

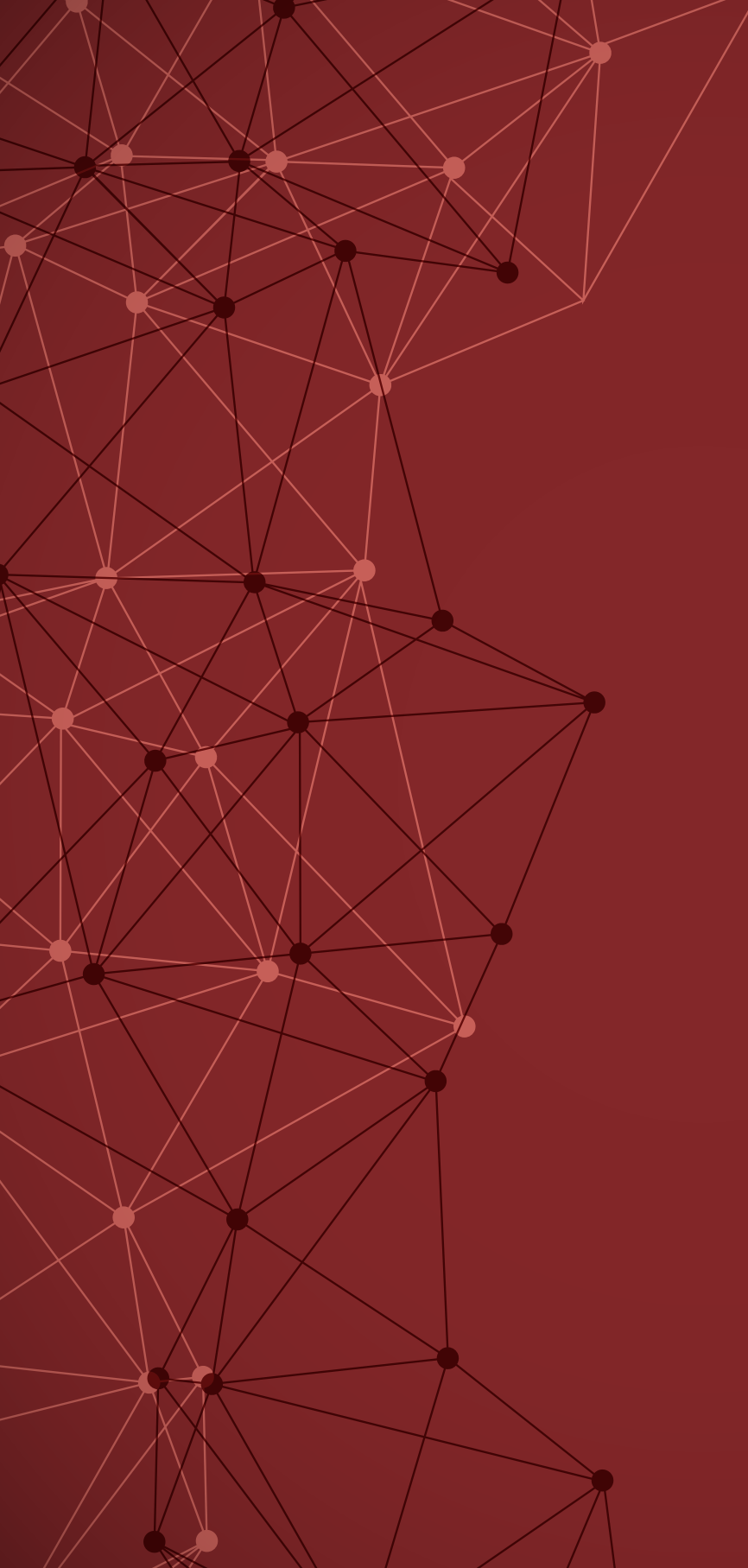
Saúde Mental na APS

WORKSHOP 4

Gestão do cuidado em
Saúde Mental



VERSÃO PRELIMINAR



Saúde Mental na APS

WORKSHOP 4

Gestão do cuidado em
Saúde Mental

© 2023 Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª edição - 2023

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: 70.058-900 - Brasília DF
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
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:

Ana Karina de Sousa Gadelha
Claudielle De Santana Teodoro
Evelyn Lima de Souza
Joana Moscoso Teixeira de Mendonca
Isadora Siqueira de Souza
Valmir Vanderlei Gomes Filho

Colaboração:

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

Projeto gráfico e diagramação:

Rudolf Serviços Gráficos

Edição de texto:

Lácio Revisão

Crédito de Imagens:

Banco de imagens Einstein

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 nº21/2021- CGMAD/DAPES/SAPS/MS25000.036837/2021-51.

Ficha Catalográfica

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

SAÚDE MENTAL NA APS: GUIA DO WORKSHOP 4 - GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2023.
62 p.: il.

1. Atenção à saúde 2. Redes de Atenção à Saúde 3. Sistema Único de Saúde I. 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 formas 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 Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein 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 os projetos, há o intitulado “Implementação da linha de cuidado de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde 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 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 das pessoas usuárias 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 de *Workshop* serão disponibilizados com o objetivo de nortear a execução dos processos de trabalho acompanhados pelo Saúde Mental na APS.

Como Guia de *Workshop*, tenho o objetivo de instrumentalizar você, que faz parte da Equipe Saúde Mental na APS, na execução do **Workshop 4 “Gestão do cuidado em Saúde Mental”**.

SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO	3
■ O GUIA DO WORKSHOP 4	7
■ RECOMENDAÇÕES PARA A EXECUÇÃO DO WORKSHOP	9
■ PANORAMA GERAL DO WORKSHOP 4	10
BLOCO EMBARQUE/CONEXÃO	10
BLOCO 1	11
BLOCO 2	11
BLOCO DESEMBARQUE	11
■ BLOCO EMBARQUE/CONEXÃO	13
ATIVIDADE 1 - ACOLHIMENTO E ABERTURA DO <i>WORKSHOP</i>	15
ATIVIDADE 2 - AONDE QUEREMOS CHEGAR?	15
ATIVIDADE 3 - CONTRATO DE APRENDIZAGEM	16
■ BLOCO 1	19
ATIVIDADE 1 - CÍRCULO DE LEITURA	21
TEXTO A. CONDIÇÕES DE SAÚDE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	22
■ BLOCO 2	29
ATIVIDADE 1 - MENTAL MACC	31

▪ BLOCO DESEMBARQUE	35
ATIVIDADE 1 - ALINHANDO NOSSOS PRÓXIMOS PASSOS	37
ATIVIDADE 2 - RELEMBRANDO E AVALIANDO O ENCONTRO	37
▪ REFERÊNCIAS GERAIS	39
▪ REFERÊNCIAS TEXTO A	39
▪ ANEXOS	41
PERGUNTAS E RESPOSTAS PARA O JOGO MENTAL MACC:	43
INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL	43
GESTÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL SIMPLES	47
GESTÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL COMPLEXAS	51
GESTÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL MUITO COMPLEXAS	56

O GUIA DO WORKSHOP 4

Uma das estratégias adotadas na Saúde Mental na APS é a melhoria contínua de processos de trabalho. Sempre com foco no objetivo de gerar maior valor para as pessoas usuárias, essa estratégia nos ensina a buscar constantemente novos conhecimentos e o aperfeiçoamento de práticas do cuidado e gestão em saúde.

Por isso estamos aqui para mais um *Workshop*! Este é um momento de aproximação da equipe de saúde local com a base teórica do Saúde Mental na APS. Esse espaço é muito valioso por ser o momento de trabalho em grupo com diversas possibilidades de aprendizado.

Objetivo do Guia:

Por meio dos textos e atividades propostas, temos como objetivo instrumentalizar você na execução do Workshop 4, cujo tema é: **Gestão do Cuidado em Saúde Mental**.

Público-alvo do Workshop:

O *Workshop* é direcionado a 100% dos profissionais das unidades de saúde da APS, gestores, coordenadores e outros atores estratégicos que o município ou a região de saúde considerarem pertinentes.

Conteúdo:

Neste guia, teremos algumas opções de atividades em que você e sua equipe podem se utilizar de estratégias como estudo dirigido, estudo de caso, dramatização, leitura de texto de apoio, debates, discussão em plenária e o que mais a criatividade e potencialidade local permitir.

Os temas estudados terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais, em que juntaremos o que foi captado aqui com as mudanças e aperfeiçoamento da prática. Voltaremos a falar sobre isso mais ao final deste encontro.



Objetivos do espaço de Workshop:

Pois bem, temos, então, como objetivos para o *Workshop*:

- Realizar um alinhamento teórico-conceitual dos profissionais de saúde para os temas centrais da etapa operacional correspondente;
- Instrumentalizar para a mudança dos processos de trabalho.

Você já sabe, mas não custa nada lembrar...

O Saúde Mental na APS reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias de aprendizagem ativa, voltadas ao desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais.

Como aspectos metodológicos, nossas atividades:

1º Baseiam-se no princípio da andragogia*, são utilizadas práticas de problematização que proporcionam a ação reflexiva dos participantes.



*A andragogia é a arte de ensinar adultos, criada pelo educador Malcom Knowles. O termo tem origem na língua grega e literalmente significa “ensinar para adultos”. Por trás do nome um pouco estranho está uma ciência voltada a adultos que desejam aprender. Diferentemente das crianças, os adultos já possuem experiência de vida e, portanto, procuram adquirir conhecimentos que possam contribuir positivamente em suas vidas, que realmente fará a diferença no cotidiano, que tenha aplicabilidade no seu dia a dia, incluindo seus processos de trabalho (DEAQUINO, 2007).



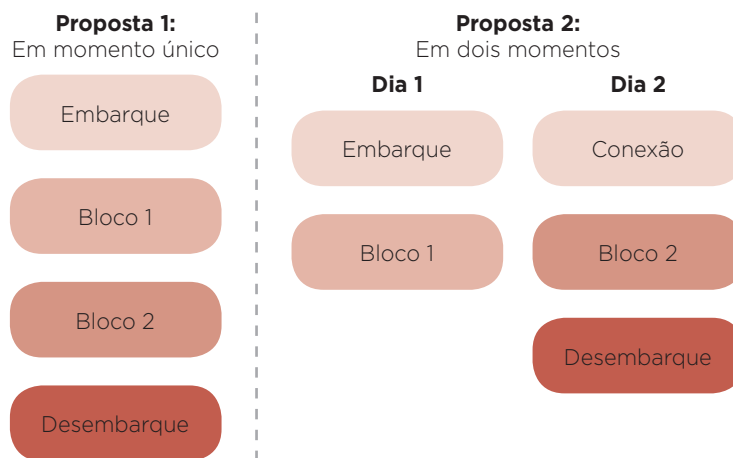
2º Utiliza-se de metodologias ativas. Em poucas palavras, metodologias ativas são estratégias de ensino que colocam o participante no protagonismo do processo, e não o professor/tutor. Têm como premissa estimular que o participante estude, pesquise, reflita e tome decisões com autonomia para solucionar desafios e atingir um objetivo da vida real.

Agora que você conhece o nosso referencial, apresento-lhe recomendações para a operacionalização do momento.

