo se fortalecer ainda em relação a amigos e atividades comunitárias. A Escala de Vulnerabilidade Familiar demonstrou menor risco. O caso de Rodrigo evidencia uma pessoa usuária que apresenta um transtorno mental comum instalado, associado a moderada necessidade de cuidado em saúde mental, e a presença de uma rede de apoio com potencial de ser fortalecida e baixo risco familiar.
- **Nível 4 do MACC:** o caso de **Patrícia** se relaciona com o NÍVEL 4 do MACC. Ela apresenta um transtorno do humor bipolar, que é considerado um transtorno mental grave. Patrícia somou 6 pontos na Escala CuidaSM, correspondendo a Alta Necessidade de Cuidado em Saúde Mental. Há um item importante na Escala de necessidade de cuidado de saúde mental que é a dificuldade da equipe da APS com o caso de Patrícia. Essa autoavaliação que a equipe realizou indica a importância do Matriciamento para ampliar o conhecimento da equipe sobre as possibilidades de manejo em casos semelhantes a este. Além disso, Patrícia apresenta uma história de aborto de um relacionamento rompido e uma rede de suporte marcado por conflitos, tanto com familiares quanto no trabalho e com amigos. Seu risco em relação a vulnerabilidade familiar é médio. Patrícia reside apenas com sua mãe idosa, com quem tem relação conflituosa. Apresenta uma relação próxima e forte com a igreja, no entanto, nega sua doença e está resistente ao tratamento proposto, e justifica seus sintomas com suas crenças religiosas. Diante desse contexto, Patrícia é uma pessoa usuária com um transtorno mental grave, alta necessidade de cuidado em saúde mental, rede de suporte familiar e comunitário frágeis, risco familiar médio.

- **Nível 5 do MACC:** O caso de **Luís** se relaciona com o nível 5 do MACC. Ele apresenta um quadro psicótico, característico de Transtorno esquizofrenico. A perda significativa de funcionalidade social dessa condição pode durar para o resto da vida e por isso ele é considerado portador de um transtorno mental grave e persistente. O resultado da sua pontuação na Escala CuidaSM foi igual a 13, e, portanto, Luís apresenta altíssima necessidade de cuidado em saúde mental. Além disso, a equipe da APS apresenta dificuldade com o manejo do caso de Luís e ele apresenta resistência ao plano de cuidado proposto. A rede de apoio familiar de Luís é muito frágil, concentrada em sua mãe idosa, sem apoio comunitário ou de amigos. A vulnerabilidade familiar é de risco médio. Sendo assim, Luís é uma pessoa usuária com transtorno mental grave e persistente, altíssima necessidade de cuidado em saúde mental, rede de apoio familiar e social frágil e vulnerabilidade familiar média.

Pergunta disparadora 2:

→ Os profissionais devem discutir qual o foco das intervenções em cada um dos casos, de acordo com o escalonamento do cuidado em saúde mental proposto.