RECOMENDAÇÕES PARA A EXECUÇÃO DO WORKSHOP

Para a operacionalização do *Workshop*, é muito importante que alguns aspectos sejam observados:

- **Programação do *Workshop*:** você poderá realizar todas as atividades em um único turno, bem como poderá dividir as atividades em momentos distintos. Isso é uma escolha pactuada com a equipe. A programação está dividida em blocos que, de acordo com a escolha da equipe, podem acontecer de forma unificada (no mesmo turno) ou dividida, em dias separados, obedecendo a ordem dos blocos. Segue alguns modelos:



- **Horário protegido:** não se esqueça da importância da organização do horário protegido da equipe para realização do *Workshop* de acordo com a configuração pactuada. Lembre-se de que o *workshop* é para todos os integrantes da equipe;
- **Formato do encontro:** você pode estar se perguntando se existe a possibilidade de realização do *Workshop* de maneira virtual. A resposta é sim, mas considerando que a Planificação utiliza uma metodologia de encontro e que as equipes já estarão nas unidades, nada melhor do que um olho no olho, não é? Ainda assim, se a equipe optar pelo formato virtual, a sugestão é que a dinâmica de execução em blocos seja considerada;
- **Recursos necessários:** verifique a estrutura necessária para realização do *Workshop* (salas físicas, recursos audiovisuais e conexão com internet). Também é necessário considerar que materiais poderão ser utilizados (folha em branco, canetas, pincéis e outros).



Feitas as observações, vamos planificar? Te desejo um excelente *Workshop*!

PANORAMA GERAL DO WORKSHOP 4



Aqui você consegue obter um panorama inicial de quais atividades serão propostas para operacionalização do *Workshop 4*. Mas o mais importante é que a **produção de sentido** seja a prioridade dos envolvidos. Este é um momento para todos e todas!

Ao final do *Workshop 4*, o participante será capaz de:

- Compreender o conceito de condição de saúde no cuidado em saúde mental;
- Compreender o conceito de gestão da clínica em saúde mental e suas possibilidades;
- Compreender o conceito de escalonamento do cuidado em Saúde Mental sob a perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

A seguir, compartilho o quadro de atividades:

Bloco	Ordem da atividade	Título da atividade sugerida	Tempo médio (minutos)
Embarque/ Conexão	1	Acolhimento e abertura do <i>Workshop</i>	15'
	2	Aonde queremos chegar?	10'
	3	Contrato de aprendizagem	15'
1	1	Círculo de leitura	90'
2	1	Mental MACC	90'
Desembarque	1	Alinhando nossos próximos passos	5'
	2	Relembrando e avaliando o encontro	15'
Tempo total sugerido para o <i>Workshop</i>			240' = 4 horas

Bloco Embarque/Conexão

Sempre que vamos iniciar uma atividade em grupo, é importante estarmos integrados e com foco nos mesmos objetivos. Também é importante pactuar um contrato de convivência e aprendizagem para que, como grupo, possamos caminhar juntos. Esses são alguns dos objetivos deste bloco.

Caso a equipe decida realizar o *Workshop* em um único dia, é interessante utilizar o bloco embarque apenas uma vez no início da programação. Entretanto, se a opção é executar os blocos em momentos diferentes, a utilização do bloco embarque no início de cada momento poderá ajudar a conexão do grupo entre si e com o tema.

Bloco 1

No bloco 1, acontecerá a apresentação dos conceitos relacionados aos processos de trabalho associados à Gestão do Cuidado em Saúde Mental.

Bloco 2

A ideia do Jogo Mental MACC é estimular a reflexão crítica, de forma leve e divertida, com base nas diferentes experiências pessoais e conhecimentos prévios, sobre a gestão do cuidado das condições de Saúde Mental, conforme o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Para que essa reflexão seja alcançada, será necessário considerar diversos tipos de opiniões que serão apresentadas. Além disso, é muito importante buscar um ponto em comum entre as falas.

Bloco Desembarque

E, chegando ao fim do *Workshop 4*, o bloco desembarque apresentará um resgate de toda a programação, alinhado aos próximos passos e com direito à reflexão sobre o alcance dos objetivos do *Workshop*. Não menos importante, será possível compreender o sentido que cada atividade possibilitou aos participantes por meio do momento de avaliação.

A background graphic featuring a network of interconnected nodes and lines in various shades of orange and red, set against a solid orange background. The nodes are represented by small circles, and the lines are thin, creating a complex web-like structure.

BLOCO EMBARQUE/CONEXÃO

BLOCO EMBARQUE/CONEXÃO

ATIVIDADE 1 - ACOLHIMENTO E ABERTURA DO *WORKSHOP*

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido para a atividade: 15 minutos.

Para promover uma aproximação com o tema e foco no aqui e agora, proponho uma dinâmica quebra-gelo. Dependendo de sua realidade, aqui vão algumas sugestões para aplicar essa atividade. Se fizer sentido, escolha uma para aplicar ou utilize uma que você conheça, mas atente-se ao tempo de duração proposto:

- A. Cada participante deverá escrever em um pedacinho de papel, sem se identificar, uma única frase que responda o seguinte questionamento: **o que eu espero do *Workshop 4***? O facilitador deve guardar os papéis dobrados até final do encontro, quando irá abrir alguns para comparar antes e depois.
- B. Convide os participantes a, individualmente, escrever uma palavra, frase ou desenhar algo que expresse **o que é necessário para uma boa gestão do cuidado em saúde mental?** Cole em seguida em um espaço na sala: O Mural da Gestão do Cuidado em Saúde Mental.

ATIVIDADE 2 - AONDE QUEREMOS CHEGAR?

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido para a atividade: 10 minutos.

“Se dará resultados? O que sabemos é que o método clássico não está dando resultados”.
José Mujica

A partir desse pensamento de “Pepe” Mujica, podemos concluir que precisamos de formas diferentes e inovadoras de pensar e agir diante dos problemas para conseguir resultados satisfatórios. As formas antigas (ou clássicas) não têm gerado bons resultados para a saúde da população. Vamos experimentar outras formas de gestão do cuidado em saúde?

O objetivo geral do *Workshop 4* é **realizar alinhamento teórico-conceitual sobre a gestão do cuidado em saúde mental na APS**. Além disso, você poderá:

- Compreender o conceito de condição de saúde no cuidado em saúde mental;
- Compreender o conceito de gestão da clínica em saúde mental e suas possibilidades;
- Compreender o conceito de escalonamento do cuidado em Saúde Mental sob a perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

Neste *Workshop*, convido todos a refletirem sobre algumas questões relacionadas à gestão do cuidado e alinhar conceitos importantes para organização dos processos de trabalho. E, lembrem-se, todos os conceitos das temáticas centrais anteriores nos ajudaram a construir nossa trilha de aprendizagem até este momento, portanto, o exercício de articular todos estes conceitos é importante para atingir nosso objetivo.



Para lembrar...

Os temas centrais que atravessaram nossa trilha de aprendizagem até aqui foram:

“A organização da linha de cuidado em Saúde Mental na APS”

“Território e gestão de base populacional em Saúde Mental”

“Acesso à Rede de Atenção Psicossocial pela APS”

ATIVIDADE 3 – CONTRATO DE APRENDIZAGEM

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido da atividade: 15 minutos.

*“Amar e mudar as coisas me interessa mais”
(Trecho da canção “Alucinação” de Belchior)*

A competência para mudança exige mais do que conhecimento. Com essa perspectiva, chegou o momento do Contrato de Aprendizagem, que pode mudar a partir do que será proposto pelo grupo. Trata-se de pactuações sobre o que se espera de ATITUDE de cada pessoa presente no *Workshop*, tanto os participantes quanto as pessoas que estão conduzindo o momento.

Tudo o que for combinado é esperado que seja seguido por todos. Por exemplo: tempo de intervalo, combinar de misturar os membros das equipes nos momentos de pequenos grupos, inscrições para a fala e outras pactuações que possam surgir.

Ouvir diferentes opiniões é crucial, **buscando o ponto em comum entre as falas**, para que seja possível visualizar a importância da articulação da RAS quando fazemos o exercício de articulação dos diferentes saberes entre os profissionais presentes. Quando trabalhamos em **grupos**, é comum observarmos **posturas diferentes de participação**. Alguns falam mais, outros ficam mais calados. O controle é distribuído com o grupo e não há como prever que soluções serão encontradas para os problemas colocados. A tutoria atua com uma **facilitação leve** a serviço do grupo, para que todos participem e troquem aprendizados e percepções entre si.

Vamos registrar nosso Contrato de Aprendizagem, fazer a leitura de todos os itens e, se for preciso, realizar uma pequena votação para garantir que a maioria está de acordo. Os participantes podem registrar, se desejarem, o contrato de aprendizagem em uma cartolina e que fique visível a todos durante a realização do *Workshop*.

The image features a complex network of interconnected nodes and lines, resembling a web or a data structure. The nodes are represented by small circles, some in a dark reddish-brown color and others in a lighter, almost white color. The lines connecting them are thin and vary in opacity, creating a dense, layered effect. A prominent dark reddish-brown horizontal band runs across the middle of the image, serving as a background for the text. The overall color palette is monochromatic, ranging from light peach to deep, dark reds.

BLOCO 1

BLOCO 1

ATIVIDADE 1 - CÍRCULO DE LEITURA

Responsáveis pela atividade: tutor.

Tempo sugerido da atividade: 90 minutos.



É muito importante que você estruture um tempo para que os participantes entrem em contato com os aspectos teórico-conceituais contidos nos recursos de apoio para o *Workshop*, que podem ser textos, vídeos, áudios, imagens, objetos, notícias de jornal etc.

Para que os trabalhadores consigam participar ativamente das outras atividades, é muito importante esse momento de aproximação com o conteúdo. Você pode utilizar a atividade proposta a seguir ou outro formato que melhor se aplique à sua realidade.

Nos *Workshops*, é esperada a participação de profissionais de saúde de diferentes formações e cargos, o que pode acarretar variados pontos de vista sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde, tornando as discussões mais democráticas e ampliando os debates.

A proposta do **Círculo de Leitura** é promover um encontro dialógico entre pessoas que aprendem ao mesmo tempo que transformam o mundo em que vivem. Nesse encontro, será realizado o estudo dos materiais de forma circular, em que todos os participantes estão em pé de igualdade para falar e ouvir.

Assim como o Círculo de Cultura proposto por Paulo Freire em 1979, o Círculo de Leitura parte do ponto em que todos podem contribuir para a construção de conhecimentos e para a transformação da realidade a partir do saber e das experiências pessoais de cada um.

Sequência didática proposta:

- **[5 min.]** Propor a divisão em pequenos grupos ou manter todos os participantes em um único “grupão”. Se tiver mais de 10 pessoas, sugerimos a divisão em pequenos grupos;
- **[30 min.]** Oriente uma aproximação com o recurso de aprendizagem. Para apreender os textos, proponha a leitura paragrafada em grupo, em que cada integrante do grupo lê um parágrafo do texto de forma circular (note que caso o espaço para a realização deste momento seja limitado, recomenda-se a leitura com o grupão, assim evita-se que a leitura de um grupo interfira a do outro);

- **[10 min.]** Após a leitura, ainda de forma circular em cada grupo, cada integrante deverá escrever até três **palavras disparadoras** que representam, na sua compreensão, o tema central;
- **[5 min.]** O facilitador do grupo deve agrupar as palavras disparadoras similares, definindo, junto com os participantes, aquelas palavras que remetam a temas ou ideias parecidas;
- **[20 min.]** Olhando para o conjunto das palavras disparadoras, o grupo poderá discutir sobre: Que implicações ou desdobramentos da temática central podem ser refletidos?
- **[10 min.]** O facilitador encerra a discussão fazendo uma breve síntese das discussões.

Vamos aos recursos de aprendizagem deste *Workshop*? Lembrem-se, vocês têm **30 minutos** para essa aproximação com o conteúdo.

Texto A. Condições de Saúde no Cuidado em Saúde Mental

Joana Moscoso Teixeira de Mendonça

Ao longo das últimas décadas, a situação de saúde da população mundial vem se transformando. As pessoas estão vivendo mais, porém com mais incapacidade. Segundo a OMS, a média global de longevidade passou de 67 no ano 2000 para 73 anos em 2019. Mas apenas cinco desses anos adicionais foram vividos com boa saúde.

As doenças crônicas não-transmissíveis representaram 60,8% de todas as mortes em 2000, subindo para 73,6% em 2019, enquanto a parcela de doenças transmissíveis diminuiu de 30,7% em 2000 para 18,4% em 2019 (WHO, 2022). Atualmente, os transtornos mentais são responsáveis por 1 em cada 10 anos de vida saudáveis perdidos em todo o mundo e contabilizam 12% a 15% da incapacidade mundial total (GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS *et al.*, 2022).

O Brasil segue essa tendência de predominância das condições crônicas em relação às condições agudas (PEIXOTO, 2020) e de aumento da prevalência dos transtornos mentais (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). Porém, a situação de saúde da população brasileira é marcada por um acúmulo epidemiológico, no qual ainda se observa um percentual importante das infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; predominância das condições crônicas de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, alimentação inadequada e uso excessivo de álcool e outras drogas, que exigem um cuidado contínuo e um expressivo crescimento da violência e das causas externas (MENDES, 2012).

Esse cenário epidemiológico é um desafio para o nosso sistema de saúde. Ele exige que seja superado o modelo fragmentado e reativo, apenas focado na cura de condições agudas e se desenvolva um modelo integrado de cuidado contínuo e proativo das condições crônicas de saúde, com foco nas necessidades

das pessoas usuárias. E, quando pensamos em condições e doenças crônicas, estão incluídas questões que impactam a saúde mental das pessoas.

Com isso, começamos a falar sobre condição de saúde. Vamos lembrar o que significa condição de saúde, então?

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente, por exemplo, a hipertensão, a gestação, o sofrimento mental.

E essas situações exigem respostas reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde. Quando falamos das respostas reativas e eventuais, estamos nos referindo aos eventos agudos e agudização das doenças crônicas enquanto as respostas proativas e contínuas para as condições crônicas.

A seguir, explicaremos essas diferenças e como elas se relacionam com a saúde mental.

Condições crônicas e doenças crônicas em saúde mental

As condições crônicas e as doenças crônicas não são a mesma coisa e ambas se relacionam ao cuidado em saúde mental. Ao possuir uma doença crônica, como Diabetes, doença cardiovascular, câncer, DPOC, o usuário e sua família estão sujeitos a apresentar sofrimento psíquico como consequência de lidar com a vulnerabilidade do corpo físico, restrições funcionais e até com o enfrentamento da morte. Podemos considerar que esse sofrimento psíquico e emocional, quando prolongado, configura por si só uma condição crônica, que exigirá cuidados. Da mesma forma, consideramos a abordagem em saúde mental como parte fundamental do cuidado integral e centrado na pessoa, feitas para manutenção da saúde por ciclos de vida, como na puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos, que também são condições crônicas.

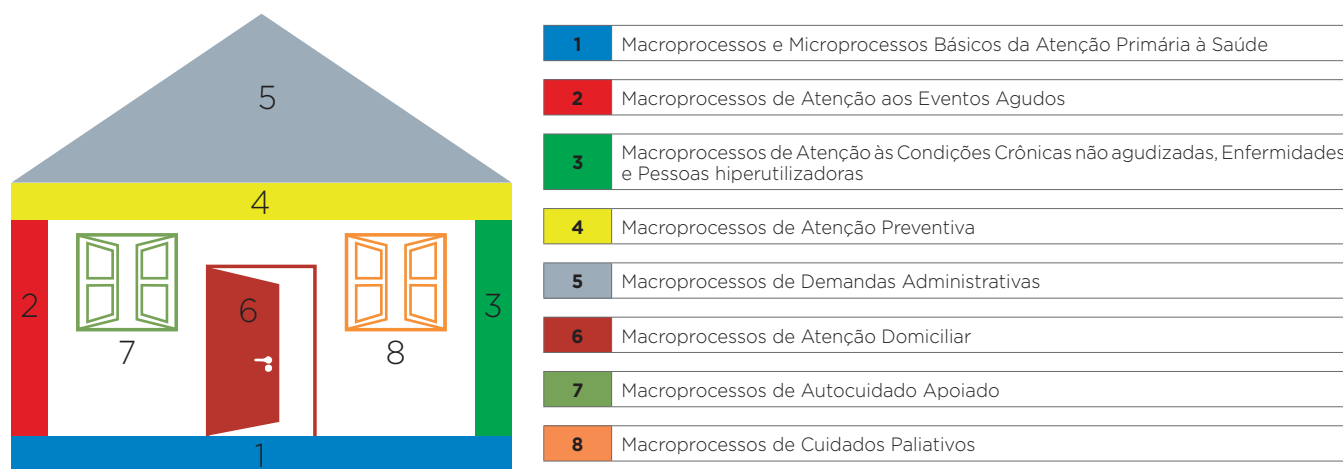
Por outro lado, podemos considerar que estamos lidando com doenças crônicas quando o usuário apresenta um transtorno mental de curso longo, tais como: quadros de depressão recorrente, transtorno de ansiedade generalizada, transtornos de somatização, deficiências intelectuais, esquizofrenia, transtornos do humor bipolar, transtornos por uso de substâncias, transtornos alimentares ou demências.

Seja qual for a morbidade, clínica ou psiquiatria, uma condição ou doença crônica evolui lentamente e apresenta múltiplas causas que variam no tempo, que são biológicas, psicológicas e sociais. Além disso, as doenças crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso: uma doença crônica como a depressão grave ou hipertensão pode levar à inatividade, que leva à dor, que leva ao estresse e ansiedade, que leva à piora da depressão ou da hipertensão.

Atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras

Para oferecer resposta às condições crônicas não agudizadas em saúde mental, a proposta é organizar os macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, enfermidades e pessoas hiperutilizadoras, que correspondem à parede verde da metáfora da casa da Construção Social da APS, conforme Figura 1:

Figura 1. A Construção Social da APS



Fonte: MENDES et al., 2019.

Os macroprocessos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras, foram colocados juntos porque, apesar de incorporarem três diferentes padrões de demanda, a resposta social pela APS é da mesma natureza, ou seja, uma resposta social articulada de forma inovadora e que se expressa em um conjunto variado de tecnologias de intervenção. Existem vários modelos de atenção às condições crônicas relatados na literatura. O referencial teórico utilizado no Saúde Mental na APS é o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Tendo como base o MACC, a organização dos macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, enfermidades e pessoas hiperutilizadoras exige implantar os seguintes processos:

- Elaboração e o monitoramento dos planos de cuidado;
- Gestão de riscos da atenção com foco na segurança das pessoas usuárias;
- Educação permanente dos profissionais de saúde;
- Educação em saúde às pessoas usuárias;
- Gestão de caso;

- Grupos operativos;
- Mapa de recursos comunitários;
- Autocuidado apoiado;
- Novos formatos da clínica (a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares, o matriciamento entre generalistas e especialistas em saúde mental e a atenção à distância).

Os objetivos da organização deste macroprocesso podem ser resumidos em três elementos:

1. O conhecimento da subpopulação com a condição crônica em saúde mental, por meio do cadastro e vinculação com a equipe de saúde, identificação, confirmação diagnóstica e estratificação da necessidade de cuidados em saúde mental;
2. O acompanhamento longitudinal com manejo por estrato de necessidade de cuidado em saúde mental, perseguindo a estabilização clínica, psíquica e funcional;
3. O fortalecimento da capacidade de autocuidado apoiado.

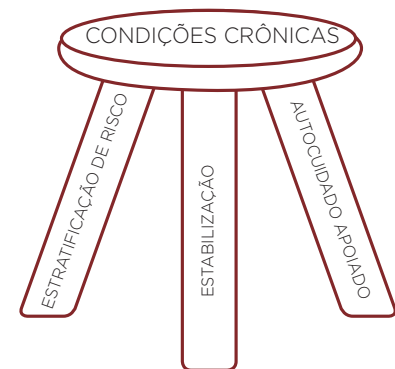
É como se tivéssemos um banco com três pés e, se um dos pés não estiver firme, o banco não vai conseguir parar em pé, assim como a ilustração da Figura 2.

O ponto primordial é que os profissionais da APS sejam capazes de combater a fragmentação do cuidado e promovam uma maior coordenação e colaboração com profissionais de outros serviços de saúde e da rede intersetorial para gerar respostas às diferentes necessidades de saúde de uma população.

Eventos agudos em saúde mental

Diferentemente das condições crônicas, nos eventos agudos, tem-se a expectativa de uma recuperação adequada. Quando pensamos em eventos agudos em saúde mental, temos como exemplos as intoxicações por uso de substâncias, um ataque de pânico desencadeado por um estresse pontual como um assalto, ou o delirium. Essas condições, assim como outras condições agudas, como infecções e condições cirúrgicas, respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos e medidas comportamentais. Em geral, iniciam-se repentinamente, apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada e são de curta duração.

Figura 2. Objetivos do cuidado



Fonte: MENDES et al., 2019.

No entanto, muitos eventos agudos podem evoluir para condições crônicas. É o caso de certos traumas que podem se tornar transtornos, como o Transtorno do Estresse Pós-Traumático, com sintomas que impactam a vida da pessoa por longo tempo e determinam algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados contínuos. Há, também, as agudizações de condições crônicas, como transtornos de humor, que evoluem com crises de ideação e tentativas de suicídio e exigem cuidado imediato. Ou ainda as agitações psicomotoras que também necessitarão de maior intensidade de cuidado enquanto os sintomas agudos persistirem.

Atenção aos eventos agudos e às agudizações de condições crônicas em saúde mental

Para oferecer resposta aos eventos agudos ou às agudizações de condições crônicas em saúde mental, a proposta é organizar os macroprocessos de atenção aos eventos agudos, que correspondem à parede verde vermelha da metáfora da casa da Construção Social da APS, conforme Figura 1.

Os modelos de atenção aos eventos agudos têm como objetivo identificar, no menor tempo possível e com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema.

Na organização dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos em saúde mental, precisamos ter em mente que, além de implantar processos de acolhimento e de classificação de risco, organizando, a partir da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado, é fundamental garantir uma abordagem integral, que permita a correta avaliação psicossocial, concomitante à avaliação clínica. Isso amplia a possibilidade de detecção do sofrimento psíquico e de tratamento adequado desses usuários.

Além disso, é necessário compreender que, ao lidar com um evento agudo em saúde mental, não basta identificar em tempo oportuno o melhor local para atendimento. Precisamos ter em mente que o cuidado longitudinal ofertado pela APS, a partir de uma abordagem centrada na pessoa, é primordial para evitar a cronificação de um evento agudo ou a fragmentação do cuidado de um usuário que se apresente em uma agudização de uma condição crônica. Nesse sentido, é primordial a organização da atenção, garantindo a formação de uma rede de cuidados colaborativos, que potencialize o acesso e a qualifique o cuidado, por meio de uma comunicação efetiva entre os profissionais de diferentes pontos de atenção.