- **Nível 2 do MACC:** O foco das intervenções neste nível corresponde a intervenções preventivas com foco na APS. Os usuários se beneficiam das intervenções psicossociais de baixa intensidade, como psicoeducação, técnicas de relaxamento e gerenciamento do estresse, ativação comportamental, terapia de manejo de problemas, primeiros cuidados psicológicos, entre outras intervenções psicossociais individuais e em grupo. Os usuários relacionados ao nível 2 do MACC, apresentam fatores de risco para desenvolver um transtorno mental, o que requer que a equipe da APS garanta um acompanhamento regular desses usuários, e esteja atenta à possibilidade de agravamento de seu estado de saúde.
- **Nível 3 do MACC:** O foco das intervenções neste nível corresponde às ações conjuntas da equipe multiprofissional da APS, tanto equipe de saúde da família quanto equipe multiprofissional da APS/NASF. O papel desta equipe multiprofissional é fundamental para aumentar a resolubilidade dos cuidados na APS e as possibilidades de intervenção. Nesse nível, o uso do MI-mhGAP orienta às equipes quanto ao direcionamento e as possibilidades de manejo. Intervenções psicossociais de baixa intensidade, ofertadas da unidade ou na rede intersetorial, individuais ou em grupos, são muito efetivas para os usuários desse subgrupo populacional.
- **Nível 4 do MACC:** O foco das intervenções neste nível corresponde ao compartilhamento do cuidado com um equipamento ambulatorial. Os usuários necessitam de uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde em relação ao autocuidado apoiado, e a gestão da condição é compartilhada, ou seja, as intervenções são compartilhadas entre as equipes da APS e da Equipe Ambulatorial Especializada em Saúde Mental, mediante plano de cuidados compartilhado. Vale ressaltar o papel da APS de coordenadora do cuidado, garantindo a integralidade e longitudinalidade da atenção ofertada. Lembrando que quando for identificado que os fatores que levaram ao escalonamento do cuidado estiverem estabilizados, os casos podem ser novamente cuidados apenas pela APS, com apoio matricial do NASF e retaguarda da equipe especializada.
- **Nível 5 do MACC:** O foco das intervenções neste nível corresponde à articulação com o CAPS, que pode favorecer o cuidado longitudinal adequando às necessidades dos usuários neste nível e garantir um projeto terapêutico singular com as especificidades de um cuidado mais intensivo da pessoa usuária e sua família. O foco deve ser na reabilitação psicossocial, em decorrência da perda significativa de autonomia, aumento da condição de dependência ou risco de morte. O cuidado continua compartilhado, porém com ênfase temporária no CAPS de referência, até estabilização do usuário. Destacamos que, em casos de maior complexidade como neste nível, é essencial eleger um profissional para assumir o papel de gestor do caso, verificando com a pessoa usuária e familiares, como está o cumprimento de seu Plano de Cuidados na RAPS, fortalecendo o protagonismo do usuário e o apoiando a desenvolver uma rotina apropriada de autocuidado. A equipe da APS também deve cumprir um papel ativo de articulação entre os serviços por onde a pessoa usuária circula.

→ Os profissionais devem reconhecer o papel do matriciamento nas decisões do cuidado escalonado.

- O matriciamento desempenha um papel fundamental na consolidação de uma rede de cuidados integrada e eficaz, especialmente quando lidamos com casos complexos de saúde mental. Quando os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) encontram dificuldades no manejo dos casos, a oportunidade de discuti-los ou atendê-los em colaboração com os profissionais das equipes de referência, por meio das várias ações do processo de matriciamento, pode ampliar a troca de conhecimentos e a construção de um plano terapêutico mais eficaz e adaptado às necessidades da pessoa usuária. Dessa forma, o matriciamento contribui para o aprimoramento dos profissionais da APS, fortalecendo a integralidade e a continuidade do cuidado em saúde mental, favorecendo a troca de informações e a definição colaborativa da progressão do cuidado. Por isso, o matriciamento promove a construção de uma rede de cuidados que opera de maneira integrada e colaborativa, sempre buscando proporcionar a melhor atenção e cuidado aos usuários de saúde mental.

Modelo de Plano de Ação

Ação (o quê?)	Como?	Prazo (quando?)	Prioridade	Progresso	Responsável (quem?)	Participantes
1					Pactuar com a equipe	Pactuar com a equipe
2					Pactuar com a equipe	Pactuar com a equipe
3					Pactuar com a equipe	Pactuar com a equipe
4					Pactuar com a equipe	Pactuar com a equipe
5					Pactuar com a equipe	Pactuar com a equipe
6					Pactuar com a equipe	Pactuar com a equipe
7					Pactuar com a equipe	Pactuar com a equipe
8					Pactuar com a equipe	Pactuar com a equipe
9					Pactuar com a equipe	Pactuar com a equipe

REFERÊNCIAS

MENDONÇA, J.M.T.; SOUSA, A.A.F.; ESHRIQUI, I; REBUSTINI, F; BONFIM, D; ZORZI, D.S.; et al., Brazilian Scale for Evaluation of Mental Health Care Needs: Development and evidence of validity, 11 January 2023, PREPRINT (Versão 1) Disponível em: <<https://europepmc.org/article/ppr/ppr595899>> Acesso em: 20 mar 2023

SAVASSI, L. C.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. **Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi.** *Journal of Management & Primary Health Care*, 3(2):179-85, 2012.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE MENTAL. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021. 40 p.: il.

LEITURAS COMPLEMENTARES

BROWN, Juanita; ISAACS, David. World Café. Disponível em: <https://wind4change.com/world-cafe-juanita-brown-david-isaacs/>. Acesso em: 04 de Julho de 2023.