Sendo assim, para a organização do macroprocesso de atenção aos eventos agudos em saúde mental, recomenda-se a associação entre o processo de classificação de risco, o uso do Manual de Intervenção MhGAP (MI-MhGAP) e a estruturação do cuidado escalonado. Para isso, temos importantes norteadores: o próprio MI-MhGAP, a [Nota Técnica de Saúde Mental](#) e o caderno da Atenção Básica número 28, volume I (BRASIL, 2013), que trata do acolhimento às demandas espontâneas.



Confira o *bate-papo* com a coordenadora do Saúde Mental na APS, **Ana Alice Freire de Sousa**, e a especialista do projeto, **Claudielle Teodoro**, no **Podcast Saúde Mental e Prosa - Episódio 4. Gestão da clínica na saúde mental** (22 min.)



Caso não tenha conseguido acessar o podcast pelo Código QR, abra seu navegador e acesse o link: <https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=157>.👉

Agora que a aproximação com o conteúdo foi feita, que tal relembrarmos os próximos passos desta atividade do Bloco 1 e colocá-las em prática?



- **[10 min.]** Após a aproximação com os recursos de aprendizagem (texto e podcast), ainda de forma circular em cada grupo, cada integrante deverá escrever até três **palavras disparadoras** que representam, na sua compreensão, o tema central.
- **[5 min.]** O facilitador do grupo deve agrupar as palavras disparadoras similares, definindo junto com os participantes aquelas palavras que remetam a temas ou ideias parecidas.
- **[20 min.]** Olhando para o conjunto das palavras disparadoras, o grupo poderá discutir sobre: que implicações ou desdobramentos da temática central podem ser refletidos?
- **[10 min.]** O facilitador encerra a discussão fazendo uma breve síntese das discussões.



Caso o grupo tenha optado no início desse *Workshop* pela atividade que questiona **“o que é necessário para uma boa gestão do cuidado em saúde mental?”**, a reflexão em grupo das palavras disparadoras e a síntese do facilitador podem ser momentos ideais de resgate do mural da gestão do cuidado produzido.

Espaço reservado para um intervalo
(em caso de programação contínua)



No próximo bloco, você receberá orientações para o trabalho em grupo e, em seguida, poderá refletir sobre como esses conceitos e tecnologias se inserem na sua rotina de trabalho. Fique agora com as atividades do **Bloco 2**.



BLOCO 2

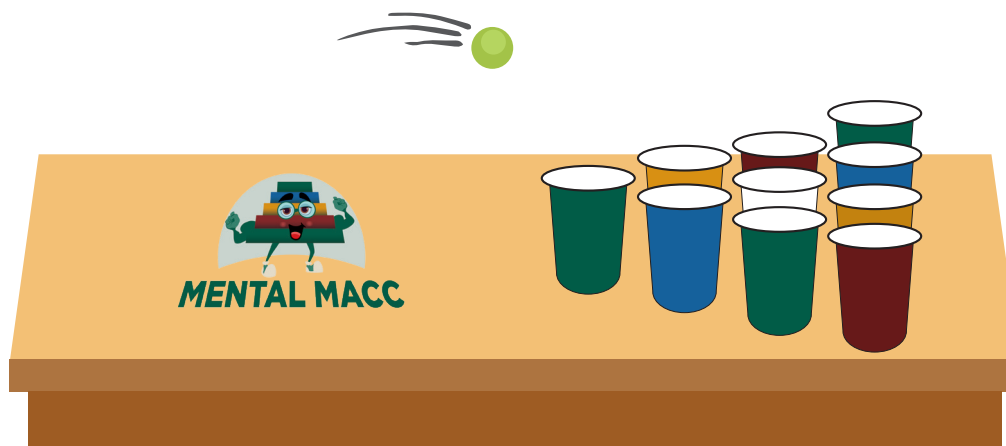
BLOCO 2

ATIVIDADE 1 - Mental MACC

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido da atividade: 90 minutos.

Sua pontaria é boa? Vem comigo que vou te mostrar um jogo superdivertido para discutir o tema do *workshop* 4. Trata-se do Mental MACC, que consiste em um jogo em grupo que acrescenta um debate sobre os níveis do MACC e o cuidado em saúde mental.

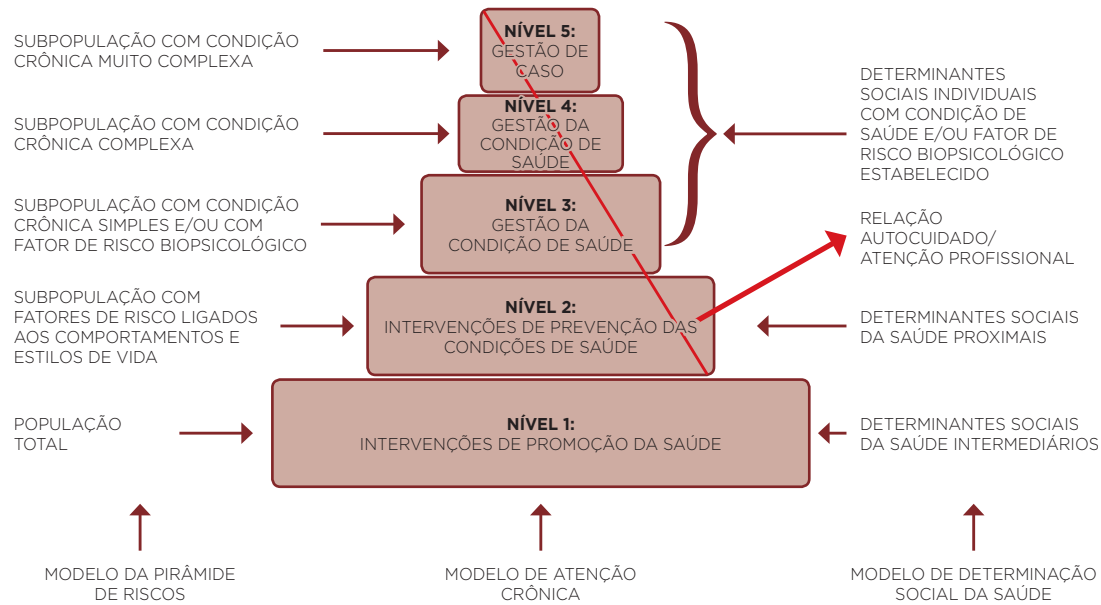


Vamos relembra a relação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e o cuidado em saúde mental? Para contribuir com a reflexão, te convido a assistir o vídeo: **O MACC e o cuidado em Saúde Mental**.



Caso não tenha conseguido acessar o podcast pelo Código QR, abra seu navegador e acesse o link: <https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=157>.*

Figura 3. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: MENDES et al., 2019.

Objetivos do jogo:

- Promover um debate sobre a relação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e o cuidado em saúde mental;
- Ser o primeiro time a acabar os copos da mesa, utilizando-se de todas as possibilidades para impedir que o outro time faça a mesma coisa.

Materiais e métodos do jogo:

- São 100 cartas perguntas relacionando o cuidado em saúde mental aos níveis do MACC:
 - 25 perguntas sobre **Intervenções de promoção e prevenção de condições de saúde mental;**
 - 25 perguntas sobre **Gestão de condições de saúde mental simples;**
 - 25 perguntas sobre **Gestão de condições de saúde mental complexas;**
 - 25 perguntas sobre **Gestão de condições de saúde mental muito complexas.**
- Será necessário utilizar 50 copos coloridos (25 para cada time), conforme divisão a seguir:
 - 12 copos verdes (correspondendo às perguntas sobre Intervenções de promoção e prevenção de condições de saúde mental);
 - 12 copos azuis (correspondendo às perguntas sobre Gestão de condições de saúde mental simples);

- 12 copos amarelos (correspondendo às perguntas sobre Gestão de condições de saúde mental complexas);
- 12 copos vermelhos (correspondendo às perguntas Gestão de condições de saúde mental muito complexas);
- 2 copos brancos (correspondendo à uma ação especial);
- Utilizar uma bolinha que caiba no copo (exemplo: ping pong, papel, borracha.);
- Duas mesas para dispor os copos de cada time.



Os moldes das cartas de perguntas e respostas do Mental MACC estão disponíveis na [biblioteca virtual do e-Planifica](#) ✨. Se preferir, você pode utilizar as perguntas de forma sequencial relacionadas ao cuidado em Saúde Mental e o MACC, a partir da página 43.

Regras do jogo:

1. O jogo deve ser jogado por dois times.
2. O jogo precisará de um coordenador, que possui a função de mediar o jogo, validar se as respostas estão corretas, solicitar justificativas para as respostas, estimular o debate em grupo, cronometrar o tempo e garantir o cumprimento das regras;
3. Cada time se estabelece em uma mesa com 25 copos para cada, sendo 6 verdes, 6 azuis, 6 amarelos, 6 vermelhos e 1 branco, que devem ser embaralhados pelo coordenador;
4. Os times deverão consentir quem iniciará o jogo (o coordenador deverá mediar essa decisão);
5. Um jogador do **time inicial (1)** deve arremessar a bola de plástico em direção ao copo de sua escolha do **time oponente (2)**;
6. A distância entre a mesa e o jogador deverá ser de um metro.
7. Se o **time 1** acertar a bola dentro do copo, o **time 2** deve responder uma pergunta do grupo de cartas da cor correspondente ao copo. A pergunta será selecionada pelo coordenador;
8. O time deve elaborar a resposta em até 1 minuto;
9. Se a resposta estiver **correta, o time 2** retira o copo da mesa.
10. Se a resposta estiver **errada, o time 1** retira um copo de sua escolha da sua mesa;
11. Se a bola cair dentro do copo branco do time oponente, o time que acertou remove dois copos da sua mesa.

12. O jogo continua até que todos os copos de um dos times sejam retirados da mesa.
13. realizarem as jogadas, garantindo que as jogadas sejam realizadas por diferentes integrantes do time;
14. O coordenador deverá sempre fomentar o debate das respostas com os dois times, independentemente da resposta estar correta ou errada;

O pensamento crítico-reflexivo e os conhecimentos adquiridos são muito importantes para a produção de sentido e para colocar a teoria em prática num movimento de “práxis”. Espero que estas atividades tenham agregado valor a você e sua equipe. Agora estamos chegando ao último bloco deste *Workshop*, o **bloco desembarque**, em que será feito o alinhamento dos próximos passos e a avaliação das atividades realizadas.

Espaço reservado para uma pausa
(em caso de programação contínua)



A background graphic consisting of a network of interconnected nodes and lines. The nodes are represented by small circles in various shades of orange and red, and the lines are thin, light-colored lines connecting these nodes. The overall effect is a complex, web-like structure. A horizontal band of a darker orange color runs across the middle of the image, containing the text.

BLOCO DESEMBARQUE

BLOCO DESEMBARQUE

ATIVIDADE 1 - ALINHANDO NOSSOS PRÓXIMOS PASSOS

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo da atividade: 5 minutos.

Tudo o que foi trabalhado hoje terá continuidade nas discussões das oficinas tutoriais da Etapa 4. Nestas oficinas, as equipes somarão os alinhamentos que serão realizados e as atividades disparadas ao que foi estudado aqui no *Workshop 4* para tornar possíveis as mudanças e aperfeiçoamentos nos serviços de saúde. Reforce isso antes da avaliação.

Mas para que oportunidades de melhoria sejam identificadas e operacionalizadas, há um passo anterior que é necessário: **a produção de sentido frente à temática.**



ATIVIDADE 2 - RELEMBRANDO E AVALIANDO O ENCONTRO

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo da atividade: 15 minutos.

Depois de participar deste *Workshop* e ser apresentado a novas ideias, vamos a uma pequena avaliação do encontro. Mas antes é importante lembrar rapidamente aonde queríamos chegar:

- Compreender o conceito de condição de saúde no cuidado em saúde mental;
- Compreender o conceito de gestão da clínica em saúde mental e suas possibilidades;
- Compreender o conceito de escalonamento do cuidado em Saúde Mental sob a perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Vamos direcionar um momento de avaliação bem simples, por meio da ferramenta “Que bom, que pena e que tal”:

Que bom

- os participantes devem listar os pontos positivos das atividades realizadas.

Que pena

- os participantes devem listar os pontos negativos das atividades realizadas.

Que tal

- os participantes devem listar as oportunidades de melhoria, de acordo com o que foi identificado.

Agora estimule as pessoas a compartilhar com todo o grupo as avaliações elaboradas.



Caso o grupo tenha optado, no início desse *Workshop*, pela atividade que questiona sobre as expectativas do grupo (o que eu espero do *Workshop 4?*), agora será o momento de resgatar os papéis e reler para comparar o antes e depois.

Agradeço sua participação e envolvimento no *Workshop 4!*
Lembre-se de que você é um agente multiplicador das trocas vivenciadas nesse encontro!
Espero que as reflexões disparadas continuem ecoando nos serviços!

Até Breve!

REFERÊNCIAS GERAIS

AQUINO, C. T. E. **Como aprender: andragogia e as habilidades de aprendizagem**. 1. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1979.

REFERÊNCIAS TEXTO A

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1)

GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS et al. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet Psychiatry**, v. 9, n. 2, p. 137-150, 2022. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3. Epub 2022 Jan 10. PMID: 35026139; PMCID: PMC8776563. Acesso em: 15 mar 2023.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 9, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900010>. Acesso em: 15 mar 2023.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

PEIXOTO, S. V. A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde. (2020). A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.14672020>. Acesso em: 15 mar 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2022**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



ANEXOS

ANEXOS

Perguntas e respostas para o Jogo Mental MACC:

Intervenções de promoção e prevenção de condições de saúde mental

1. Verdadeiro ou falso: a territorialização é fundamental para o conhecimento da população com necessidades de cuidado em saúde mental.

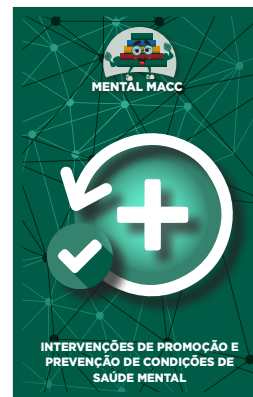
R: Verdadeiro, pois o conhecimento da população com necessidades de cuidado em saúde mental começa com o cadastramento individual e familiar da população do território da APS, uma das etapas do processo de territorialização.
2. Qual é o nome da intervenção educacional que ensina as pessoas usuárias e suas famílias a cuidar melhor da saúde?

R: O nome é psicoeducação, que busca apoiar as pessoas usuárias e seus familiares a entenderem e melhorarem sua saúde, por exemplo, a saúde mental, pois muitos deles têm pouco ou nenhum conhecimento sobre sua condição de saúde.
3. Verdadeiro ou falso: o nível 1 do MACC (intervenções promocionais em saúde) está ligado à ausência de fatores de risco ou transtornos estabelecidos.

R: Verdadeiro, nesse nível as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários, ou seja, ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais e outros.
4. Verdadeiro ou falso: o nível 2 do MACC (intervenções preventivas em saúde) tem foco nos determinantes proximais da saúde.

R: Verdadeiro, nesse nível, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde, ou seja, ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como fatores que influenciam no desenvolvimento emocional e desencadeiam transtornos mentais: exposição à violência, violação dos direitos humanos, extrema pobreza, entre outros.
5. Quais tipos de intervenção são indicados para o nível 2 do MACC (intervenções preventivas em saúde)?

R: Intervenções psicossociais de baixa intensidade. São consideradas abordagem de primeira escolha para o manejo em saúde mental na APS. Podem ser utilizadas por várias categorias profissionais, podendo



fazer parte de rotinas assistenciais. Esse tipo de abordagem é ancorado em técnicas de aconselhamento, orientações básicas para prevenção a determinado padrão de comportamento e desenvolvimento de habilidades para resolução de problemas.

6. Verdadeiro ou falso: os determinantes sociais intermediários da saúde estão ligados ao nível 2 do MACC (intervenções preventivas em saúde).

R: Falso. Estão ligados ao nível 1 do MACC (intervenções promocionais em saúde). No nível 2 do MACC, o foco das intervenções é para as ações de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como ações direcionadas ao tabagismo, à alimentação inadequada, à inatividade física, ao excesso de peso e ao uso excessivo de álcool.

7. Verdadeiro ou falso: quanto pior a qualidade de vida da população, menores as possibilidades de sofrimento psíquico.

R: Falso, quanto pior a qualidade de vida, maiores as possibilidades de sofrimento psíquico, uma vez que impactos negativos exercem influência no desenvolvimento de agravos de saúde mental ao longo de toda a vida do indivíduo.

8. Verdadeiro ou falso: as condições de vida e de trabalho refletem sobre o sofrimento psíquico?

R: Verdadeiro, essas condições exercem influência no desenvolvimento de agravos de saúde mental, pois quanto pior a qualidade de vida, maiores as possibilidades de sofrimento psíquico.

9. “Fatores que influenciam no desenvolvimento emocional comprometem a capacidade de resiliência e desencadeiam transtornos mentais”. Essa afirmativa está relacionada a qual nível do MACC?

R: Nível 2 do MACC (intervenções preventivas em saúde). Nesse nível, o foco das ações é voltado aos fatores de riscos ligados ao comportamento e estilo de vida, focando a parcela da população que apresenta esses fatores que criam condição para uma doença ou agravo.

10. Cite uma ação de promoção de saúde mental que pode ser realizada no território.

R: Resposta aberta. Exemplos: campanha de combate à estigmatização, promoção de atividades nas escolas, caminhada comunitária.

11. Verdadeiro ou falso: as ações de prevenção em saúde mental devem possuir um caráter prioritariamente intersetorial (que envolve diversos setores), contemplar os ciclos de vida humana e estar integradas a ações de outras condições crônicas por suas semelhanças em curso e duração.

R: Verdadeiro, garantir articulação intersetorial, considerando ciclos de vida e integração com ações de outras condições crônicas visa à integralidade e equidade do cuidado em saúde mental.

12. Cite exemplos de ações intersetoriais (que envolve diversos setores) que podem ser desenvolvidas com o foco em intervenções promocionais de saúde no nível 1 do MACC.

R: Resposta aberta. Exemplos: Programa Saúde na Escola, ações voltadas à cultura, ações conjuntas com o CRAS.

13. Qual o nome do processo utilizado para vincular a população a uma equipe da APS?

R: Cadastramento individual e familiar. É a partir desse processo que se define a população que, organizada socialmente em famílias, se vinculará a cada equipe da APS.

14. Cite um grupo específico da população que se encontra em situação de vulnerabilidade para o sofrimento mental.

R: Resposta aberta. Exemplos: Vítimas de abusos, idosos em situação de negligência, crianças abandonadas, população privada de liberdade, população em situação de rua. Condições de saúde específicas e grupos sociais excluídos do processo de garantia dos direitos básicos por questões étnicas, financeiras, de gênero e sexualidade merecem atenção, pois podem se encontrar em situação de risco para o sofrimento mental, a depender do nível e do tipo de exposição ao qual são submetidos.

15. Verdadeiro ou falso: viver em comunidades nas periferias de grandes cidades ou áreas de extrema pobreza é um fator de risco para desenvolvimento de agravos de saúde mental?

R: Verdadeiro, viver em situações consideradas semelhantes à de emergência humanitária, como a de extrema pobreza, influencia no desenvolvimento de agravos de saúde mental ao longo de toda a vida do indivíduo.

16. Verdadeiro ou falso: transtornos mentais e uso de substâncias são condições que afetam grupos etários jovens e, por isso, as ações de promoção e prevenção devem ser destinadas apenas a essa subpopulação.

R: Falso. São condições que afetam todos os grupos etários, classes sociais e ocorrem em todo o mundo.

17. Cite dois fatores de risco para a saúde mental observados durante a infância.

R: Resposta aberta. Exemplos: desnutrição, abuso sexual, fraco suporte social, negligência parental. Os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais estão associados a fenômenos durante o ciclo de vida e particularidades de cada fase da vida.

18. Verdadeiro ou falso: os transtornos mentais não são condições que podem ser passados de geração para geração (herança genética), logo não é necessário conhecer o histórico familiar de transtornos mentais.

R: Falso. O conhecimento do histórico familiar de transtornos mentais auxilia na identificação de indivíduos em risco para essa condição, uma vez que existem evidências de herança genética (desde a concepção, no ciclo de vida).

19. Verdadeiro ou falso: a “nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde mental” é um documento norteador para a linha de cuidado em Saúde Mental.

R: Verdadeiro, o documento oferece elementos para os processos de gestão da clínica, apresentando parâmetros atualizados segundo as evidências e que dialoga com o manejo da condição de saúde nos diferentes pontos de atenção da RAPS, padronizando a linguagem para os profissionais.

20. Selecione a alternativa INCORRETA. _____ é um potente aliado na identificação de fatores de risco e vulnerabilidade no âmbito familiar que possam repercutir no desenvolvimento de transtornos mentais.

- a. Cadastro familiar
- b. Estratificação de risco/vulnerabilidade familiar
- c. Encaminhamento ao ambulatório de saúde mental
- d. Visita domiciliar

R: Alternativa incorreta é a letra “c”. O encaminhamento ao ambulatório de saúde mental não é uma ferramenta de identificação de fatores de risco familiar, e sim uma estratégia utilizada para a gestão de condições de saúde mental complexas. Lembrando que o cuidado, ainda assim, deve ser compartilhado entre APS e ambulatório!

21. Verdadeiro ou falso: somente a organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de responder à complexidade das demandas de inclusão de pessoas estigmatizadas.

R: Verdadeiro, pois a articulação em rede de diversos equipamentos e serviços de diversos setores que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania dessas pessoas.

22. Verdadeiro ou falso: para a organização da rede, não é necessário conhecer o território.

R: Falso. É importante conhecimento do território para organização da rede para delimitação do perfil de atuação de cada ponto de atenção de forma contínua, complementar e integral, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo.

23. Cite dois fatores de risco para a saúde mental observados durante a terceira idade.

R: Resposta aberta. Exemplos: perda da atividade laboral por aposentadoria, perda de autonomia, fragilidade no suporte social, doenças crônicas. Cada fase da vida apresenta desafios em relação a fatores estressores, que podem propiciar sofrimento psíquico. A abordagem de tais fatores é importante para as equipes de saúde da família que prestam o cuidado longitudinal à pessoa usuária, respeitando seus ciclos vitais.

24. Cite exemplo de intervenções psicossociais de baixa intensidade.

R: Resposta aberta. Exemplos: psicoeducação, técnicas de relaxamento e gerenciamento de estresse, terapia de manejo de problemas. As intervenções psicossociais são ancoradas em técnicas de aconselhamento, orientações básicas para prevenção a determinado padrão de comportamento, transferência de conhecimento, desenvolvimento de habilidades para resolução de problemas, entre outros.

25. Verdadeiro ou falso: as intervenções psicossociais só podem ser realizadas por especialistas em saúde mental.

R: Falsa. As intervenções psicossociais podem ser ofertadas por profissionais não especializados e de diferentes categorias profissionais.

Gestão de condições de saúde mental simples

1. Verdadeiro ou falso: a intervenção farmacológica é a abordagem de primeira escolha para o manejo das condições de saúde mental simples na APS.

R: Falso. Intervenções não-farmacológicas são a primeira escolha, como as intervenções psicossociais, redução do estresse, fortalecimento da rede de apoio social e das atividades diárias.

2. Verdadeiro ou falso: a análise sobre a periodicidade e o tipo da queixa com a qual as pessoas procuram o serviço, em especial as hiperutilizadoras, é um elemento que pode apoiar a identificação de indivíduos que possam estar em sofrimento mental.

R: Verdadeiro, uma abordagem integral e com olhar diferenciado e crítico para as demandas amplia a possibilidade de detecção e tratamento adequado das pessoas usuárias.

3. Verdadeiro ou falso: as condições de saúde mental simples têm essa classificação por exigirem intervenções de menor intensidade e que, proporcionalmente na população, não são tão comuns.

R: Falso. Proporcionalmente, as condições de saúde mental simples são mais comuns quando comparadas às condições complexas e muito complexas.

4. Complete a frase: para o manejo das condições de saúde mental simples, o uso do manual _____ orienta às equipes quanto ao direcionamento e às possibilidades de manejo.

R: Manual de Intervenções *Mental Health Gap Action Programme* (MI-mhGAP), trata-se de uma ferramenta prática e objetiva, que apresenta o manejo integrado de condições prioritárias em saúde mental, com uso de protocolos específicos para tomada de decisão na APS.



5. Verdadeiro ou falso: as condições de saúde mental simples devem ser manejadas por profissional do ambulatório especializado em saúde mental.

R: Falso. Devem ser manejadas prioritariamente pela equipe multiprofissional de APS (eSF e NASF).

6. Verdadeiro ou falso: as ações matriciais (trabalho colaborativo interdisciplinar) da equipe NASF têm um papel importante para aumentar a resolubilidade da APS e para fortalecer seu papel de coordenadora do cuidado na RAPS, além de ampliar as possibilidades de intervenções.

R: Verdadeiro. A estratégia do matriciamento possui um aspecto pedagógico que fortalece a educação permanente nos territórios, possibilitando o desenvolvimento de competências das equipes, além de oferecer retaguarda assistencial.

7. Cite exemplos de ações matriciais (trabalho colaborativo interdisciplinar) que podem favorecer o cuidado em saúde mental.

R: Resposta aberta. Exemplos: discussão de caso, consulta conjunta, grupos compartilhados, educação permanente. A base fundamental do apoio matricial está em viabilizar a integração da APS com a Atenção Especializada em Saúde Mental e realizar um cuidado colaborativo a partir de um plano de cuidado comum.

8. Verdadeiro ou falso: na gestão da condição de saúde simples (nível 3 do MACC), é necessário o encaminhamento à unidade hospitalar para estabilização.

R: Falso. Esse quadro pode ser manejado pela equipe multiprofissional de APS (eSF e eNASF).

9. Verdadeiro ou falso: o papel do NASF como matriciador aumenta as possibilidades de intervenção e a resolubilidade no nível primário.

R: Verdadeiro, por meio das ações matriciais, é possível o desenvolvimento de competências das equipes para ampliação do escopo de atuação e resolubilidade.

10. Verdadeiro ou falso: os transtornos mentais comuns consistem em quadros leves e moderados.

R: Verdadeiro. São transtornos mentais de menor gravidade que aqueles atendidos nas unidades especializadas, com muitas queixas físicas, sem nenhuma doença associada, com sintomas mistos de ansiedade e depressão associados a problemas psicossociais.

11. Verdadeiro ou falso: as pessoas usuárias atendidas pelas equipes da APS que trazem queixas físicas sem nenhuma doença associada se encontram sempre no nível 2 do MACC por não apresentarem uma condição de saúde instalada.

R: Falso. Quando critérios classificatórios indicam a presença de somatização crônica (queixa física persistente sem nenhuma doença associada), a pessoa usuária deve ser considerada no nível 3 do MACC, por apresentar uma condição de saúde mental instalada.

12. Verdadeiro ou falso: o acolhimento e a escuta, o apoio das equipes e dos grupos são, em grande parte dos casos, suficientes para a pessoa usuária com condição de saúde mental simples (nível 3 do MACC) se reestruturar, buscando soluções para seus problemas.

R: Verdadeiro. Uma parcela significativa das pessoas usuárias (30%) tem remissão (controle) espontânea dos sintomas e apresentam melhoras quando apoiados pelas equipes, individualmente ou nos grupos das unidades da APS.

13. Verdadeiro ou falso: acompanhar pessoas usuárias com condição de saúde mental simples (nível 3 MACC) significa incentivar atividades que promovam autocuidado, resgate da autoestima, construção de espaços e rotinas prazerosas e de realização pessoal.

R: Verdadeiro: Essas atividades podem ser realizadas nas unidades ou em outros espaços comunitários e aí se incluem atividades físicas, trabalhos manuais, cuidado de hortas, grupos de mulheres e inúmeros outros a serem organizados, dependendo dos recursos da equipe e da comunidade.

14. Verdadeiro ou falso: as pessoas usuárias com quadros de somatização crônica (queixa física persistente sem nenhuma doença associada) não devem ser atendidas na APS com tanta regularidade, para evitar o surgimento de novas queixas físicas como forma de obter atenção da equipe.

R: Falso. Qualquer sofrimento emocional é razão suficiente para ser cuidado. Essas pessoas se beneficiam de atendimentos regulares, assim podem receber a atenção necessária e validação de seu sofrimento pela equipe. O atendimento regular evita o surgimento de novas queixas físicas.

15. Verdadeiro ou falso: as pessoas com condições de saúde mental simples (nível 3 do MACC) têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS.

R: Verdadeiro. Nos níveis 1, 2 e 3, o estímulo a ações de autocuidado apoiado assume papel central da intervenção, enquanto nos níveis 4 e 5, o cuidado profissional passa a assumir um papel maior, mas sempre com o foco na promoção da autonomia e na reabilitação psicossocial das pessoas usuárias.

16. Complete a frase: quando uma população não é estratificada, pode-se _____ cuidados desnecessários a pessoas com condições de saúde simples e/ou _____ cuidados necessários a pessoas com condições de saúde mais complexas, produzindo uma atenção inefetiva e ineficiente.

a) Sobreofertar / Subofertar

b) Subofertar/Sobreofertar

R: Opção correta é a letra “a”. A estratificação de risco da população permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde diferentes que devem ser atendidas por tecnologias e recursos específicos, de acordo com sua condição de saúde, evitando sobreoferta e suboferta para as subpopulações.

17. O _____ da população com condições de saúde mental leva à identificação e ao registro das pessoas usuárias com necessidades similares, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos específicos.

R: Escalonamento do cuidado. Possibilita uma melhor organização do cuidado em saúde mental, por meio de dados objetivos, apoiando na decisão quanto à terapia certa, no momento certo, para a pessoa certa.

18. Verdadeiro ou falso: é preciso traçar qual será a minha estratégia de cuidado para uma determinada subpopulação de pessoas com necessidades de cuidado semelhantes e fazer a gestão do cuidado baseado nas diferentes necessidades.

R: Verdadeiro. As diretrizes clínicas asseguram a distribuição da atenção e dos recursos de acordo com as necessidades de cuidado.

19. Verdadeiro ou falso: no nível 3 do MACC, inclui-se o acompanhamento pelas equipes da APS (eSF e eNASF) das pessoas usuárias com transtornos depressivo-ansiosos de intensidade leve a moderada, problemas de sono e abordagem do uso problemático de álcool.

R: Verdadeiro, os transtornos mentais comuns (quadros leves e moderados de alta prevalência nos territórios) devem ser manejados pela equipe multiprofissional de APS.

20. Verdadeiro ou falso: quando as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental apoiam a APS e estimulam a articulação da rede, uma parte das pessoas usuárias, quando estabilizadas, retorna ao acompanhamento somente pela equipe da APS.

R: Verdadeiro, as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental têm como objetivo apoiar a APS e estimular a articulação da rede, mediante atenção às pessoas que necessitam do acompanhamento especializado, de forma não intensiva, de modo que uma parte, quando estabilizada, retorne ao acompanhamento apenas da equipe da APS, com suporte dos profissionais dos NASF.

21. Verdadeiro ou falso: grande parte das condições de saúde mental que afetam uma população são condições crônicas para as quais a resposta do sistema de atenção à saúde e dos profissionais necessita ser fundamentalmente contínua, proativa e integrada.

R: Verdadeiro, muitos transtornos mentais são condições crônicas e, de acordo com seu alto predomínio, devem ser considerados dentre as prioridades de agravos tratados na APS.

22. Verdadeiro ou falso: a partir do nível 3 do MACC, temos de fato instalada uma condição de saúde mental cuja gravidade e nível de complexidade de cuidado que é exigido, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde.

R: Verdadeiro, o nível 3 do MACC tem como foco a gestão da condição de saúde, ou seja, a subpopulação que possui um transtorno mental já está estabelecida, porém manifesta um quadro de transtornos mentais comuns.

23. Verdadeiro ou falso: o cuidado em saúde mental se inicia quando a pessoa usuária é identificada com algum sofrimento psíquico pelas equipes da APS. Ao identificarem os casos, os profissionais os estratificam, identificando o tipo de cuidado necessário e qual equipamento da rede é o mais adequado para o cuidado daquele caso.

R: Verdadeiro. Nesse momento, a equipe do NASF participa com o apoio matricial, colaborando com o desenvolvimento de um PTS compatível com a necessidade de saúde apresentada pela pessoa usuária naquele momento.

24. Verdadeiro ou falso: o acompanhamento longitudinal regular e a busca ativa são fundamentais no seguimento de pessoas usuárias com condições crônicas de saúde mental pela APS.

R: Verdadeiro. Sabe-se que a interrupção precoce do tratamento se associa a novas agudizações e agravamento do quadro clínico.

25. Verdadeiro ou falso: a gestão da lista de pessoas usuárias não auxilia no monitoramento da continuidade do cuidado das pessoas com condições de saúde mental pela APS, porque são pessoas com dificuldades de adesão.

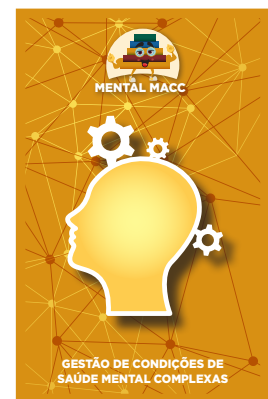
R: Falso. Cada equipe da APS deve ter sua lista de pessoas usuárias com transtorno mental para organização de um atendimento longitudinal regular, mesmo que a pessoa apresente dificuldades de adesão.

Gestão de condições de saúde mental complexas

1. As intervenções de maior intensidade só devem ser pensadas quando esgotadas as possibilidades terapêuticas de menor intensidade. A qual componente do cuidado em saúde mental esse conceito se aplica?

R: Escalonamento do cuidado. Na abordagem de cuidado escalonado, uma pessoa que se apresenta ao sistema de saúde é encaminhada ao nível de cuidado menos intensivo que mais se adapta à sua necessidade atual de tratamento, considerando o equilíbrio entre os benefícios pretendidos e os riscos potenciais.

2. Complete a frase: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de base comunitária, constituídos por equipe multiprofissional, cujo foco principal é o atendimento às pessoas com transtornos mentais _____ .



R: Graves e persistentes. Os CAPS são equipamentos desenhados para atendimento dos transtornos mentais “severos e persistentes”, estratégicos e articuladores da rede de saúde mental em seus respectivos territórios.

3. Existe uma importante estratégia, que envolve trabalho interdisciplinar colaborativo entre pontos de atenção, para a viabilização da permanência da pessoa com transtorno mental grave estável na APS com qualidade e segurança. De que estratégia estamos falando?

R: Matriciamento, essa tecnologia possibilita apoio sistemático ofertado pela equipe especializada aos demais pontos de atenção da rede, com objetivo de disponibilizar suporte técnico-pedagógico à condução do cuidado em saúde mental.

4. Verdadeiro ou falso: nos níveis 4 e 5 do MACC, o cuidado profissional passa a assumir um papel maior em relação ao autocuidado, mas sempre com o foco na promoção da autonomia e na reabilitação psicossocial das pessoas usuárias.

R: Verdadeiro, à medida que evolui o grau de risco de uma população com condição crônica, vai-se modificando a relação entre autocuidado apoiado e cuidado profissional. As condições crônicas simples são enfrentadas com concentração relativa de autocuidado apoiado; ao contrário, as condições crônicas altamente complexas, tendem a ter uma concentração maior de cuidado profissional.

5. Verdadeiro ou falso: No acolhimento de demanda espontânea na APS, não devemos investigar as necessidades em saúde mental.

R: Falsa. O atendimento as demandas espontâneas é um momento estratégico para identificar, vincular e ampliar o acesso das pessoas usuárias com necessidades de cuidado em saúde mental.

6. Verdadeiro ou falso: mesmo as pessoas com transtorno mental grave (nível 4 do MACC) devem ter seu espaço de cuidado e de atenção na APS.

R: Verdadeiro. As pessoas usuárias do território da APS não deixam de ser de sua responsabilidade, mesmo quando têm seu cuidado compartilhado com outros pontos de atenção.

7. As pessoas usuárias com transtornos mentais graves (TMG) têm por característica a perda significativa de funcionalidade social, que pode ser breve ou pode durar para o resto da vida. Os TMG e os TMG e persistentes se encontram em quais níveis do MACC respectivamente?

R: Níveis 4 e 5, nesses níveis, encontram-se as subpopulações com condições de saúde complexas e muito complexas, ou seja, com TMG e persistentes.

8. Uma das importantes ações em saúde mental na APS é o acompanhamento compartilhado do cuidado da pessoa com condição de saúde complexa. As intervenções compartilhadas entre as equipes da APS e _____ visam a estabilização da condição.

R: Equipe Ambulatorial Especializada em Saúde Mental. Essas ações compartilhadas também permitem que os diferentes profissionais, de unidades de todos os níveis do sistema de saúde, atuem de forma integrada, desenvolvendo as ações terapêuticas de que cada pessoa usuária necessita. Com isso, é possível escalonar o cuidado e qualificar a inserção da pessoa usuária na RAPS.

9. Verdadeiro ou falso: o acompanhamento compartilhado entre APS e equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental deve ocorrer para pessoas usuárias: sem remissão/controlado dos sintomas com tratamento na APS; com nível leve ou moderado de autoagressão; com transtornos mentais graves agudizados sem risco de hetero ou autoagressão; gestantes usuárias de substâncias psicoativa.

R: Verdadeiro, os casos que devem ser compartilhados com equipes especializadas são aqueles que se enquadram como casos moderados a graves e que não necessitam de cuidados com a intensidade que o CAPS oferece, ou seja, casos cujos diagnósticos e manejo não estão na competência da equipe de APS, porém não requerem uma abordagem de atenção à crise e/ou de um processo de reabilitação psicossocial mais intenso.

10. Verdadeiro ou falso: a integração das equipes da APS às equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental visa não só apoiar os profissionais da APS no cuidado em saúde mental, mas também estruturar uma integração, que facilite a comunicação e a circulação das pessoas usuárias nesses dois níveis de cuidado.

R: Verdadeiro, a integração visa construir uma rede que possibilite que os diferentes profissionais, oriundos de unidades de todos os níveis do sistema de saúde, atuem de forma integrada, desenvolvendo as ações terapêuticas de que cada pessoa usuária necessita.

11. Verdadeiro ou falso: as pessoas com condição de saúde mental complexa (nível 4 do MACC) correspondem a pessoas cujo quadro clínico aponta graus moderados, porém com comprometimento clínico e funcional significativo, alta necessidade de cuidado em saúde mental e sem demanda de reabilitação psicossocial importante.

R: Verdadeiro, neste nível, as condições de saúde mental apresentam sinais de agravamento do quadro. As intervenções são compartilhadas entre as equipes da APS e da Equipe Ambulatorial Especializada em Saúde Mental, mediante plano de cuidados compartilhado, PTS, com vistas à estabilização da condição.

12. Verdadeiro ou falso: as pessoas com condição de saúde mental complexa correspondem a usuárias ainda não estabilizadas, com necessidade de ajustes frequentes de medicação psicotrópica que estão além da competência esperada de um médico de família.

R: Verdadeiro, essas pessoas usuárias representam a demanda a ser atendida pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental e correspondem a cerca de 12% a 17% das pessoas com transtorno

mental na população adulta do território sob responsabilidade de uma equipe da APS. Elas devem continuar o acompanhamento somente com a APS quando se apresentarem estáveis, sem modificação de medicação e sem necessidade de psicoterapia especializada.

13. Verdadeiro ou falso: as pessoas com condição de saúde mental complexa (nível 4 do MACC) representam a demanda a ser atendida apenas pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental.

R: Falso, as pessoas com condição de saúde mental complexa (nível 4 do MACC) devem ser atendidas pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental de forma compartilhada com a equipe da APS.

14. Verdadeiro ou falso: as pessoas com condição de saúde mental complexa (nível 4 do MACC) correspondem a cerca de 12% a 17% das pessoas usuárias com transtorno mental na população adulta do território sob responsabilidade de uma equipe da ESF.

R: Verdadeiro, esta é a prevalência esperada para as pessoas usuárias que apresentam quadro clínico moderado, porém com comprometimento clínico e funcional significativo, necessitando de intervenções terapêuticas especializadas, com a intensidade de cuidado moderada e sem demanda de reabilitação psicossocial importante.

15. Verdadeiro ou falso: quando as pessoas com condição de saúde mental complexa se apresentarem estáveis, sem modificação de medicação e sem necessidade de psicoterapia especializada, deve ser procedida a transição do cuidado das equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, em conjunto com a APS.

R: Verdadeiro, a APS é responsável pelo cuidado longitudinal da pessoa usuária e por coordenar seu itinerário na rede.

16. Verdadeiro ou falso: as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental têm como objetivo apoiar a APS e estimular a articulação da rede, mediante atenção às pessoas que necessitam do acompanhamento especializado, de forma não intensiva, de modo que uma parte, quando estabilizada, retorne ao acompanhamento apenas da equipe da APS, com suporte dos profissionais dos NASF.

R: Verdadeiro. Os casos que devem ser compartilhados com as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental são aqueles que se enquadram como casos moderados a graves e que não necessitam de cuidados com a intensidade que o CAPS oferece, ou seja, casos que precisam do olhar da equipe especializada em saúde mental e cujos diagnósticos e manejo não estão na competência da equipe de APS.

17. Verdadeiro ou falso: quando a população infanto-juvenil apresenta demanda de atendimento especializado, desde que a abordagem terapêutica a ser utilizada nesses casos não contemple a intensividade de um CAPS infantil (CAPSi), deve ser considerada como condição de saúde mental complexa.

R: Verdadeiro. As crianças e adolescentes que apresentam condições de saúde mental moderadas a graves, mas que não necessitam de cuidados com a intensidade que o CAPSi oferece precisam do olhar da equipe especializada em saúde mental.

18. Verdadeiro ou falso: os casos que devem ser absorvidos para a continuidade do tratamento pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental são aqueles que se enquadram como casos moderados a graves e que não necessitam de cuidados com a intensidade que o CAPS oferece.

R: Verdadeiro, as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental têm como objetivo apoiar a APS e estimular a articulação da rede, mediante atenção às pessoas usuárias que necessitam do acompanhamento especializado, de forma não intensiva, de modo que uma parte, quando estabilizada, retorne ao acompanhamento apenas da equipe da APS, com suporte dos profissionais dos NASF.

19. Quando APS identifica um caso que apresenta dificuldades no manejo, discute conjuntamente com a equipe de apoio matricial e juntos definem com a pessoa usuária o seu plano de cuidado, o usuário pode permanecer sob os cuidados da equipe da APS ou ser encaminhado para unidades especializadas, dentro da perspectiva do cuidado _____.

R: Escalonado, que possibilita uma organização do cuidado por meio de dados objetivos da necessidade de cuidado em saúde mental, apoiando na decisão quanto à terapia certa, no momento certo, para a pessoa certa.

20. Verdadeiro ou falso: o compartilhamento do cuidado envolve não só a equipe da APS e o NASF, mas também as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, os CAPS e os demais pontos da rede, visando construir uma rede integrada.

R: Verdadeiro, o compartilhamento do cuidado é uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado na RAPS.

21. Verdadeiro ou falso: o atendimento especializado se organiza prioritariamente em dois níveis de cuidado, dependendo da necessidade da pessoa usuária. Isso decorre dos diferentes tipos de demanda de cuidado que as pessoas usuárias apresentam.

R: Verdadeiro, são eles:

Pessoas usuárias muito graves ou em crise, com alto comprometimento funcional e pouca inserção nas atividades comunitárias e sociais, sendo necessário um cuidado mais intensivo, de caráter interdisciplinar e intersetorial, que é disponibilizado pelos CAPS;

Pessoas usuárias cujo quadro clínico aponta graus moderados, porém com comprometimento clínico e funcional significativo, necessitando de intervenções terapêuticas especializadas, com a intensidade de cuidado moderada e sem demanda de reabilitação psicossocial importante. Essas pessoas representam a demanda a ser atendida pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental.

22. Verdadeiro ou falso: embora a APS seja responsável pelo acompanhamento dos casos leves e moderados, ela também tem papel terapêutico a desempenhar em casos mais graves. Sua função envolve o acompanhamento clínico dessas pessoas usuárias e o apoio a suas famílias.

R: Verdadeiro, mesmo que acompanhados pela Atenção Especializada em Saúde Mental, essas pessoas não deixam de ser de responsabilidade da APS, em decorrência da necessidade de garantia da integralidade e longitudinalidade do cuidado.

23. Verdadeiro ou falso: a definição de estabilidade e instabilidade clínica é crucial no modelo de cuidados compartilhado e escalonado. Podemos considerar uma pessoa usuária estável quando a medicação de maior complexidade em uso não necessita ser modificada, ou quando a necessidade de atendimento do especialista em saúde mental já não se faz necessária e a pessoa não apresenta comprometimento significativo na sua autonomia.

R: Verdadeiro, esses casos podem se apoiar nas intervenções psicossociais de menor intensidade e na abordagem centrada na pessoa, realizadas pela equipe da APS.

24. Verdadeiro ou falso: alguns casos com condições de saúde mental estabilizadas apresentam necessidade do matriciamento para a viabilização de sua permanência na APS.

R: Verdadeiro, algumas situações requerem retaguarda matricial para avaliação singular dos riscos e benefícios do tratamento, efeitos colaterais e interações medicamentosa.

25. Verdadeiro ou falso: nas condições de saúde complexas estabilizadas que retornaram para a APS, o apoio do matriciador se dará à medida que a equipe da APS solicitar, podendo manter um monitoramento do caso de forma remota e, quando necessário, realizar nova avaliação em conjunto.

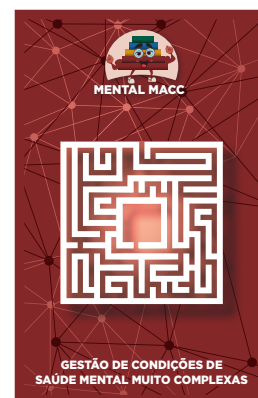
R: Verdadeiro, a APS será responsável pela continuidade do cuidado com a retaguarda do apoio matricial que poderá ser acionado a qualquer momento diante da necessidade de discussão/nova avaliação em conjunto.

Gestão de condições de saúde mental muito complexas

1. Complete a frase: dentre as competências da APS, a coordenação do cuidado, no caso das pessoas com transtorno mental grave e persistente, promove o compartilhamento do cuidado daquelas que necessitam de atendimento dos profissionais _____.

R: Especializados, especialistas ou da atenção especializada em saúde mental.

2. Verdadeiro ou falso: o atendimento com classificação de risco das pessoas usuárias com transtorno mental auxilia na priorização e manejo dos eventos agudos.



- R: Verdadeiro, a associação entre o processo de classificação de risco, o uso do MI-mHGAP e a estruturação do cuidado escalonado viabiliza uma proposta para organização do cuidado em saúde mental.
3. Verdadeiro ou falso: o matriciamento de condições de saúde mental muito complexas deve ser feito apenas pelo psicólogo e psiquiatra.
- R: Falso. Pode ser realizado por uma gama diversa de profissionais, dentre psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro e outros, a depender da necessidade.
4. Verdadeiro ou falso: lembrando dos níveis do MACC, a gestão de condições de saúde mental muito complexas encontra-se no nível 5, logo o grau de autocuidado é mais expressivo do que o cuidado assistencial.
- R: Falso. Significa que as intervenções assistenciais são mais presentes do que o potencial de autocuidado dos indivíduos.
5. Verdadeiro ou falso: nas condições de saúde mental muito complexas, há perda significativa de autonomia, aumento da condição de dependência ou risco de morte.
- R: Verdadeiro. Por isso, são indicadas ações mais intensas com maior concentração de cuidado profissional.
6. Assinale a alternativa CORRETA: na gestão da condição compartilhada (níveis 4 e 5 do MACC), o _____ passa a assumir um papel maior, mas sempre com o foco na promoção da autonomia e na reabilitação psicossocial das pessoas usuárias.
- a) autocuidado
 - b) autocuidado apoiado
 - c) cuidado profissional
 - d) cuidado na APS
- R: Letra C. A concentração entre o autocuidado e cuidado profissional é relativa à complexidade do caso, à medida que a complexidade do caso vai aumentando, há uma maior concentração de cuidado profissional.
7. Verdadeiro ou falso: nos transtornos mentais graves e persistentes, o cuidado continua compartilhado, porém com ênfase temporária no CAPS de referência, até estabilização do usuário.
- R: Verdadeiro. Por se tratar de condição muito complexa, é necessário acompanhamento com ênfase do CAPS para estabilização.
8. Verdadeiro ou falso: as condições de saúde mental muito complexas (nível 5 MACC) são quadros crônicos, em que o uso contínuo da medicação adequada é essencial na prevenção de crises e reagudizações que podem levar a episódios de autoagressão ou a terceiros ou mesmo a necessidade de internação.

R: Verdadeiro, nesse nível, outras intervenções importantes são aquelas com o foco na reabilitação psicossocial, em decorrência da perda significativa de autonomia, aumento da condição de dependência ou risco de morte. As intervenções voltadas às relações familiares e comunitárias são importantes em todos os níveis, porém tornam-se especialmente relevantes nesse nível de cuidado.

9. Verdadeiro ou falso: pessoas usuárias com condições de saúde mental muito complexas (nível 5 do MACC) são usuárias muito graves ou em crise.

R: Verdadeiro, nesse nível, existe comprometimento funcional e pouca inserção nas atividades comunitárias e sociais.

10. Complete a frase: para as pessoas usuárias com condições de saúde mental muito complexas (nível 5 do MACC), é necessário um cuidado mais intensivo, de caráter interdisciplinar e intersetorial, que é disponibilizado pelos_____.

R: CAPS. O CAPS desenvolve cuidado mais intensivo com uma abordagem de atenção à crise e/ou de um processo de reabilitação psicossocial de caráter interdisciplinar e intersetorial.

11. Verdadeiro ou falso: pessoas com condições de saúde mental muito complexas necessitam de uma frequência regular à unidade especializada de, no mínimo, uma a duas vezes por semana, com acesso a diferentes atividades terapêuticas e sem perspectiva, a curto prazo, de retorno para atendimento em saúde mental pela APS, dada a gravidade de seu quadro.

R: Verdadeiro. Nestes casos, as intervenções devem ter como foco a reabilitação psicossocial, em decorrência da perda significativa de autonomia, aumento da condição de dependência ou risco de morte e as intervenções voltadas às relações familiares e comunitárias.

12. Verdadeiro ou falso: as pessoas usuárias com condições de saúde mental muito complexas (nível 5 do MACC) necessitam manter seus planos de cuidado integrados com a APS, pois ela é responsável pelo cuidado.

R: Verdadeiro. A estruturação de planos de cuidados compartilhados, geralmente definidos na saúde mental como Projeto Terapêutico Singular (PTS), permite que os diferentes profissionais, de forma integrada, desenvolvam as ações terapêuticas de que cada pessoa necessita.

13. Verdadeiro ou falso: pessoas usuárias com condições de saúde mental muito complexas (nível 5 do MACC) representam em torno de 3% da população em geral.

R: Verdadeiro, enquanto 12% da população acima de 12 anos apresenta transtornos mentais graves e relacionados ao uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas, em um território coberto por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família.

14. Apesar do importante comprometimento funcional das pessoas usuárias com transtorno mental grave e daquelas em uso nocivo e dependência de álcool e drogas, o cuidado prestado a cada grupo se dá de forma distinta e em unidades especializadas diferentes. O primeiro grupo é direcionado aos _____ e o segundo grupo aos CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), ADIII e IV.

R: CAPS I, II, III, pois atendem prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

15. Verdadeiro ou falso: a grande demanda por consultas e atendimentos individuais de transtornos leves e moderados, que os CAPS acolhem, apesar de não ser sua demanda prioritária, aponta uma rede ainda em construção, que necessita ser fortalecida na perspectiva do cuidado escalonado.

R: Verdadeiro, pois os CAPS são serviços cujo foco principal é o atendimento às pessoas com Transtornos Mentais Graves e persistentes e as iniciativas de reabilitação psicossocial em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Também devem assistir as pessoas com necessidades decorrentes do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise, seja nos processos de reabilitação psicossocial.

16. O foco das intervenções junto a pessoas com condições de saúde mental muito complexas (nível 5 do MACC) é a reabilitação psicossocial. Qual serviço da RAPS deve manter ênfase temporária na reabilitação psicossocial até a estabilização?

R: CAPS. O cuidado continua compartilhado com a APS, porém com ênfase temporária no CAPS de referência, com foco na reabilitação psicossocial, em decorrência da perda significativa de autonomia, aumento da condição de dependência ou risco de morte até estabilização do usuário.

17. Constitui-se em uma ferramenta estratégica para a gestão dos casos mais complexos. Estamos falando de:

R: Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou plano de cuidados, por meio deles, definem-se as intervenções terapêuticas apropriadas às necessidades apresentadas pelo usuário, o escalonamento do cuidado e os profissionais responsáveis pelo monitoramento do caso.

18. Verdadeiro ou falso: a estabilidade clínica pode ser considerada quando a medicação de maior complexidade em uso não necessita ser modificada.

R: Verdadeiro. Qualquer necessidade de alteração desse tipo de medicação deve passar pelo especialista, pois exige reavaliação de dose ou classe de medicação.

19. Verdadeiro ou falso: a estabilidade clínica pode ser considerada quando a necessidade de atendimento do especialista em saúde mental de diferentes modalidades já não se faz necessária.

R: Verdadeiro. O usuário que não apresenta comprometimento significativo na sua autonomia pode se apoiar nas intervenções psicossociais de menor intensidade e na abordagem centrada na pessoa, realizadas pela equipe da APS.

20. Verdadeiro ou falso: os CAPS são serviços de base comunitária, constituídos por equipe multiprofissional, cujo foco principal é o atendimento às pessoas com Transtornos Mentais Graves e persistentes e as iniciativas de reabilitação psicossocial em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

R: Verdadeiro. O CAPS tem como foco as intervenções junto a pessoas com condições de saúde mental muito complexas (nível 5 do MACC).

21. Verdadeiro ou falso: as pessoas com Transtornos Mentais Graves e persistentes devem ser acompanhadas exclusivamente pelos profissionais especializados.

R: Falso, essas pessoas, mesmo que acompanhadas pela Atenção Especializada em Saúde Mental, na perspectiva da integralidade, permanecem em acompanhamento pela equipe da APS.

22. Verdadeiro ou falso: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou plano de cuidado, constitui-se em uma ferramenta estratégica para a gestão dos casos mais complexos?

R: Verdadeiro. O PTS tem como objetivo estruturar o cuidado, direcionando o caso ao nível de atenção mais adequado, definindo intervenções terapêuticas apropriadas às necessidades apresentadas pelo usuário e apontando os profissionais responsáveis pelo seu monitoramento e revisão periódica.

23. Verdadeiro ou falso: no fluxo para atenção psicossocial, situações como ideação suicida grave, comprometimento funcional importante, isolamento social, agitação psicomotora, risco iminente de autoagressão ou a terceiros, abstinência ou intoxicação severa de álcool e outras drogas se caracterizam como não urgente, podendo aguardar programação do cuidado.

R: Falso, essas situações se caracterizam como urgente, necessitando de atendimento imediato com o compartilhamento com o CAPS e acionamento da unidade de emergência (unidade hospitalar), se necessário.

24. Verdadeiro ou falso: a reabilitação psicossocial é uma ação que está no escopo de atuação somente dos CAPS.

R: Falsa, apesar de os CAPS terem em seu escopo de ações o papel da reabilitação psicossocial, os demais pontos da RAPS, principalmente a APS, também têm o desafio da garantia das conquistas dessas pessoas usuárias.

25. Cite exemplos de estratégias que compõem o Projeto Terapêutico Singular nos Centros de Atenção Psicossocial.

R: Resposta aberta. Exemplos: acolhimento inicial, atenção às situações de crise, atendimento em grupo, atendimento para família, entre outras. A proposta terapêutica dos CAPS é estruturada a partir de um PTS elaborado por equipe interdisciplinar, a qual deve manter constante diálogo e articulação com a APS do seu território para a oferta de cuidados, como atendimentos individuais, visitas domiciliares, atividades comunitárias e em grupo, sendo esses os principais recursos do serviço dentro do paradigma da desinstitucionalização.



ALBERT EINSTEIN

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITÁ BRASILEIRA



PROADI-SUS

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



SUS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO FEDERAL

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO