

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

LINHA DE CUIDADO E DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

Caderno 1
SAÚDE MENTAL



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Diretoria Assistencial

SAÚDE MENTAL

Linha de Cuidados e Diretrizes Assistenciais, nº 1.

Belo Horizonte -MG
2023

© Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é dos autores. O conteúdo desta e de outras obras da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pode ser acessada na página <www.fhemig.mg.gov.br>.

1ª Edição - 2023.

Elaboração

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
Diretoria Hospitalar
Gerência de Diretrizes Assistenciais
Rodovia Papa João Paulo II, 4001, Serra Verde
Belo Horizonte/Minas Gerais. CEP: 31.630-901
Telefone (31) 3239-8357
Site: www.fhemig.mg.gov.br

Editoração e Organização

Desirée Mainart Braga/ RT do NUTIS/GDA/DIRASS

Diagramação de capa

Wagner Antônio Perche/Núcleo de Publicidade/ACS

Coordenação da elaboração

Desirée Mainart Braga/ RT do NUTIS/GDA/DIRASS
Ana Carolina Amaral de Castro Hadad/ Gerente de Diretrizes Assistenciais/DIRASS/FHEMIG

Lista de Autores

Aline Candido de Almeida Pinto Mendes – Enfermeira da DCGI/FHEMIG
Alisson Rubson Alves – Enfermeiro do NUTIS/GDA/DIRASS
Ana Carolina Amaral de Castro Hadad – Gerente de Diretrizes Assistenciais
Arthur Felipe Ribeiro Mendes - Coordenador da COEMULT/GDA/DIRASS
Camila de Andrade Oliveira - Acadêmica de Enfermagem do NUTIS/GDA/DIRASS
Cristiane Nascimento Lima - Psicóloga da COEMULT/GDA/DIRASS
Deise Cardoso Campos - Epidemiologista do NUTIS/GDA/DIRASS
Desirée Mainart Braga - RT do NUTIS/GDA/DIRASS
Érika Cristina Fernandes Chamon - Coordenadora da CSA/GDA/DIRASS
Fernanda Bitarães de Aguiar - Enfermeira da CSA/GDA/DIRASS
Flávio Souza Lima - Médico Infectologista da CSA/GDA/DIRASS
Guilherme Donini Armiato - Médico do NUTIS/GDA/DIRASS
Isabella Manetta de Moraes - Enfermeira da CSA/GDA/DIRASS
Júlia Abreu Vilela - Médica da COMED/DIRASS
Kátia Cristina Martins Fonseca - Terapeuta Ocupacional da COEMULT/GDA/DIRASS
Maria Lúcia dos Santos Cabral - Assistente Social da COEMULT/GDA/DIRASS
Priscila Penido Antunes - Fonoaudióloga da COEMULT/GDA/DIRASS
Quesia Vitória Bezerra – Acadêmica de Enfermagem da COEMULT/GDA/DIRASS
Roberta Aparecida Gonçalves - Médica infectologista da CSA/GDA/DIRASS
Tiago Sávio Moreira Possas - Fisioterapeuta da COEMULT/GDA/DIRASS

Aprovação

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad/ Gerente de Diretrizes Assistenciais/DIRASS/FHEMIG
Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos - Diretora Assistencial da FHEMIG

Transtorno mental não especificado ou
Psicótico em caráter progressivo? Ser ou não ser...

I

Já a minha psique adoece
Por ser observado pelo exterior
Mas, é Deus que me fortalece
Mesmo deitado pelos passeios públicos
De Belo Horizonte... O mundo meu é esse?

II

Uma macieira repleta de maçãs verdes
Deixa uma despencar do alto da copa
Sendo atraída para o centro da terra
Eis a Lei da gravidade e é por causa
Dessa Lei que andamos preso ao solo...

III

O meu mundo não é esse, mas,
Esse:

Carlos de Sapho, 2021.
(Paciente do Instituto Raul Soares/FHEMIG)

Transcrição literal do autor



Em 2019 nascia o Projeto Arte e Tela, idealizado pela médica e artista plástica Roberta Aparecida Gonçalves, integrante do Instituto Raul Soares/FHEMIG à época. Teve como principal objetivo estimular a socialização e a produção artística dos pacientes internados e de toda comunidade hospitalar. As telas em branco, disponibilizadas nos corredores do hospital, aos poucos foram ganhando cores, formas e sentimentos. Todos passaram por ali e deixaram sua marca.

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil pela Lei Federal nº 8080 de 1.990, regula, em todo território nacional, ações e serviços de saúde, de forma regionalizada e hierarquizada, considerando os arranjos organizativos de ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando garantir a integralidade do cuidado.

Em 2.011, o governo federal reconheceu a necessidade de se estabelecer as redes temáticas, entre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - foco deste trabalho - favorecendo, assim, o fortalecimento da RAS.

A RAPS, ao criar pontos de atenção nos diversos níveis de complexidade do SUS, garante a oferta de ações preventivas, curativas e de reabilitação, estando a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) inserida neste contexto, representada por suas Unidades Assistenciais e Complexos Hospitalares.

Esta Linha de Cuidado, elaborada por diversos autores, inclui protocolos clínicos e diretrizes para o cuidado, possibilitando mudanças no processo de trabalho de forma que haja um processo constante de aproximação dos profissionais de saúde com a saúde mental, no sentido de se romper com paradigmas que acompanham o cuidado de pacientes psiquiátricos e que já vem sendo paulatinamente desconstruídos desde o advento da reforma psiquiátrica.

Além da abordagem dos principais pontos de atenção da RAPS, e suas atribuições, serão discutidos, aqui, a regulação de acesso aos leitos e os critérios clínicos para internação, estratégias de desinstitucionalização, atribuições da equipe multiprofissional e tópicos especiais.

Este documento trabalha a transversalidade e a integralidade do cuidado nas Unidades da FHEMIG, fornecendo subsídios tanto para o profissional de saúde quanto para o gestor.

Boa leitura.

Dra. Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretora Assistencial da FHEMIG

EXPEDIENTE FHEMIG

Presidência

Renata Ferreira Leles Dias

Chefe de Gabinete

Carolina Santos Lages

Procuradoria

João Viana da Costa

Controladoria Seccional

Marcela Oliveira Ferreira Dias

Assessoria de Comunicação Social

Janaína de Oliveira

Assessoria Estratégica

Bárbara Campos de Andrade

Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças

Lucas Salles de Amorim Pereira

Diretoria Assistencial

Lucineia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretoria de Gestão de Pessoas

Marina Emediato Lara Carvalho Mohl

Diretoria de Contratualização, Faturamento e Parcerias

Diana Martins Barbosa

UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FHEMIG

Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência

Hospital Infantil João Paulo II | Hospital João XXIII | Hospital Maria Amélia Lins - **Fábricio Giarola Oliveira**

Complexo Hospitalar de Especialidades

Hospital Alberto Cavalcanti | Hospital Júlia Kubitschek – **Cláudia Fernanda de Andrade**

Unidades Assistenciais de Saúde Mental

Centro Mineiro de Toxicomania - **Roberta Pádua Moraes**

Centro Psíquico da Adolescência e Infância - **Virgínia Salles de Resende M. de Barros**

Instituto Raul Soares - **Marco Antônio de Rezende Andrade**

Complexo Hospitalar de Barbacena

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena | Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo - **Claudinei Emídio Campos**

Unidades Assistenciais de Referência

Hospital Regional Antônio Dias – **Polyana de Oliveira Caires**

Hospital Regional João Penido - **Daniel Ortiz Miotto**

Maternidade Odete Valadares – **Raquel Mariz Martins**

Hospital Eduardo de Menezes - **Virgínia Antunes de Andrade Zambelli**

Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados

Casa de Saúde Padre Damião - **Adelton Andrade Barbosa**

Casa de Saúde Santa Fé – **Claudete Bernardo Basaglia**

Casa de Saúde Santa Izabel - **Eliane Daniele Teixeira Magalhães**

Casa de Saúde São Francisco de Assis - **Vanessa Cristina Leite da Silveira**

Hospital Cristiano Machado - **Andreza Conceição Lopes Vieira Sete**

Sistema Estadual de Transplantes

MG Transplantes - **Omar Lopes Cançado Júnior**

LISTA DE SIGLAS

- APS** - Atenção Primária à Saúde
BO - Boletim de Ocorrência
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CCC - Centros de Convivência e Cultura
CEPAI - Centro Psíquico da Infância e Adolescência
CHPB - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
CIB-MG - Comissão de Intergestores Bipartite de MG
CMT - Centro Mineiro de Toxicomania
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONAD - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EAD - Educação a Distância
ECT - Eletroconvulsoterapia
EM - Equipe de Matriciamento
ER - Equipe de Referência
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HJK - Hospital Júlia Kubistchek
HRJP - Hospital Regional João Penido
HJXXIII - Hospital João XXIII
IRS - Instituto Raul Soares
LC - Linha de Cuidado
LP - Lesão Por Pressão
MG - Minas Gerais
MS - Ministério da Saúde
NANDA - *North American Nursing Diagnóstics Association*
NASF - Núcleo de Assistência às Famílias
NIC - Classificação de Intervenções de Enfermagem
NOTIVISA - Notificação em Vigilância Sanitária
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONGS - Organizações Não Governamentais
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PD - Programa de Desinstitucionalização
PGDI - Plano de Gestão do Desempenho Individual
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente
PTS - Projeto Terapêutico Singular

PVC - Programa de Volta para Casa

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TEA - Transtorno do Espectro Autista

TO - Terapia Ocupacional

TR - Técnico de Referência

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UPP - Úlcera por Pressão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	13
3 AR CABOUÇO LEGAL	15
4 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	17
4.1 LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL	18
4.2 LEITOS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	19
4.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	19
4.4 FLUXO DE ATENDIMENTO NA RAPS	20
5 A REGULAÇÃO DE ACESSO AOS LEITOS HOSPITALARES	27
5.1 FLUXO REGULATÓRIO DE INTERNAÇÃO	27
5.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	29
5.2 CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA INTERNAÇÃO	31
6 PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR	33
7 TÉCNICO DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL	37
8 ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	39
9 ACOLHIMENTO E ABORDAGEM PSICOSSOCIAL	41
10 DIRETRIZES CLÍNICAS	44
10.1 ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	44
10.2 SÍNDROME DA ABSTINÊNCIA ALCÓOLICA	45
10.3 INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA	46
10.4 MANEJO CLÍNICO DO USUÁRIO DE CRACK	46
10.5 MANEJO DO PACIENTE ADULTO COM AGITAÇÃO E AGRESSIVIDADE	47
10.6 ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AO PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA	48
10.7 ESTRATÉGIAS PARA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM COMPORTAMENTO SUICIDA	48
10.8 ESQUIZOFRENIA REFRAATÁRIA	49
10.9 ELETROCONVULSOTERAPIA	50
10.10 ASSISTÊNCIA AO PACIENTE VÍTIMA DE EXPOSIÇÃO SEXUAL	50
11 A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL	52
11.1 SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	54

11.2 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	55
11.3 PREVENÇÃO DE QUEDAS	56
11.4 PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	58
11.5 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	59
12 EVASÃO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO	61
13 PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE MICRORGANISMOS: DESAFIOS NA SAÚDE MENTAL	64
13.1 HERPES ZOSTER	66
13.2 TUBERCULOSE PULMONAR OU LARÍNGEA	67
13.3 ESCABIOSE	67
13.4 PEDICULOSE	68
13.5 CUIDADOS COM PACIENTES PROVENIENTES DE OUTRAS INSTITUIÇÕES	69
13.6 PREVENÇÃO DE SURTOS INTER- HOSPITALARES	70
14 ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	71
14.1 EQUIPE MÉDICA	72
14.2 EQUIPE DE ENFERMAGEM	75
14.3 EQUIPE DE PSICOLOGIA	80
14.4 EQUIPE DO SERVIÇO SOCIAL	82
14.5 EQUIPE DA TERAPIA OCUPACIONAL	83
14.6 EQUIPE DA FISIOTERAPIA	84
14.7 EQUIPE DE FONOAUDIOLOGIA	86
15 ALTA RESPONSÁVEL	88
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE I - FLUXO INTERNO REGULATÓRIO DE PACIENTES COM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DO INSTITUTO RAUL SOARES	108
ANEXO I – FLUXO DE ATENDIMENTO – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	110

1 INTRODUÇÃO

Desirée Mainart Braga
Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

O conceito de saúde mental passou por diversas modificações ao longo dos anos, seguindo os passos das transformações sobre a concepção de loucura e doença. É compreendida como algo maior que a ausência de transtornos mentais, pois integra múltiplos fatores: sociais, psicológicos, biológicos, econômicos e ambientais (ESPÍRITO SANTO, 2018).

A atual política de saúde mental brasileira, como resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores de saúde, consolidou o modelo de serviços estruturados em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013).

A Rede de Atenção Psicossocial, rede temática que compõem as RAS, estabelece pontos de atenção “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011, p.01), o que significa a oferta de ações preventivas, curativas, terapêuticas e de reabilitação.

Esta Linha de Cuidados (LC), entendida como a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos aos usuários (FRANCO, 2012), elaborada de acordo com a vocação das Unidades Assistenciais da FHEMIG, aborda as principais diretrizes preconizadas para a Atenção Hospitalar. No entanto, para a garantia do cuidado integral deverá haver alinhamento com toda a Rede de Atenção à Saúde.

Foram abordados os principais Pontos de Atenção da RAPS e suas atribuições, a regulação de acesso aos leitos e os critérios clínicos para internação, estratégias de desinstitucionalização, diretrizes clínicas para o cuidado, as atribuições da equipe multiprofissional e tópicos especiais.

Portanto, este documento tem como objetivo trabalhar a transversalidade e a integralidade do cuidado nas Unidades da FHEMIG, fornecendo subsídios tanto para o profissional de saúde quanto para o gestor.

2 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Deise Cardoso Campos

Os transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas possuem elevada prevalência, sendo responsáveis por uma grande carga de doenças e incapacidades em todo o mundo (OPAS, 2022).

Dados da Organização Mundial de Saúde revelam que a depressão é um transtorno mental frequente que causa incapacidade em todo o mundo e estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofrem deste mal, que pode levar ao suicídio. Agravo mais comum em mulheres, a depressão é a segunda causa principal de morte entre jovens de 15 a 29 anos de idade no mundo (OPAS, 2022).

O suicídio constitui-se na terceira causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos, sendo mais observado em países de baixa ou média renda (OPAS, 2022). No Brasil, é agravo de notificação compulsória e sua ocorrência é mais comum em pessoas do sexo feminino (71,3%), solteiros, adolescentes (23,3%), adultos jovens (46,3%), indígenas e entre indivíduos com menos de oito anos de estudo (30%) - há maior proporção por enforcamento, intoxicação e uso de arma de fogo. As maiores taxas de mortalidade específica por 100 mil habitantes ocorreram na região sudeste e sul do país (BRASIL, 2001).

Alguns adolescentes estão mais vulneráveis aos problemas de saúde mental, devido, dentre outros fatores, à pobreza, violência e falta de acesso a serviços de qualidade. Transtornos que incluem sintomas de psicose, como alucinações e delírios ocorrem comumente no final da adolescência, trazendo incapacidade e estigmas a estas pessoas. Além disso, comportamentos de risco para a saúde, como o uso de substâncias ou risco sexual, começam nessa fase da vida (OPAS, 2022).

O consumo nocivo do álcool é fator causal para o desenvolvimento de problemas de saúde física e mental, sendo responsável por 5,1% da carga mundial de doenças e lesões. Representa 5,3% de todas as mortes por ano (3 milhões), sendo tema recorrente de ações para promoção da saúde e prevenção de doenças (OPAS, 2022).

Estima-se que existam 1,1 bilhão de fumantes no mundo (OPAS, 2022), sendo a epidemia do tabaco responsável por 8 milhões de mortes anuais e, dentre essas, 93 mil por fumo passivo. No ano de 2017, observou-se um óbito por tabaco a cada 34 segundos (OPAS, 2019). Por outro lado, entre os anos de 2008 a 2020 houve redução do consumo de tabaco de 28% para 16,3% (OPAS, 2022).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) se caracteriza por algum grau de comprometimento no comportamento social, na comunicação e na linguagem que se manifesta na infância. Frequentemente, estes indivíduos apresentam epilepsia, depressão, ansiedade e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (OPAS, 2022).

Estima-se que uma em cada 160 crianças possuem TEA. No outro extremo de idade, estima-se em 50 milhões o número de pessoas com demência no mundo (OPAS, 2017). Cerca de 24 milhões de pessoas são portadoras de Esquizofrenia e Psicoses, considerados fatores de risco para internações de longa duração (OPAS, 2019).

No Brasil e em Minas Gerais (MG), no período de 2018 a 2019, ocorreram 28.223 e 5.383 óbitos, respectivamente, relacionados a transtornos mentais e comportamentais. No Brasil, foram classificados 6.771 como demência, 17.883 decorrentes de álcool e outras drogas, 1.421 por esquizofrenia e psicoses e 1.222 classificados como depressão. Em MG, foram classificados 1.250 como demência, 3.504 por álcool e outras drogas, 245 por esquizofrenia e psicoses e 194 classificados como depressão. Quanto aos óbitos de causas externas, em MG ocorreram 3.262 por lesões autoprovocadas sendo 368 por álcool e outras drogas e 2.326 por enforcamento. No Brasil, foram notificados 26.253 óbitos por lesões autoprovocadas sendo 2.741 por álcool e outras drogas e 18.676 por enforcamento (BRASIL, 2022a).

Neste mesmo período, de acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), ocorreram 34.973 internações em MG por transtornos mentais e comportamentais. Dessa totalidade, 10.535 se referem à esquizofrenia e transtornos delirantes e 11.836 a álcool e substâncias psicoativas (BRASIL, 2022b).

Nas macrorregiões centro e centro-sul de MG, onde existem Unidades Assistenciais da FHEMIG, representadas pelo IRS e CHPB, houve 16.798 internações por transtornos mentais e comportamentais, sendo o diagnóstico mais frequente de Esquizofrenia e transtornos delirantes (n=4.494) (BRASIL, 2022b).

3 AR CABOUÇO LEGAL

Desirée Mainart Braga
Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida popularmente como *Lei da Reforma Psiquiátrica*, representou um grande avanço para as políticas públicas de saúde mental do Brasil, uma vez que garantiu a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial até então vigente. Em 2002, através da Portaria GM/MS nº 336, ocorreu a *reestruturação dos CAPS*, no que se refere à complexidade e abrangência.

Com a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, ocorreu a *organização da Rede de Atenção à Saúde* no âmbito do SUS, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde

Em dezembro de 2011 foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.088, que *instituiu a Rede de Atenção Psicossocial*, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, além do estabelecimento de diretrizes para operacionalização e implantação desses serviços.

No ano seguinte, a Portaria GM/MS nº 148 definiu as normas de *funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência*, sendo este considerado um dos pontos de atenção do componente Atenção Hospitalar da RAPS. A seção I desta Portaria estabeleceu como diretriz a garantia da continuidade do cuidado por outros componentes da RAPS, potencializando ações de matrículamento, corresponsabilidade pelos casos e a articulação para a construção do Projeto Terapêutico Singular. Ainda em 2012, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.615, que altera informações quanto à *distribuição dos leitos hospitalares* e *incentivo financeiro* da Portaria nº 148.

A Nota Técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS apresenta a Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que modificou as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, alterando as orientações quanto ao tratamento e

reinserção social de pacientes que apresentam dependência química e que estão em seguimento da RAPS.

Por fim, importa citar a Resolução SES/MG nº 7.412, de 18 de fevereiro de 2021, que estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, destinado à implantação de serviço hospitalar de referência da RAPS do Estado de Minas Gerais.

4 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Desirée Mainart Braga
Deise Cardoso Campos
Camila de Andrade Oliveira
Guilherme Donini Armiato
Alisson Rubson Alves
Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada como proposta de organização dos serviços de saúde mental do país, promovendo a integralidade do cuidado a partir da articulação de serviços de base territorial nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS (SAMPAIO e JÚNIOR, 2021), que devem ser realizados o mais próximo possível do usuário (MINAS GERAIS, 2022).

A RAPS qualifica o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências e é constituída pelos componentes da Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

É fundamental, portanto, a articulação entre os pontos de atenção desses componentes, uma vez que cada um possui suas competências e particularidades, atuando de forma intersetorial para a garantia da integralidade do cuidado. A estruturação do sistema de referência e contrarreferência pode ser considerado fator importante para facilitar o fluxo de encaminhamento dos usuários (KANTORSKI *et al.*, 2017), fortalecendo, assim, a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Quadro 4.1 - Pontos de Atenção dos Componentes da RAPS

COMPONENTES DA RAPS	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	1. Unidade Básica de Saúde (UBS) 2. Centros de Convivência e Cultura (CCC) 3. Consultório de rua
Atenção Psicossocial	1. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades

Atenção de Urgência e Emergência	<ol style="list-style-type: none"> 1. SAMU 192 2. Sala de Estabilização 3. UPA 24 horas
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unidade de Acolhimento 2. Serviços de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral
Estratégias de Desinstitucionalização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviços Residenciais e Terapêuticos (Tipo I e II)
Estratégias de Reabilitação Social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: BRASIL (2011).

No cuidado a ser ofertado pelas Unidades Assistenciais da FHEMIG, são pontos de atenção estratégicos: os CAPS (CEPAI e CMT), os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e os Leitos de Psiquiatria.

4.1 LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL

São leitos de enfermaria habilitados para oferecer suporte hospitalar em saúde mental. O cuidado deve ser ofertado em situação de crise e com critérios clínicos bem definidos, em regime de curtíssima ou curta permanência (até a estabilidade clínica do paciente), no território do usuário e em articulação com os demais pontos de atenção (MINAS GERAIS, 2022).

Os leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, objetivam, portanto, conformarem-se como pontos de atenção na garantia do acesso dos usuários à tecnologia hospitalar, particularmente no manejo do cuidado às intercorrências clínicas (BRASIL, 2012).

As Unidades Assistenciais da FHEMIG que dispõem de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral são: Hospital Júlia Kubistchek (HJK), Hospital João XXIII (HJXXIII), Hospital Regional João Penido (HRJP).

4.2 LEITOS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Os hospitais psiquiátricos ofertam assistência hospitalar nos casos de crises, até a estabilidade clínica do usuário, com a oferta de cuidados em articulação com a RAPS do território (MINAS GERAIS, 2022). As Unidades Assistenciais da FHEMIG caracterizadas como Hospitais Psiquiátricos são o Instituto Raul Soares (IRS) e o CHPB.

4.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Constituído por equipe multiprofissional, realiza atendimento prioritário às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (MINAS GERAIS, 2022).

O cuidado é desenvolvido por intermédio do Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da APS, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. (BRASIL, 2011, p.6)

Quadro 4.2 - Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial

MODALIDADE CAPS	PERFIL DE ATENDIMENTO
CAPS I	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias.
CAPS II	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local.
CAPS III	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad.
CAPS AD	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança

	e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário
CAPS AD III	Atende adultos ou crianças e adolescentes, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana
CAPS i	Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

FONTE: BRASIL (2011).

As Unidades Assistenciais da FHEMIG caracterizadas como CAPS são o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) e o Centro Psíquico da Infância e Adolescência (CEPAI), atuando como CAPD AD III e CAPS i, respectivamente. Atendem às regionais centro-sul e leste do município de Belo Horizonte.

O CEPAI oferece, também, retaguarda noturna, aos finais de semana e feriados, para os Centros de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (CERSAMis) das regionais nordeste e noroeste de Belo Horizonte.

4.4 FLUXO DE ATENDIMENTO NA RAPS

O atendimento ao usuário com sofrimento mental e/ou necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas acontece nos diversos pontos de atenção da RAPS, de acordo com sua demanda.

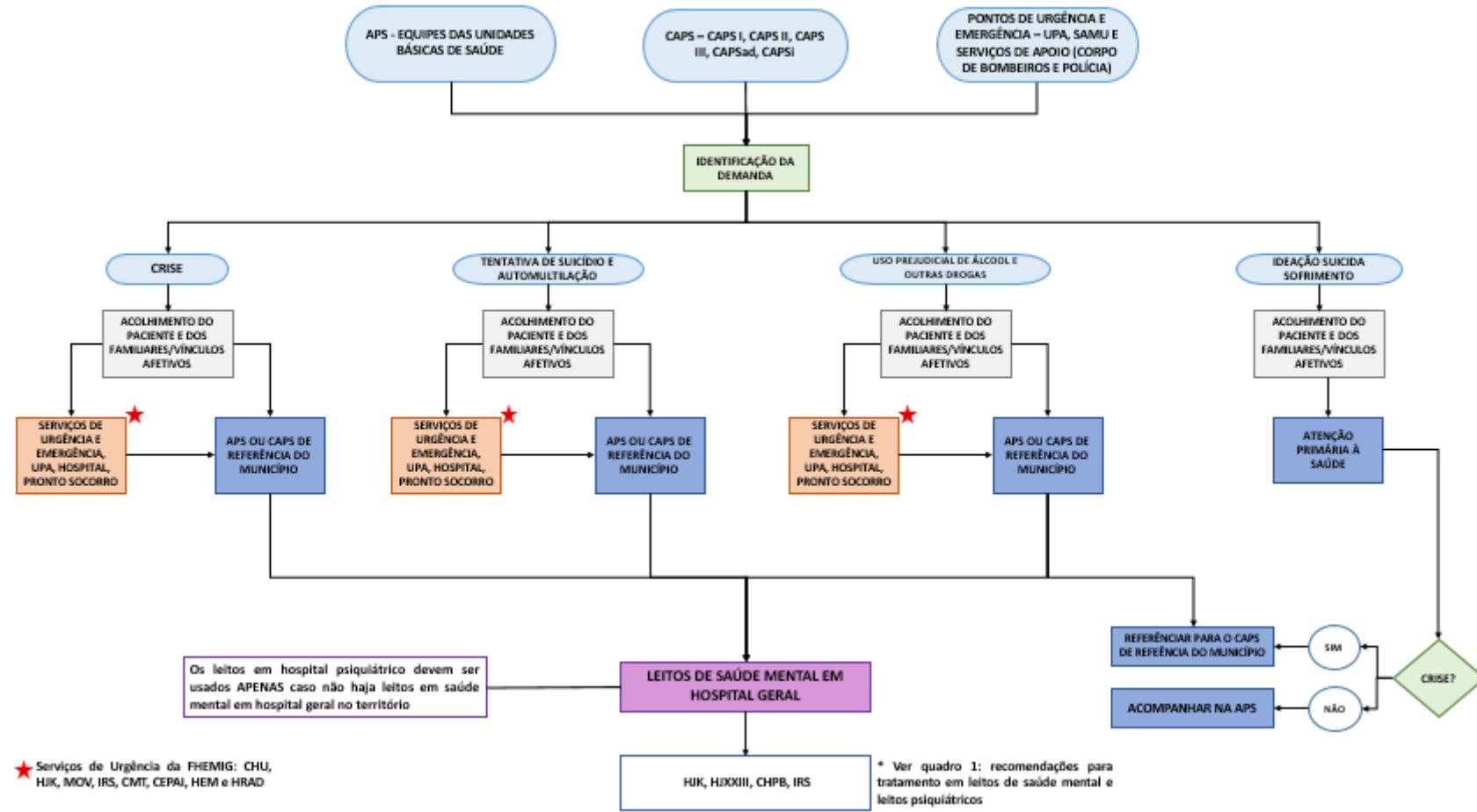
O paciente em crise será atendido na APS, nos Pontos de Urgência e Emergência ou no CAPS. Cabe lembrar, que em muitas situações, o paciente também poderá ser atendido pela equipe do Consultório de Rua. A equipe que ofertar o primeiro cuidado, deverá fazer contato com o CAPS de referência do usuário [caso não seja este o local de atendimento] para discussão do caso, encaminhamento e/ou acompanhamento de forma responsável.

Se durante o atendimento do usuário nos Pontos de Urgência e Emergência [Hospital Geral de porta aberta com Leito de Saúde Mental] e/ou nos CAPS for identificada a necessidade de internação hospitalar, por demanda de atendimento clínico,

o serviço deverá cadastrar a solicitação de transferência/internação no Sistema SUSfácil MG.

O paciente internado que evoluir com estabilidade clínica, terá seu atendimento na APS e/ou CAPS de referência, conforme fluxo estabelecido e instituído pela SES-MG (Figura 4.2).

Figura 4.2 – Fluxograma de Atendimento da Rede de Atenção Psicossocial



5 A REGULAÇÃO DE ACESSO AOS LEITOS HOSPITALARES

Desirée Mainart Braga

Alisson Rubson Alves

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

A Política Nacional de Regulação do SUS, considerando a necessidade de garantir maior organização das redes e fluxos assistenciais, a fim de promover o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, instituiu a Regulação do Acesso à Assistência, com foco na priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS (BRASIL, 2008).

Esta Regulação, que é estabelecida por complexo regulador e suas unidades operacionais, abrange a regulação médica, que exerce autoridade sanitária para a garantia do acesso aos leitos de saúde mental disponíveis, baseado em critérios de priorização adequados à necessidade do usuário (BRASIL, 2008), com base em critérios clínicos e de gestão (BRASIL, 2011) bem estabelecidos.

No Estado de Minas Gerais, a Regulação do Acesso à Assistência ocorreu por meio da implantação do Sistema Estadual de Regulação, através da Deliberação nº 318 da Comissão de Intergestores Bipartite de MG (CIB-MG), sendo a principal ferramenta utilizada o software de regulação de acesso SUSfácil MG (MINAS GERAIS, 2022). Este sistema, de uso obrigatório nas internações do SUS MG, permite a busca ativa de leitos para pacientes que necessitam de internação, desde o cadastro pelo serviço solicitante até autorização da Unidade de destino.

5.1 FLUXO REGULATÓRIO DE INTERNAÇÃO

A Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG), em atendimento às normativas federais e estadual, no âmbito de Minas Gerais, elaborou o Protocolo de Diretrizes Assistenciais e de Regulação dos Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e Psiquiátrico.

Abaixo, serão descritos os fluxos de regulação que foram estabelecidos neste Protocolo, para os casos que necessitarem de internação hospitalar (MINAS GERAIS, 2022):

1. Paciente em situação de emergência: caso o serviço prestador da assistência identificar a necessidade de internação em leito hospitalar, para a continuidade do tratamento, deverá cadastrar o pedido de internação no Sistema SUSfácil MG. O pedido poderá ser realizado para o seu próprio serviço ou para outros serviços/transferência, caso o mesmo não disponha de recursos necessários (leito de saúde mental) e ou vagas disponíveis.
2. Terão acesso ao Sistema SUSfácil MG o CAPS III e o CAPS AD III, por funcionarem 24 horas por dia e os pontos de atenção de urgência e emergência (UPA, Pronto Socorro).
3. Os serviços que não possuem atendimento 24 horas por dia não terão acesso ao sistema, devendo encaminhar o paciente para esses serviços, de acordo com a grade de referência, para estabilização e solicitação de internação ou transferência.
4. Após cadastro no Sistema SUSfácil MG, o médico regulador fará a avaliação da solicitação, sempre buscando garantir o melhor atendimento, de acordo com as necessidades do paciente, no menor tempo possível.
5. Na busca por leitos de saúde mental, compatíveis com a clínica do paciente, o médico regulador poderá ter o pedido de vaga negado pelo serviço de saúde, de acordo com justificativa técnica. Assim, o mesmo dará continuidade na busca por leito até que haja a efetivação da internação.

Dentro do fluxo da Rede, o CAPS é considerado o ordenador do cuidado. Assim, nos casos onde o acolhimento do usuário ocorrer pela UBS ou algum outro ponto de atenção de urgência e emergência (UPA, SAMU, Pronto Socorro), estes serviços deverão realizar contato com o CAPS de referência para análise/construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (MINAS GERAIS, 2022).

Vale ressaltar que “a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis da rede assistencial” (BRASIL, 2002, p.1).

Na FHEMIG, a transferência interna de pacientes de saúde mental (de uma Unidade para outra) deve, preferencialmente, seguir o fluxo definido pela SES-MG, com o cadastro do paciente no SUS-fácil para que a regulação localize o melhor leito com equidade e agilidade. Porém, pelas particularidades de algumas Unidades Assistenciais da FHEMIG e necessidade de celeridade na resolução dos casos, define-se no Apêndice I fluxo interno para os pacientes da Unidade de Internação e do Pronto Atendimento do IRS.

5.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A incorporação da classificação de risco na saúde mental foi motivada pela efetividade do Protocolo de Manchester e do Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. E tem por objetivo identificar a complexidade clínica do paciente e direcioná-lo, de modo assertivo, o local de atendimento apropriado (MINAS GERAIS, 2022).

A classificação de risco, adotada pelos serviços de primeiro atendimento, é categorizada pelas seguintes cores: vermelho, laranja, amarelo, azul e verde (Figura 5.1), definidas de acordo com critérios clínicos do paciente (Quadro 5.1).

Durante o cadastro do paciente na regulação de leitos para solicitação de internação (SUSfácil MG), a classificação de risco é categorizada a partir do preenchimento de dados referentes à condição clínica do paciente, que são atualizados a cada 12 horas após a realização deste cadastro.

Figura 5.1 – Classificação de risco na saúde mental



Fonte: MINAS GERAIS (2022).

Quadro 5.1 – Classificação de risco por critérios clínicos

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	CRITÉRIOS CLÍNICOS
Vermelho (Caso Gravíssimo)	<p>Tentativas de suicídio; episódio depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos tendo pensamentos e planejamentos suicidas; quadros de mania e comportamento de risco, além do uso de substâncias psicoativas (abuso e dependências de drogas licitas e ilícitas); Psicose grave com vivências de paranoias, alucinatória e impulsividade; hetero e autoagressividade com risco de autolesões e morte.</p> <p>Locais indicados para atendimentos: CERSAM/CAPS, UPA, Leitos de Psiquiatria e de Saúde Mental.</p>
Laranja (Risco Significativo)	<p>Episódio depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos com ideação suicida sem planejamento; surto psicótico sem agitação psicomotora, tampouco sintomas de agressividade; dependência química com sinais de abstinência leve ou moderada.</p> <p>Locais indicados para atendimentos: CERSAM/CAPS em articulação com os leitos.</p>
Amarelo (Casos de Gravidade Moderada)	<p>Quadro depressivo moderado com ou sem ideação suicida, com bom suporte familiar e social; agudização de sintomas psicóticos sem agitação psicomotora e agressividade, com bom suporte familiar e social; abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, com sinais de abstinência leve; tem histórico de TAE.</p> <p>Locais para atendimentos: CAPS e APS</p>
Verde (Potencial para Complicações)	<p>Baixa de adesão ao tratamento; necessidade de acompanhamento próximo para o seguimento do tratamento; diagnósticos psicopatológicos com possibilidade de intensificação de sintomas que possam deixar o indivíduo vulnerável em potencial para complicações, inclusive, suicídio; reajuste do PTS (por exemplo, o paciente em vivência de estressores no relacionamento familiar, está desempregado, não tem renda, bem como relatou insônia, dificuldades de concentrar-se e sintomas e sintomas depressivos, além disso, tem dificuldades em adaptar-se ao uso de seus medicamentos).</p> <p>Locais para atendimentos: CAPS e APS</p>
Azul (Não Agudo, Não Urgente ou Problema Crônico Sem Alterações dos Sinais VITAIS)	<p>Indivíduo necessita de continuidade de acompanhamento em Serviços de Atenção à Saúde Mental; necessidade emissão de relatórios de tratamento para fins e perícia médica e previdenciários.</p> <p>Locais para atendimentos: CAPS e APS.</p>

Fonte: Adaptado de Minas Gerais (2022).

Para melhor visualização e entendimento do fluxo de atendimento e encaminhamento do usuário de acordo com a classificação de risco na saúde mental, ver o Anexo I desta Linha de Cuidado.

5.2 CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA INTERNAÇÃO

A regulação dos casos para internação ocorrerá “com base nos critérios clínicos, de gravidade e de prioridade, e com o encaminhamento do paciente para os leitos disponíveis, conforme grade de referência dos municípios” por macrorregião (MINAS GERAIS, 2022).

São casos elegíveis para transferência aos leitos de saúde mental da Rede FHEMIG aqueles classificados como vermelho (casos gravíssimos) e laranja (risco significativo), conforme a classificação de risco em saúde mental (Quadro 5.1). No Quadro 5.2 foram correlacionados os critérios clínicos para internação de acordo com o perfil vocacional das Unidades Assistenciais da FHEMIG, bem como sua estrutura física e de recursos humanos. No entanto, vale pontuar que essa recomendação não deverá ser fator impeditivo para o recebimento de outras situações que se configurem nas urgências e emergências psiquiátricas, desde que haja leito disponível.

Quadro 5.2 - Critérios Clínicos para Internação em Leitos de Saúde Mental da FHEMIG

Hospital geral	Nº de leitos de SM habilitados	Recomendações para internação
Hospital Júlia Kubistchek	10	Episódios depressivos graves com ou sem sintomas psicóticos associados a comportamentos suicidas; quadros de psicose agudizada com risco para si e a terceiros; quadros de Mania com ou sem sintomas psicóticos; episódios conversivos/dissociativos complexos.
Hospital João XXIII	10	Lesão autoprovocada (tentativa de suicídio); dependência química com quadros de abstinência moderada a grave; intoxicações agudas por álcool e outras drogas; psicose aguda com agitação psicomotora.
Hospital Regional João Penido	19	Episódios depressivos graves com ou sem sintomas psicóticos associados a comportamentos suicidas; quadros de psicose agudizada com risco para si e a terceiros; quadros de Mania com ou sem sintomas psicóticos; episódios conversivos/dissociativos complexos; lesão

		autoprovocada (tentativa de suicídio); dependência química com quadros de abstinência moderada a grave; intoxicações aguda por álcool e outras drogas; psicose aguda com agitação psicomotora; lesão autoprovocada (tentativa de suicídio); dependência química com quadros de abstinência moderada a grave; intoxicações aguda por álcool e outras drogas; psicose aguda com agitação psicomotora.
--	--	---

FONTE: FHEMIG (2022).

Quadro 2 - Leitos Psiquiátricos da FHEMIG

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	Nº DE LEITOS HABILITADOS	MUNICÍPIO
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena	40	Barbacena
Instituto Raul Soares	120	Belo Horizonte

Fonte: FHEMIG (2022)

Nota: Está prevista a ampliação do número de leitos do IRS após reforma/ampliação das enfermarias, elevando o número de leitos para 140.

6 PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

Arthur Felipe Ribeiro Mendes
Cristiane Nascimento Lima
Kátia Cristina Martins Fonseca
Maria Lúcia dos Santos Cabral
Priscila Penido Antunes
Quesia Vitoria Bezerra
Tiago Sávio Moreira Possas

O Plano Terapêutico Singular (PTS) pode ser qualificado como o conjunto de indicações curativas articuladas, elaboradas por equipe interdisciplinar e com apoio matricial, se necessário. Aplicado individual ou coletivamente, como resultado do levantamento do caso clínico, sendo dedicado a solucionar situações de saúde mais complexas.

O PTS, amplamente utilizado na atenção à saúde mental, propicia a integração da equipe, valorizando outros aspectos assistenciais para além do diagnóstico psiquiátrico e do tratamento medicamentoso. É respeitada a colocação de todos os membros que compõem a equipe multiprofissional para definição das melhores propostas de intervenção visando suprir as demandas de cuidado (BRASIL, 2007).

Para maior organização e efetividade, o PTS é dividido em quatro momentos, conforme descrito no Quadro 6.1.

Quadro 6.1 - Os quatro momentos do PTS

MOMENTOS DO PTS	DEFINIÇÃO
Diagnóstico	Deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o sujeito singular se comporta diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.
Definição de metas	Encontro com o usuário e família com vista a estabelecer as metas e ações para serem alcançadas de forma conjunta, preferencialmente por membro da equipe que tiver melhor vínculo.

Definição de responsabilidades	Definir as tarefas de cada profissional com clareza.
Reavaliação	Avaliação para saber se foi eficaz e se é preciso mudar algum ponto da assistência realizada

Fonte: BRASIL (2007); ANDRADE *et al.* (2018).

Além disso, os aspectos descritos no Quadro 6.2 devem ser observados pela equipe para o cumprimento dessas ações.

Quadro 6.2 - Aspectos observados para construção do PTS

ASPECTOS OBSERVADOS	ORIENTAÇÃO
Definição de casos para reuniões	Usuários e familiares em situações mais graves ou difíceis (considerar a opinião de qualquer membro da equipe).
Reuniões para discussão do PTS	O aspecto mais importante a ser observado, nessas reuniões, é o vínculo estabelecido entre os membros da equipe e usuários/familiares. Cada profissional irá abordar aspectos diferentes de acordo com o vínculo criado. Os profissionais que tenham vínculos mais estreitos assumem maiores responsabilidades na coordenação do PTS frente à equipe. Estratégia: reserva de tempo fixo, semanal ou quinzenal, para essas reuniões.
O tempo de um PTS	O tempo mais dilatado de formulação e acompanhamento do PTS depende da característica de cada serviço. Serviços com usuários crônicos têm um seguimento longo e maior necessidade da clínica ampliada. Ao passo que serviços com tempo de permanência e vínculos menores farão o PTS em tempos mais curtos. Geralmente não se faz uma abordagem integral em um único encontro, informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do vínculo estabelecido.
PTS e Mudança	Quando há possibilidades de tratamento para uma doença, não é difícil provar que o investimento da equipe fará diferença no resultado. O encorajamento e apoio contribuem para a prevenção de atitudes passivas por parte do usuário, com melhores respostas clínicas. O PTS torna-se importante ferramenta gerencial, justamente por propor ações para esse encorajamento e, também, referentes ao conforto da equipe, minimizando o sofrimento inerente ao trabalho.

Fonte: BRASIL (2007).

Vale citar, também, a importância da interlocução entre as redes de suporte social e as redes de cuidado. Devido ao processo histórico de estigmas e preconceitos associados aos portadores de sofrimento mental, permeia a cultura de exclusão de direitos e de desresponsabilização dos processos, levando à fragmentação da assistência e fragilização do sistema em garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Para evitar os danos oriundos de uma assistência descontinuada, é necessário que a abordagem das necessidades de saúde ocorra por meio das redes de cuidado e de apoio social. Para isso, como meio de oferecer soluções resolutivas e organizar as diversas práticas de cuidado, em consonância com o nível de complexidade de cada caso, busca-se a integração dos diversos pontos de atenção da RAPS - Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Leitos de Saúde Mental, dentre outros dispositivos extra hospitalares (BRASIL, 2014).

O matriciamento intersetorial permanente confere, portanto, maior robustez às redes na medida em que estas estabelecem instrumentos de troca e construção coletiva (reuniões, fóruns, colegiados, espaços de educação permanente, rodas de conversa).

A utilização dessas estratégias/espaços de discussão pode ser incorporada por diversos espaços de relevância territorial: Núcleo de Assistência às Famílias (NASF); Estratégia de Saúde da Família (ESF); Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Igrejas; Organizações Não Governamentais (ONGS) e demais instituições sem fins lucrativos; espaços de educação, esporte, cultura e lazer (BRASIL, 2013).

O PTS, construído a partir da singularidade de cada usuário e com a participação direta dos cuidadores (familiares e ou responsável legal), é uma ferramenta dinâmica. Nos CAPS, dois profissionais são designados para assumirem a função de profissionais de referência para cada caso, sendo responsáveis, também, pelo monitoramento e reavaliação das práticas voltadas à inserção e circulação social dos pacientes (BARBOSA *et al.*, 2020).

Ao estabelecer esse vínculo teremos alicerçada uma relação de compromisso entre a equipe, usuário e família, tendo como resultado uma relação mais humana e singular, possibilitando uma parceria, pautada pela sinceridade e responsabilidade. Esse vínculo criado permite oferecer uma assistência que abarque as necessidades dos usuários e de suas famílias, assumindo caráter de equipe que estará mais sensível à escuta atenta para

à identificação de riscos, vulnerabilidades e ou fragilidades, possibilitando propostas terapêuticas correspondentes com as necessidades elencadas (SCHRANK e OLSCHOWSKY, 2008).

7 TÉCNICO DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL

Alisson Rubson Alves

O técnico de referência (TR) é o profissional responsável pela condução clínica em saúde mental junto a equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social). Como passos iniciais na produção do cuidado, o TR terá enquanto balizador o acolhimento qualificado, na oferta de escuta, respeito, empatia, autonomia e atendimento às necessidades do paciente na sua integralidade. Ele deve ser o intermediador, capaz de contribuir diariamente na fluidez do Projeto Terapêutico Singular (PTS), de modo que favoreça o vínculo do paciente com o serviço, permitindo a celeridade nos fluxos de atendimentos, acolhendo as demandas singulares, além de favorecer o protagonismo do sujeito, de seus familiares e da rede de serviços implicados no PTS (BRASIL, 2013).

O matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011). Além disso, é um método de extrema eficácia para clínica em saúde mental e psiquiatria, pois, as estratégias de manejo têm potencial para minimizar a crise vivenciada pelo paciente e, por conseguinte, para redução do tempo de internação hospitalar ou permanência integral no CAPS (SILVA *et al.*, 2019).

O apoio matricial visa implementar ações assistenciais de forma integral e multidisciplinar, possibilitando o compartilhamento de saberes. Na reunião de matriciamento é importante a participação de todos os serviços envolvidos em determinado caso clínico, juntamente com os profissionais de referência desses serviços.

Para as ações de apoio matricial deve-se estabelecer uma agenda para discussões de casos, registros dos planos de intervenções, planejar o acionamento dos serviços a serem envolvidos , propor a avaliação e impactos no projeto terapêutico singular, manter a equipe de trabalho e os serviços envolvidos, assegurando-se que os devidos

alinhamentos sejam feitos em conformidade com as condutas definidas junto às equipes no apoio matricial. (BRASIL, 2011).

A participação das equipes de referências (ER) que integram as Unidades Assistenciais da FHEMIG em reuniões de matrincamento é fundamental, pois esses serviços compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Além disso, conforme diretrizes descritas na Portaria GM/MS nº 148/2012

O Serviço Hospitalar de Referência faz integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na Região de Saúde, potencializando ações de matrincamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado (BRASIL, 2012, p.3).

Os profissionais matriadiadores são: psiquiatras, psicólogos, enfermeiros com experiência e ou especialistas em saúde mental, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais. O matrincamento acontecerá quando houver necessidade de esclarecimento do diagnóstico, planejamento do PTS com envolvimento de rede de apoio e equipe interdisciplinar, situações de vulnerabilidade sócio familiar.

Ao final, vale citar pontos importantes na discussão conjunta entre a equipe de referência (ER) e equipe de matrincamento (EM), conforme descrito no Quadro 7.1.

Quadro 7.1 - Pontos de discussão entre equipe de referência e equipe de matrincamento

- Aspecto clínico que motivou o matrincamento.
- Informações sobre o paciente, contexto familiar e social.
- Pontos críticos encontrados no acompanhamento do caso.
- Condição clínica atual, evolução, respostas às intervenções.
- Reflexos do caso na equipe de referência.
- Formulação de diagnóstico multiaxial: sintomas mentais e transtornos (DSM-V).
- Estilo de personalidade e transtornos de personalidade e do desenvolvimento.
- Problemas de saúde em geral.
- Avaliação de saúde em geral.
- Problemas sociais.

Fonte: BRASIL (2011).

8 ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Desirée Mainart Braga
Camila de Andrade Oliveira
Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

As ações para a desinstitucionalização, desde o seu início, depararam com o seguinte questionamento: “o que fazer com as pessoas que podem sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza?” (BRASIL, 2004, p.6).

À luz deste questionamento e na perspectiva de se trabalhar uma progressiva inclusão social dos usuários com transtorno mental e com necessidades do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, é que foi constituído o componente da RAPS Estratégias de Desinstitucionalização, composto pelos *Serviços Residenciais Terapêuticos* (SRT) (BRASIL, 2011), que, juntamente com o *Programa de Volta para Casa* (PVC), “vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico” (BRASIL, 2004, p.5).

Os SRT “são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia” (BRASIL, 2011, p.2), ou seja, “aquela superior a um ano, de forma ininterrupta” (BRASIL, 2014).

O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (BRASIL, 2011, p.2).

Os SRT são constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, a depender das necessidades de cuidado do morador, devendo as mesmas estarem vinculadas a um serviço/equipe de saúde mental de referência (BRASIL, 2011).

Os SRT Tipo I são modalidades de moradia destinadas às pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais, constituindo-se em espaço para construção da autonomia e reinserção social. Já os SRT Tipo II, são

modalidades de moradia destinadas às pessoas com maior grau de dependência do ponto de vista da saúde em geral e que demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente (BRASIL, 2011).

O PVC dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em internação de longa permanência, sendo este recurso financeiro a ferramenta básica desta estratégia (BRASIL, 2003).

A potencialidade do PVC está em promover poder de contratualidade ao usuário, permitindo atividade da vida cotidiana da ordem do desejo. O beneficiário deve ser protagonista do manejo e escolhas de gasto, de tal modo que minimize as desvantagens colocadas frente à vida cotidiana (VAZ *et al.*, 2019, p.3 apud MOREIRA E ONOCKO-CAMPOS, 2017).

O Programa de Desinstitucionalização (PD), criado no ano de 2014, tem por objetivo apoiar e desenvolver ações estratégicas nos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas. Para isso, foram criadas as Equipes de Desinstitucionalização, que, dentre as suas diversas competências, estão a de apoiar as equipes profissionais de hospital psiquiátrico na elaboração do PTS; na reestruturação do funcionamento operacional da instituição; no desenvolvimento de ações que favoreçam a construção do protagonismo dos pacientes; no desenvolvimento de rearticulação de vínculos familiares e/ou sociais; dentre outras (BRASIL, 2014).

Sobre esse assunto, Vaz *et al.* (2019, p.6) pontua que o PD “é uma estratégia técnica, com previsão de recursos financeiros, para assegurar a saída daqueles que ainda não são moradores de hospitais psiquiátricos no Brasil”.

Vale mencionar, por fim, que “um dos desafios no campo da saúde mental tem sido transformar esses princípios orientadores em práticas capazes de proporcionar, no cuidado cotidiano, estratégias efetivas de liberdade” (FRAZATTO e FERNANDES, 2021, p.4).

9 ACOLHIMENTO E ABORDAGEM PSICOSSOCIAL

Arthur Felipe Ribeiro Mendes
Cristiane Nascimento Lima
Kátia Cristina Martins Fonseca
Maria Lúcia dos Santos Cabral
Priscila Penido Antunes
Quesia Vitoria Bezerra
Tiago Sávio Moreira Possas

Por acolhimento entende-se “a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade” (BRASIL, 2013).

O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído **de forma coletiva** a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013, p.7, grifo nosso).

É importante considerar que o acolhimento em saúde mental deve ser integral, o que pressupõem a oferta do cuidado que atenda às necessidades de saúde do usuário. Do contrário, será ofertado o atendimento parcial, com a fragmentação e cisão dos serviços, uma vez que os usuários serão acolhidos por problemas físicos ou psíquicos, isoladamente. Todos os profissionais de saúde devem se responsabilizar por acolher os portadores de sofrimento mental (MINÓIA e MONIZZO, 2015).

O primeiro contato com o paciente, amparado pelo acolhimento integral, permite aos profissionais obterem maior conhecimento da situação de saúde do usuário, além de favorecer maior aproximação e vínculo entre usuários/profissionais/equipes. Nesse momento, será diagnosticado o elo do paciente com a RAPS e, sobretudo, em quais serviços o mesmo está inserido. Ação importante para manutenção e continuidade do tratamento em rede.

Para maior adesão às ações propostas durante este acolhimento, os profissionais de saúde devem dispor da escuta qualificada durante toda abordagem ao paciente, pois será criado, neste momento, um ambiente de confiança favorável ao compartilhamento de

anseios e outras questões que o levaram a buscar pelo atendimento (BRASIL, 2010). Esta abordagem deve ser sensível e assertiva, pois a emissão de uma mensagem acolhedora e pontual é tão significativa quanto à escuta qualificada. O Quadro 9.1 demonstra critérios a serem utilizados para esta adesão.

Quadro 9.1 – Comunicação em Saúde Mental

O QUE?	COMO?
Escuta qualificada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ouvir de maneira atenta, calma e empática 2. Transparecer aceitação e respeito através de gestos afirmativos, sempre mantendo contato visual 3. Expressar respeito pelas opiniões e valores do indivíduo 4. Diálogo sincero e autêntico, que demonstre interesse e afeição 5. Deixar que os sentimentos do indivíduo sejam o foco da discussão
Como não se comunicar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fazer interrupções na fala do indivíduo 2. Demonstrar através de expressões faciais, gestos ou falas de assombro ou choque 3. Demonstrar indisponibilidade ou desinteresse 4. Inferiorizar a pessoa, fazer comentários impróprios, perguntas descabidas para o momento e ou abordar convicções religiosas pessoais de maneira impositiva
O que não verbalizar	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Não chore” 2. “Isso não faz sentido nenhum” 3. “Seja forte” 4. “Entendo perfeitamente o que você está sentindo” 5. “Será que podemos conversar mais rápido” 6. “Levante a cabeça”

Fonte: RIO GRANDE DO SUL (2019).

Durante a abordagem ao paciente é fundamental buscar informações para o direcionamento do cuidado, colhidas durante a anamnese. Serão observados, aqui, alguns fatores intrínsecos ao paciente, como o nível de atenção e o estado motivacional, e fatores extrínsecos, como o contexto familiar, condições socioeconômicas, recursos do território, dentre outros (ESPÍRITO SANTO, 2018). A escuta qualificada e a valorização da

comunicação não verbal são elementos essenciais para a qualidade do atendimento prestado.

A escuta qualificada possui potencial terapêutico quando realizada, e contribui para a melhoria da atenção centrada na pessoa com transtorno mental. Esta escuta acessa o campo humano subjetivo, a partir do momento que é realizada qualificadamente, pois, para a pessoa em sofrimento mental, significa resolução de problemas, disponibilidade, compreensão, confiança, respeito. Quando oferecida, melhora condição e expressão do usuário; quando deficiente, dificulta tais expressões, corrobora com agravamento do estado mental e manutenção da vida (MAYNART *et al.*, 2014, p.5).

Para que essa abordagem seja ainda mais eficaz é fundamental a participação da família [ou responsável legal] junto à equipe para a tomada de decisão. Considerando a dinâmica familiar, o apoio e a colaboração dos membros influenciam consideravelmente no processo de tratamento, favorecendo a reabilitação do seu ente (BRUSAMARELLO, 2011). Souza e Batista (2008) compreendem a família como aquela que dedica afetos e cuidados, além da transmissão de experiências psicológicas e sociais, essenciais à formação da personalidade do sujeito.

Neste contexto, consideram-se fundamentais o conhecimento, a habilidade e o preparo emocional dos profissionais de saúde durante o acolhimento e a abordagem psicossocial. A saúde mental requer desses profissionais rapidez na tomada de decisão e boas condutas durante avaliação da situação: ouvir reflexivamente, verbalizar interesse, fazer perguntas assertivas, colocar os eventos em sequência lógica, se aproximar do paciente e transmitir o desejo de ajudá-lo (KONDO *et al.* 2011).

10 DIRETRIZES CLÍNICAS

Guilherme Donini Armiato
Desirée Mainart Braga
Ana Carolina Amaral de Castro Haddad

As Diretrizes Clínicas, aqui descritas e referendadas, foram construídas com base na revisão sistemática de evidências científicas e na avaliação dos benefícios que cada prática poderá trazer para as Unidades Assistenciais da FHEMIG, considerando a necessidade de fornecer “subsídio científico para a tomada de decisão, tanto para o profissional de saúde quanto para o gestor” (BRASIL, 2020, p.11).

Para cada tópico abordado foi elaborado Protocolo Clínico (PC) específico, o que requer, para maior entendimento e aplicabilidade, sua leitura integral, que poderá ser acessada através dos Links e QR Code. Os textos aqui descritos, retirados desses PC, trazem, somente, uma breve introdução ao tema.

10.1 ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O uso de drogas está intrinsecamente relacionado às interações do indivíduo com o meio em que vive. “Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu sério problema de saúde pública que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde” (BRASIL, 2015, p.5).

Em 2003, com a publicação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, foram estabelecidas diretrizes em consonância com o Sistema Único de Saúde e os preceitos da OMS, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2015).

Para estabelecer o tratamento mais eficaz, o mesmo deve ser constituído de forma integral com os usuários e familiares, sempre valorizando suas demandas e implicando-os na construção de estratégias que fortaleçam a contratualidade na relação com os

serviços e os territórios, aumentando as chances de adesão, continuidade do tratamento, redução das internações e reintegração social (BRASIL, 2015).

Protocolo Clínico:

https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=23611&Itemid=1000000000000



10.2 SÍNDROME DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

A abstinência alcoólica é desencadeada pela diminuição ou suspensão abrupta da ingestão de álcool, por indivíduos que fazem uso desta substância de forma crônica e abusiva. Os principais sinais e sintomas desencadeados são: agitação, ansiedade, alterações do humor, tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão, entre outros. O uso abusivo do álcool é muito prevalente na sociedade em geral. No Brasil, 70% da população já experimentou algum tipo de bebida alcoólica (CEBRID, 2001).

A abordagem adequada destes pacientes nos serviços de urgência e emergência é fundamental para identificar as especificidades para o atendimento, bem como para se estabelecer os critérios clínicos que serão utilizados. O uso abusivo de álcool pode estar associado a politraumas, acidentes de trânsito, criminalidade, eventos clínicos infecciosos ou não infecciosos, quadros psiquiátricos e tentativas de autoextermínio.

Protocolo Clínico:

https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=14345&Itemid=1000000000000



10.3 INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA

O álcool é a droga mais consumida no mundo e seu uso nocivo acarreta em complicações tanto para o organismo do indivíduo quanto para questões sociais. (KASPER, 2022). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é uma das maiores causas de risco evitável para desordens neuropsiquiátricas, doenças cardiovasculares, cirrose hepática, neoplasias, doenças infecciosas, além de acidentes de trânsito e violência doméstica (WHO, 2010).

Dentre as emergências relacionadas ao uso de álcool, a intoxicação aguda é a causa mais frequente de atendimento nos serviços de urgência e emergência. As manifestações clínicas e a intensidade dos sintomas não dependem exclusivamente da quantidade ingerida, mas de outros elementos associados.

Protocolo Clínico:

https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=23613&Itemid=1000000000000



10.4 MANEJO CLÍNICO DO USUÁRIO DE CRACK

Durante abordagem ao paciente usuário de crack, é indispensável que a avaliação seja realizada de maneira integral, considerando as condições clínicas e psiquiátricas associadas ao uso desta substância - o uso abusivo poderá levar a consequências físicas, sociais e psíquicas.

As principais condições associadas ao uso abusivo do crack estão associadas a alterações cardiovasculares, respiratórias, do aparelho excretor, do sistema nervoso central e distúrbios metabólicos.

Os efeitos agudos da intoxicação pelo crack são bem conhecidos, geralmente autolimitados e demandam apenas monitorização e tratamento de suporte. A

multifatorialidade desta condição clínica demanda uma abordagem interdisciplinar, possibilitando ação conjunta numa lógica biopsicossocial. Um bom plano terapêutico deve contar com o suporte médico, psicológico, social e de terapia ocupacional.

Protocolo Clínico:

https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=23614&Itemid=1000000000000



10.5 MANEJO DO PACIENTE ADULTO COM AGITAÇÃO E AGRESSIVIDADE

Agitação psicomotora e agressividade devem ser tratadas como emergência psiquiátrica, cuja intervenção terapêutica imediata é imperativa para proteção do paciente, demais pacientes e dos profissionais de saúde. A agitação é caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade (BRAGA, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2011).

O manejo do paciente que se apresenta agitado ou agressivo está bem descrito na literatura, sendo utilizado as seguintes modalidades: contenção física ou mecânica, contenção pessoa a pessoa (verbal, uso da força física, psicológica), contenção química e contenção ambiental (restrição de acesso a locais específicos).

Protocolo Clínico:

https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=14361&Itemid=1000000000000



10.6 ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AO PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA

O atendimento psicológico ao paciente com comportamento suicida é uma intervenção crucial para a prevenção do suicídio. A abordagem terapêutica - realizada por esse profissional - geralmente envolve a criação de um espaço seguro e empático para que o paciente possa expressar seus sentimentos e pensamentos, identificar fatores de risco, desenvolver estratégias de enfrentamento e fortalecer seus recursos emocionais.

O tratamento individualizado visa à recuperação e à construção de um suporte social eficaz para o paciente, com objetivo de reduzir o risco de autolesão e promover sua saúde mental a longo prazo. Além disso, a colaboração de outros profissionais de saúde se faz necessário para avaliar a necessidade de outras intervenções.

Protocolo Clínico:

https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&category_id=1394&id=21557&Itemid=1000000000000



10.6 ESTRATÉGIAS PARA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM COMPORTAMENTO SUICÍDA

A ambivalência faz com que o paciente em comportamento suicida esteja dividido entre as opções de viver ou morrer. É importante compreender o comportamento suicida “como um grito de socorro que pode dar certo, ao provocar um movimento de apoio e reestruturação, ou que, ao contrário, pode provocar mais agressões, vindas de pessoas próximas ou de uma equipe assistencial despreparada para atender tentativas de suicídio” (BERTOLOTE *et al.*, 2010).

A comorbidade psiquiátrica eleva o risco de suicídio em pacientes hospitalizados. Logo, conhecimentos que contribuam para a experiência clínica em saúde mental são

atributos desejáveis para a equipe multidisciplinar. É possível que pacientes vulneráveis executem a Tentativa de Autoextermínio (TAE) durante a internação hospitalar (CRPDF, 2020).

Protocolo Clínico:

https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=26608&Itemid=1000000000000



10.8 ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA

A esquizofrenia e os denominados transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas patognomônicos, caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual, embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos (BRESSAN, 2007 e ESSALI, 2009).

Ainda não foram identificados parâmetros laboratoriais para identificar esta patologia. Portanto, o diagnóstico baseia-se na história clínica e no exame do estado mental do paciente.

Protocolo Clínico:

https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=23612&Itemid=1000000000000



10.9 ELETROCONVULSOTERAPIA

A Eletroconvulsoterapia (ECT) é um procedimento que utiliza pequena corrente elétrica a fim de produzir convulsão cerebral generalizada. Sua indicação deve atender a critérios eminentemente clínicos e considerar os riscos psiquiátricos, clínicos e anestésicos.

O procedimento deve ser realizado por psiquiatra capacitado que, também, se responsabiliza pela evolução do quadro, discussão de condutas farmacológicas junto ao médico assistente e realização da avaliação final e do relatório de alta. O paciente deverá ser acompanhado por médico anestesista desde o início do procedimento até a sua recuperação.

Para avaliação do custo-benefício da ECT devem ser cuidadosamente avaliadas as contraindicações do procedimento e as condições com alto potencial de complicações. A sessão de ECT deve ser realizada em ambiente hospitalar, em sala devidamente preparada.

Protocolo Clínico:

https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=14371&Itemid=1000000000000



10.10 ASSISTÊNCIA AO PACIENTE VÍTIMA DE EXPOSIÇÃO SEXUAL

O funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS/MG preconiza a oferta do atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando o controle e o tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes desta violência, além do encaminhamento, se for o caso, para outros pontos de atenção da Rede (SUS/MG, 2014).

Os serviços e programas de saúde se configuram em pontos de entradas apropriados para abordagem da violência sexual, em particular contra mulheres, meninas

e crianças (OMS, 2016). Em 2022, a SES-MG ampliou a Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual que atendem pelo Sistema Único de Saúde e definiu hospitais de referência para garantir esse acesso, dentre eles, o Hospital Júlia Kubitschek e a Maternidade Odete Valadares. São serviços que realizam atendimento por equipe multiprofissional, avaliação clínica, exames, testagem rápida para IST/AIDS, profilaxia antirretroviral IST/AIDS, anticoncepção de emergência, coleta de vestígios e, também, a interrupção de gestação conforme previsto em lei (SES/MG, 2023).

Protocolo Clínico:

https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=26608&Itemid=1000000000000



11 A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL

Desirée Mainart Braga
Érika Cristina Fernandes Chamon
Fernanda Bitarães de Aguiar
Isabella Manetta de Moraes
Camila de Andrade Oliveira
Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela Portaria 529 de 1º de abril de 2013, e teve como objetivo “promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde” (BRASIL, 2013, p.2). A implementação dessas iniciativas é considerada condição mínima para a busca do avanço na assistência segura (REIS *et al.*, 2017).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) instituiu ações para a segurança do paciente e, dentre elas, a implantação de seis Protocolos básicos de Segurança do Paciente, conforme Quadro 11.1 (BRASIL, 2013), definidos como metas internacionais de segurança pela OMS, fomentada “pela necessidade de reduzir os riscos e danos evitáveis ao paciente, decorrentes da assistência à saúde” (BAPTISTA, 2018, p.2 apud WHO, 2009).

Quadro 11.1 - Protocolos de Segurança do Paciente.

PROTOCOLO	FINALIDADE
Identificação do Paciente	Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.
Segurança da prescrição, uso e administração do medicamento	Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.
Cirurgia Segura	Determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no

	paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS.
Higiene das Mãos	Prevenir e controlar as infecções relacionadas à saúde, visando a segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.
Prevenção de Quedas	Reducir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e os danos dela decorrentes, por meio de implantação de medidas que contemplam a avaliação de risco do paciente, familiares e profissionais.
Prevenção de Lesão por Pressão	Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele.

Fonte: BRASIL (2009); BRASIL (2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2013e).

Ainda que instituídos pelo Ministério da Saúde, os Protocolos básicos de segurança devem sofrer adequações para a assistência dos pacientes da linha de cuidado de saúde mental, devido às particularidades decorrentes do estado psíquico desses pacientes (VANTIL, 2020).

Nesse sentido, é necessário que a assistência prestada ao paciente com transtorno mental tenha, além dos cuidados já aplicados ao paciente clínico referentes à sua condição orgânica, atenção às particularidades e possíveis fatores predisponentes a situações que possam ser prejudiciais ao próprio paciente e/ou à equipe que o assiste (VANTIL, 2020, p.7; apud BRINER e MANSER, 2013).

Sobre este assunto, Tavares (2021, p.14) pontua que “os cuidados ao paciente com transtorno mental diferem do cuidado ao paciente clínico, pois existem questões exclusivas da assistência em saúde mental [e que embora riscos clínicos] sejam encontrados na assistência prestada ao paciente clínico ou com transtorno mental, na área de saúde mental prevalecem riscos específicos”.

Além das metas definidas pela OMS, existem outras situações que devem ser consideradas no âmbito da saúde mental, tais como a prevenção da violência, prevenção do auto e heteroagressividade, prevenção de evasão e prevenção de lesão por contenção mecânica, comuns no serviço de saúde mental (VANTIL, 2020).

Nesse contexto, serão descritas algumas intervenções de práticas seguras, no âmbito da saúde mental, em complemento àquelas preconizadas nos Protocolos básicos do MS e nos Protocolos da FHEMIG, considerando a relevância desta especificidade e a necessidade de aperfeiçoamento das estratégias sobre saúde mental e o cuidado seguro.

11.1 SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Estudos apontam que erros relacionados a medicamentos são bastante frequentes em pacientes psiquiátricos; sendo citadas como causas mais comuns a prescrição realizada de forma incorreta, pessoas homônimas, a polifarmácia, medicamentos com nomes e embalagens semelhantes (VANTIL, 2020; OLIVEIRA e TOLEDO, 2021; SILVA, 2021). Além disso, esses pacientes apresentam características que os deixam ainda mais vulneráveis aos danos decorrentes desses erros (VANTIL, 2020).

O uso de medicamentos psicotrópicos é crescente no Brasil e no mundo, acarretando “no aumento da polifarmácia ou uso de múltiplos fármacos, relacionado a antidepressivos e antipsicóticos, levando a um aumento no risco de interações medicamentosas” (SILVA, 2021, p.15).

A polifarmácia é uma realidade em pacientes hospitalizados, principalmente em psiquiatria, onde a associação de medicamentos é comum para o sucesso terapêutico. Além disso, no momento da internação hospitalar, são comuns as alterações nos medicamentos já utilizados pelos pacientes e isso pode gerar discrepâncias. As discrepâncias não intencionais ou erros de medicação comprometem a segurança do paciente (SILVA, 2021, p.5).

De acordo com a OMS, os erros relacionados à prescrição, uso e administração de medicamentos são potencialmente evitáveis e podem ser reduzidos com o desenvolvimento de práticas de saúde mais eficazes (WHO, 2017) que abarque todas essas etapas e que envolvam todos os atores envolvidos no processo: médico prescritor, equipe de farmácia, equipe de enfermagem, pacientes e familiares.

Quadro 11.2 - Medidas de Segurança Medicamentosa

FATOR CONTRIBUINTE	INTERVENÇÕES POSSÍVEIS
Infraestrutura e otimização de insumos	Armazenar e registrar de forma padronizada dos medicamentos termolábeis, incluindo plano de contingência. Armazenar e controlar os medicamentos sujeitos a controle especial Padronizar o armazenamento de medicamentos potencialmente perigosos, de alto custo e aqueles que apresentam som/grafia semelhantes. Ambiente de guarda de medicamentos limpo, organizado e bem iluminado. Padronizar os itens do carro de parada cardiorrespiratória /maletas de emergência/maletas de transporte.

	<p>Restringir o acesso à farmácia (definição de fluxos de atendimento e pessoas autorizadas).</p> <p>Estabelecer registro e controle de temperatura (2° a 8°C) e umidade do local de armazenamento de pragas. Estabelecer acompanhamento e registro do controle de vetores e pragas.</p>
Padronização de Processos	<p>Manter a lista de medicamentos padronizados atualizada e disponível na Instituição, bem como o manual de diluição dos mesmos.</p> <p>Padronizar o processo de dispensação de medicamentos (incluindo horários).</p> <p>Padronizar o processo de identificação de medicamentos (etiquetas dos medicamentos e armazenamento).</p> <p>Padronizar o processo de individualização de medicamentos.</p> <p>Padronizar do processo de devolução de medicamentos.</p> <p>Padronizar o fluxo para dispensação de emergência.</p>
Padronização de Identificadores	<p>Utilizar impressos e etiquetas para identificação de medicamentos padronizados.</p> <p>Manter controle e identificação da validade dos medicamentos, bem como das condições de armazenamento.</p>
Adoção de práticas seguras	<p>Utilizar sistema individualizado de distribuição de medicamentos</p> <p>Dupla checagem de medicamentos</p> <p>Não dispor de Eletrólitos concentrados (especialmente KCL), bloqueadores neuromusculares e medicamentos de uso controlado nas Unidades de Internação (estoque).</p> <p>Avaliação farmacêutica das prescrições e registro em prontuário.</p> <p>Conciliação medicamentosa.</p>

Fonte: Proadi-SUS/Projeto Paciente Seguro (2021).

11.2 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A identificação correta do paciente “é o processo pelo qual se assegura ao [mesmo] que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar” (BRASIL, 2013b, p.2). É fundamental para a segurança deste grupo de pacientes que a ele seja ofertado as melhores práticas de segurança assistencial. “Unidades de saúde tem adotado diferentes maneiras para identificar seus pacientes [...] não há um consenso sobre a maneira ideal de cumprir esse papel, no entanto, trata-se de uma ação necessária e que precisar ser adotada dada a sua importância” (SES/DF, 2019, p.2).

Protocolo de Identificação do Paciente:

https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format&task=frontfile.download&catid=1394&id=27250&Itemid=1000000000000



11.3 PREVENÇÃO DE QUEDAS

A prevalência do evento queda é maior nos serviços de saúde mental, quando comparado a outros serviços de saúde, em função da maior vulnerabilidade dos pacientes em sofrimento psíquico (CASSOLA, 2017).

Durante a admissão do paciente nesses serviços, devem ser avaliados fatores que podem contribuir para o risco de queda e, dentre eles, cabe citar fatores psico-cognitivos, depressão, ansiedade, dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, uso de medicamentos (Benzodiazepínicos, Antipsicóticos, Antidepressivos) e a polifarmácia (uso de quatro medicamentos ou mais) (BRASIL, 2013).

A avaliação do risco individual de queda, com a utilização da Escala de MORSE, é realizada na admissão do paciente e diariamente até a alta do mesmo, em caso de mudança do quadro clínico (BRASIL, 2013), “na sua transferência para outra Unidade ou serviço ou após episódio de queda” (SOUZA e MENDES (Org) 2014, apud GANZ *et al.* 2013).

Além dos fatores de risco relacionados ao perfil dos pacientes [fatores intrínsecos], há aqueles associados ao ambiente (VANTIL, 2020), denominados fatores extrínsecos, e que podem estar associados ao processo de trabalho da instituição. Nas internações psiquiátricas, o risco de queda torna-se ainda mais preocupante justamente pela associação desses múltiplos fatores (CASSOLA, 2017).

A avaliação ambiental do risco de queda deve estar presente no Projeto Terapêutico Singular e ações individuais de cuidados, somadas à orientação baseada em grupo de aprendizagem para cuidados específicos, podem reduzir os riscos de quedas [de pacientes psiquiátricos] (SILVA, PINHO e BEZERRA, 2020, p.35).

Pacientes independentes e que se locomovem sem a ajuda de terceiros, mas que possuem fatores de risco associados possuem alto risco para queda (BRASIL, 2013). “A maioria dos pacientes [psiquiátricos] internados são ambulantes”, favorecendo com que as quedas ocorram, principalmente, nas áreas externas às enfermarias, local com baixa presença de funcionários (AUSTRÁLIA, 2022).

Cuidados preventivos devem ser instituídos através de precauções universais, independente da classificação de risco do paciente; e através de intervenções individuais, medidas conforme o risco avaliado. No Quadro 11.3, serão descritas algumas dessas intervenções, sobretudo para o paciente psiquiátrico.

Quadro 11.3 - Medidas Preventivas para Quedas
INTERVENÇÕES AOS NÍVEIS DE FATORES INTRÍNSECOS E EXTRÍNSECOS

- Realizar avaliação diária do risco de queda com registro em prontuário e o estabelecimento de medidas individuais de prevenção.
- Supervisionar constantemente os pacientes que fazem uso de medicamentos que aumentam o risco de queda (sedativos, anestésicos, hipnóticos, tranquilizantes, benzodiazepínicos, antipsicóticos, antidepressivos, diuréticos, anti-hipertensivos).
- Revisar as prescrições de pacientes com polifarmácia e/ou com medicamentos associados a maior risco de queda, visando a reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão.
- Promover o uso seguro de medicamentos, através da definição e divulgação dos fármacos que aumentam o risco de quedas e qual manejo sugerido para esses pacientes. Recomendável, também, a identificação na prescrição através de carimbos/ grafia diferente desses fármacos.
- Realizar avaliação prévia da condição clínica do paciente, a fim de identificar fatores que aumentam a gravidade do dano em caso de queda. Exemplo: osteoporose, uso de anticoagulante, fraturas prévias.
- Detectar e tratar causas de delírio.
- Avaliar condições de independência e autonomia para deambulação.
- Estabelecer comunicação efetiva durante a passagem de plantão, com discussão dos casos onde o paciente apresenta risco elevado para quedas.
- Proporcionar iluminação adequada durante o dia e luz de presença durante a noite.
- Assegurar pavimento regular, antiderrapantes, seco e com menor número de perigos possíveis, como cabo ou fios.
- Organizar e realizar a limpeza das enfermarias (higienização do piso) em horário em que estiver o menor número de pacientes transitando.

Abaixo serão descritas possíveis intervenções voltadas para os leitos de saúde mental em hospital geral:

- Garantir a segurança das janelas por meio de telas, grades ou travas.
- Internar os pacientes em leitos afastados das janelas, sempre que possível.
- Reduzir o mobiliário da enfermaria para o mínimo possível.
- Observar: caso a enfermaria tenha banheiro, o mesmo não poderá ser trancado.
- Providenciar um acompanhante para o paciente, sempre que necessário.
- Priorizar a internação o mais próximo possível do andar térreo. Nas Unidades onde não é possível a internação neste andar, é necessário que estruturas físicas ou processos de trabalho sejam adaptados para o melhor atendimento dos pacientes.
- Estabelecer passagem/ronda nos leitos para auxílio na ida ao banheiro deve ser implementada tanto no plantão diurno como noturno.

- Observar: a área física adequada para prevenção do risco de queda: retirar obstáculos ao redor da cama e nos principais locais de passagens do paciente (calçados, escadas, mesas de mayo). Objetos permitidos como alimentos, cadeiras e outros de uso pessoal devem estar ao alcance do paciente.

Fonte: SOUZA e MENDES (Org.) (2014); BRASIL (2013); VANTIL (2020); FHEMIG (2022).

Além das medidas acima descritas, vale ressaltar que metodologias educativas devem ser trabalhadas junto ao paciente e familiares para promoção da prevenção de quedas.

Toda equipe multiprofissional deve ser capacitada sobre medidas universais para prevenção de quedas.

A prevenção de quedas não pode se restringir unicamente à avaliação do risco de queda (aplicação de uma escala) e à intervenção nos fatores de risco. As estratégias de prevenção podem ser complementadas com uma cultura de constante investigação das situações de quedas; criação de um grupo de quedas; eleição de um profissional (enfermeiro, médico) dinamizador; treino dos profissionais de saúde para implementar medidas preventivas; realização de auditorias e aprendizagem por meio da análise das circunstâncias em que ocorreram as quedas (SOUZA e MENDES Org. 2014, p. 271).

Contudo, ressalta-se que na ocorrência de quedas do paciente, os profissionais deverão estar orientados quanto às condutas a serem realizadas de acordo com as diretrizes estabelecidas em protocolo institucional.

11.4 PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Dos eventos adversos notificados no Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), pelos serviços de saúde mental e psiquiátricos do Estado de Minas Gerais (janeiro a dezembro de 2021), as Lesões por Pressão (LP) correspondem a 0,7% do total dessas notificações (BRASIL, 2021).

Esse dado vai de encontro com estudo conduzido por Vantil (2020) onde descreve que o perfil dos pacientes psiquiátricos não é de desenvolver LP com frequência, uma vez que esses pacientes deambulam rotineiramente durante o período de internação.

A ferramenta utilizada para avaliação do risco de desenvolver LP (Escala de Braden) nas Unidades da FHEMIG define que pacientes que não apresentam limitações quanto à mobilidade possuem menor risco para o desenvolvimento dessas lesões (BRASIL, 2013d).

Profissionais de saúde relatam, porém, maior preocupação quanto ao acometimento de LP por contenção mecânica (VANTIL, 2020), uma vez que “no cuidado ao paciente psiquiátrico em crise, por vezes, é necessário lançar mão [dessa contenção], compreendida como medida terapêutica de último recurso com o objetivo de controlar os movimentos do paciente agitado” (SILVA, PINHO e BEZERRA, 2020, p.35 apud COFEN, 2012).

No quadro 11.4 estão descritas recomendações de boas práticas para a prevenção dessas lesões.

Quadro 11.4 – Prevenção de LP por Contenção Mecânica

- Revisar e selecionar os dispositivos para reduzir o risco de desenvolvimento de LP (capacidade do dispositivo para minimizar o dano, tamanho/formato correto do dispositivo para o paciente, capacidade de aplicar corretamente o dispositivo).
- Monitorar regularmente a tensão das fixações e, sempre que possível, buscar a autoavaliação de conforto do paciente.
- Avaliar a pele sob e ao redor do dispositivo quanto a sinais de lesões relacionadas à pressão como parte da avaliação de rotina da pele (regularidade nunca superior a uma hora).
- Reduzir e ou redistribuir a pressão na interface entre a pele e o dispositivo, por meio do reposicionamento regular e a remoção do dispositivo quando clinicamente possível.
- Usar cobertura profilática sob o dispositivo médico para reduzir o risco de LP.

Fonte: EPUAP, NPIAP e PPPIA (2019).

Ademais, cabe pontuar que os pacientes psiquiátricos podem desenvolver outras LP não associadas à contenção mecânica, mas como resultado de pressão intensa e ou prolongada em combinação com cisalhamento, fricção ou outros fatores de risco. Devem ser aplicadas, portanto, todas medidas de prevenção de LP, descritas no Protocolo Clínico da FHEMIG (PC 13 - Feridas Hospitalares/Úlcera por Pressão).

11.5 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

As mãos dos profissionais que atuam nos serviços de saúde devem ser higienizadas com a utilização de água e sabonete e ou preparação alcoólica, conforme as indicações descritas no Quadro 11.5 (BRASIL, 2009).

Quadro 11.5 – Indicações para higiene das mãos

PRODUTO UTILIZADO	INDICAÇÕES
Água e sabonete	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais. 2. Ao iniciar e terminar o turno de trabalho. 3. Antes e após ir ao banheiro. 4. Antes e depois das refeições. 5. Antes de preparar alimentos. 6. Antes de preparar e manipular medicamentos. 7. Antes e após contato com paciente. 8. Após várias aplicações consecutivas de produto alcoólico. 9. Nas situações indicadas para o uso de preparações alcoólicas.
Preparação alcoólica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de ter contato com o paciente. 2. Após ter contato com o paciente. 3. Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos. 4. Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico. 5. Após risco de exposição a fluidos corporais. 6. Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente. 7. Após ter contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente. 8. Antes e após a remoção das luvas.

Fonte: BRASIL (2009, p.64-65).

Nas Unidades de atendimento psiquiátrico não deverão ser disponibilizados dispensadores para álcool em gel/sabonete e pias para lavagem das mãos nas enfermarias e demais ambientes em que o paciente tenha livre acesso. Trata-se de medida de segurança para prevenção da ingestão de álcool/sabonete e de outros acidentes decorrentes da utilização incorreta desses materiais e insumos.

12 EVASÃO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Desirée Mainart Braga
Camila de Andrade Oliveira
Érika Cristina Fernandes Chamon
Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

A evasão é entendida como a “saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado” (BRASIL, 2002, p.1), acarretando em danos para os pacientes, funcionários, familiares, cuidadores (MUIR-COCHRANE, MULLER e OSTER, 2021) e também para a instituição.

Estudos demonstram “que o maior grau de preocupação suscitado está relacionado à evasão de pacientes psiquiátricos, visto que seus números são maiores quando comparados às demais áreas de internação” (BORBA, 2020, p.10 apud BOWERS, 1999a; KHAMMARNIA *et al.*, 2014), devido às particularidades desses pacientes, conforme elucidado no Quadro 12.1.

Quadro 12.1- Fatores de risco para evasão de pacientes psiquiátricos

- Idade (< 40 anos)
- Paciente do sexo masculino
- Pacientes em fase de atividade econômica ativa
- Preocupações familiares
- Falta de apoio social (amigos e familiares)
- Desejo de liberdade
- Paciente admitido de forma involuntária
- Insatisfação com aspectos do tratamento
- Solicitações frequentes de alta
- História de uso abusivo de substâncias
- Diagnóstico de esquizofrenia ou psicose aguda
- Diagnóstico de transtorno de personalidade
- Paciente com quadro de agitação e ansiedade
- Antecedentes de fuga
- Ausência do interesse em melhorar o comportamento de saúde
- Sentimento de insegurança com o que ocorrerá na internação
- Fragilidade no relacionamento médico-paciente

Fonte: BORBA (2020); BORBA (2020 apud PEREIRA, *et al.*, 2013); MUIR-COCHRANE, MULLER e OSTER (2021 apud STEWART e BOWERS, 2010); KAGGWA (2021).

Dentre os danos decorrentes do evento de evasão, destacam-se pela gravidade, o risco de suicídio e automutilação, de agressão e violência contra terceiros, risco de autonegligência ou morte. Ademais, deve-se ter em conta a perda de confiança no serviço ou dano à sua reputação, bem como os custos significativos que poderão ser gerados para o sistema de saúde (BORBA, 2020, p.13 apud LIMA; LEVENTHAL, FERNANDES, 2008; KHAMMARNIA *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2018).

Mesmo não havendo prejuízos dessa magnitude, o tratamento do paciente será interrompido e o mesmo terá recuperação mais lenta e hospitalização mais prolongada (MUIR-COCHRANE, MULLER e OSTER, 2021; BORBA, 2020). Portanto, as medidas preventivas descritas no Quadro 12.2 devem ser praticadas com o objetivo de minimizar, ao máximo, a ocorrência da evasão dos pacientes psiquiátricos.

Quadro 12.2 - Prevenção de evasão do paciente psiquiátrico

- Avaliar o risco de evasão do paciente quando o mesmo der entrada no serviço.
- Monitorar o paciente, de forma contínua, quanto ao potencial risco de evasão, observando comportamentos que sugerem risco de fuga (solicitação de alta a pedido, saídas furtivas da enfermaria, antecedentes de fuga, dentre outros descritos no quadro 1).
- Orientar o paciente, familiares (ou responsável legal) sobre a importância de sua permanência no serviço para continuidade e adesão ao tratamento.
- Orientar familiares (ou responsável legal) sobre a importância de acompanhante para o período de internação do paciente [leitos de saúde mental em hospital geral].
- Registrar no prontuário (ou ficha de atendimento) todo comportamento ou manifesto voluntário de evasão e comunicar toda equipe multiprofissional (médica, enfermagem, psicologia, serviço social, portaria e equipe de vigilância).
- Estabelecer normas e rotinas institucionais.
- Capacitar toda equipe para atuarem de forma preventiva quanto ao risco de evasão.

Fonte: Adaptado de BORBA (2020).

Mesmo que sejam adotadas todas essas medidas para redução do risco de fuga dos pacientes, resta mencionar, aqui, as intervenções que devem ser realizadas, por profissionais de saúde e pela instituição, em casos de sua ocorrência (Quadro 12.3).

Quadro 12.3 - Intervenção pós evasão do paciente

- Comunicar a equipe multiprofissional e direção hospitalar imediatamente após a constatação da evasão.
- Registrar de forma detalhada no prontuário ou na ficha de atendimento do paciente: diagnóstico (se houver), tratamento proposto, riscos evidenciados e orientações dadas ao paciente, familiares e/ou responsável legal, citar pessoas envolvidas, data, horário.
- A diretoria da Unidade Assistencial deverá comunicar o fato à família e ou responsável legal, bem como à autoridade sanitária responsável no prazo máximo de 24 horas da data de ocorrência do evento. Registrar em prontuário (nome do contato, data, hora, etc.)
- Realizar registro de Boletim de Ocorrência (BO) junto à polícia militar (chamada telefônica, preferencialmente, e ou registro no site). Registrar e anexar cópia do BO no prontuário (ou ficha de atendimento) logo após a comunicação da equipe multiprofissional e direção.
- Comunicar ao Conselho Tutelar (se paciente menor de idade com fuga consentida por familiares e/ou responsável legal), logo após a realização do BO junto à polícia militar.
- O caso poderá ser comunicado à guarda municipal, corpo de bombeiros ou outra instituição pertinente para ampliar as chances de retorno do paciente.
- Registrar o evento no Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária (NOTIVISA) nas primeiras 24 horas após a constatação da evasão.

Fonte: Adaptado de SÃO PAULO (2020); BRASIL (2001).

13 PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE MICRORGANISMOS: DESAFIOS NA SAÚDE MENTAL

Roberta Aparecida Gonçalves
Flávio Souza Lima
Erika Cristina Fernandes Chamon
Isabella Manetta de Moraes
Shara de Brito Faria Campos

Neste tópico, serão abordadas intervenções a serem realizadas, no âmbito da saúde mental - sobretudo nas Unidades IRS, CHPB, CMT e CEPAI - para a prevenção da transmissão de microrganismos, que, de acordo com Silva e Padoveze (2012), ocorre de um paciente para outro, de um paciente para um profissional de saúde e de um portador saudável ou doente para outro. São serviços de baixa complexidade clínica, por isso com baixa pressão de seleção de microrganismos multirresistentes a antimicrobianos, que tem por objetivo o tratamento das agudizações das doenças psiquiátricas. Os pacientes encaminhados para estas Unidades devem apresentar estabilidade clínica, mas, mesmo nesse contexto, situações de risco de transmissão de doenças infecciosas ou microrganismos multirresistentes podem ocorrer, semelhante às Unidades de atendimento clínico. Apesar destas doenças infecciosas não serem o motivo principal de internação nestas unidades, pacientes que apresentem essas doenças no momento da internação ou durante a internação não necessitam de transferência para outras unidades, desde que mantenham estabilidade clínica e que as medidas de precaução e isolamento sejam instituídas e cumpridas.

Nos leitos de saúde mental de hospital geral (HJXXIII, HJK, HRJP) é possível a internação de pacientes com quadros clínicos mais complexos. Para esses leitos, as medidas de precaução e isolamento são as mesmas indicadas para os demais leitos da instituição.

Essas intervenções são agrupadas nos Protocolos de Precaução e Isolamento dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar de cada unidade e são indicadas de acordo com a via de disseminação da doença infecciosa/ microrganismo multirresistente. O

objetivo principal desses Protocolos é estabelecer barreiras que dificultem a disseminação destas doenças e destes microrganismos.

A identificação de casos suspeitos de doenças infectocontagiosas orienta as estratégias de prevenção e controle de infecção para impedir ou limitar a transmissão dos patógenos, principalmente dentro dos serviços de saúde (FHEMIG, 2021).

Assim como nas demais unidades de saúde, na saúde mental os Protocolos de Isolamento são divididos em: precaução de contato, precaução de gotículas e precaução por aerossol, conforme elucidado no Quadro 13.1.

Quadro 13.1 - Indicação de medidas de precaução

TIPOS DE PRECAUÇÃO	MEDIDAS DE PRECAUÇÃO
Precaução de contato	Indicada nos casos de colonização/infecção por microrganismos multirresistentes e doenças infecciosas transmitidas pelo contato direto das mãos dos profissionais ou equipamentos utilizados na assistência. Na saúde mental, um cuidado adicional é evitar o contato direto entre os pacientes, que é muito mais comum que nas unidades de cuidados clínicos, devido às condições mentais dos pacientes que frequentemente não compreendem a importância desse afastamento e, até mesmo, devido a modalidades terapêuticas que estimulam a convivência desses pacientes. Outra condição clínica comum nas unidades de saúde mental é a infestação por ectoparasitas (pediculose e escabiose), as quais são transmitidas pelo contato direto entre os pacientes ou contato com o ambiente ocupado por esse paciente.
Precaução de gotículas	Indicada nos casos de doenças infecciosas transmitidas por via aérea através de gotículas. As gotículas são partículas expelidas da boca e nariz durante a respiração, fala, tosse ou espirros e apresentam um volume acima de 5µm, por isso não ficam em suspensão no ambiente e apresentam um raio de disseminação de aproximadamente 2 metros antes de se depositarem em superfícies. As ações de prevenção de disseminação de doenças por essa via são baseadas em distanciamento ou colocação de algum obstáculo entre os pacientes. Na saúde mental, a orientação desse distanciamento é dificultada pela infraestrutura de vários serviços, os quais apresentam enfermarias com mais de um leito, e pela compreensão dos pacientes. Outro dificultador é a não possibilidade de acompanhantes para os pacientes internados na saúde mental, os quais poderiam ajudar nas orientações de afastamento desses pacientes.
Precaução de aerossol	Indicada nos casos de doenças infecciosas transmitidas por aerossóis. Os aerossóis, assim

como as gotículas, são expelidos da boca e do nariz durante a respiração, fala, tosse ou espirro. O volume dessas partículas, após o ressecamento no ambiente, é de 5µm, por isso têm a capacidade de permanecer em suspensão no ambiente, podendo se disseminar por distâncias maiores. Para esses pacientes é indicado o quarto privativo com porta fechada durante todo o período de transmissibilidade da doença. Na saúde mental, a dificuldade desse isolamento é ainda maior porque é necessária uma estrutura hospitalar que permita a observação desse paciente durante o período de isolamento, a qual pode ser por visores em portas ou paredes ou câmeras. Há riscos de autoagressão ou tentativa de autoextermínio, daí a necessidade dessa estrutura de observação direta.

A seguir, serão abordadas doenças infectocontagiosas e infestações de ectoparasitas que acometem pacientes portadores de sofrimento mental e a indicação de práticas mais indicadas para a prevenção da transmissão dessas doenças.

13.1 HERPES ZOSTER

Infecção causada pelo vírus Varicela Zoster. Sua transmissão ocorre por meio de contato direto e aerossóis e sua disseminação através do contato entre pacientes não imunes durante a internação (JANE *et al.*, 2007). Também pode ocorrer transmissão por via aerossol nos casos de doença disseminada (mais de 20 lesões num mesmo dermatomo e/ou acometer dois ou mais dermatomos).

A rígida separação é recomendada para pacientes hospitalizados e imunossuprimidos, com Herpes Zoster localizado ou disseminado (mais de 20 lesões num mesmo dermatomo e/ou acometer dois ou mais dermatomos) (UNICAMP, 2006).

É indicada a separação por precaução de contato e precaução para aerossóis em quarto privativo obrigatório (porta fechada) (UNICAMP, 2006). Deverá ser evitado o transporte do paciente e quando necessário o mesmo deverá utilizar máscara cirúrgica (notificar ao setor que irá receber o paciente). Os profissionais devem utilizar máscaras N95 ou similar, luvas e aventais na assistência a esses pacientes.

As precauções (contato e aerossóis) devem ser mantidas até todas as lesões se tornarem crostas (JANE *et al.*, 2007).

O surgimento dessa doença no ambiente de saúde mental é fator de risco para a disseminação da Varicela entre os pacientes que não apresentam imunidade, uma vez que não possuem entendimento quanto à sua transmissão e prevenção.

13.2 TUBERCULOSE PULMONAR OU LARÍNGEA

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, que acomete prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e ou sistemas. É causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch e sua transmissão ocorre por vias aéreas, pela inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro. A probabilidade de uma pessoa ser infectada depende de fatores exógenos, dentre eles a infectividade do caso-fonte, a duração do contato e o tipo de ambiente partilhado (PARANÁ, 2022).

Pacientes com suspeita ou com diagnóstico de TB devem ser separados/isolados por meio de medidas de precaução por aerossóis. Não devem compartilhar quarto com casos confirmados, pacientes com diagnóstico de Tuberculose multirresistente e nem com pacientes em esquemas de tratamento diferentes (UFSC, 2012).

Para casos em suspeição, as medidas de precaução devem ser mantidas até o resultado da baciloscopia. Se baciloscopia negativa, suspender essas medidas - manter precaução até se obter duas baciloskopias negativas, colhidas em dias diferentes (UFSC, 2012).

13.3 ESCABIOSE

Escabiose é uma parasitose da pele causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, cuja penetração deixa lesões em forma de vesícula, pápulas ou pequenos sulcos. Seu modo de transmissão ocorre pelo contato direto com doentes, contato com roupas de cama contaminadas ou por meio de relações sexuais (FIOCRUZ, 2017).

Devido ao risco de disseminação e ocorrência de surto no ambiente hospitalar, é indicado que seu diagnóstico seja realizado no ato da internação do paciente para início

imediato do tratamento e de medidas de precaução. Diagnóstico realizado com o paciente já internado é um alerta para investigação de surto.

As precauções de contato e padrão devem ser mantidas até as lesões visíveis tornarem-se crostas (UFSC, 2012). A circulação do paciente em áreas comuns deve ser evitada.

13.4 PEDICULOSE

A Pediculose é uma dermatose pruriginosa produzida por piolhos, causada pelo *Pediculus humanus capitis*. Seu modo de transmissão ocorre pelo contato direto com a pessoa infectada ou com objetos utilizados por esta.

É recomendada a identificação da Pediculose no ato da admissão do paciente para que sejam iniciados o tratamento e as medidas de precauções específicas, prevenindo a disseminação no ambiente hospitalar.

O risco de disseminação é maior nas enfermarias femininas, devido à maior prática de compartilhamento de objetos pessoais, como pentes, escovas de cabelo e da troca usual de leitos.

Medida eficaz, para momentos em que o usuário não esteja em crise, é a utilização de touca de cabelo e da separação por coorte em quarto compartilhado na mesma enfermaria.

O uso do pente fino é fundamental para a remoção, de forma mecânica, dos piolhos e lêndeas. No entanto, considerando que esta ação não garante a completa remoção das lêndeas, após o período de sete dias as mesmas irão eclodir caso não tenham sido removidas. Momento oportuno para nova aplicação ou dose de medicamento para combater os piolhos.

O quadro 13.1 elucida medidas de precaução de acordo com as patologias acima descritas.

Quadro 13.1 - Medidas de Precaução

PATOLOGIA	TIPOS DE PRECAUÇÃO
Herpes Zoster	Tipo de precaução: contato + aerossol Contato: higienização das mãos + quarto privativo + luvas + avental.

	Aerossol: higienização das mãos + máscara PFF2 ou N95 (para profissional de saúde) e máscara cirúrgica (paciente durante o transporte) + quarto privativo.
Tuberculose pulmonar ou laríngea	Tipo de precaução: aerossol Aerossol: higienização das mãos + máscara PFF2 ou N95 (para profissional de saúde) e máscara cirúrgica (paciente durante o transporte) + quarto privativo.
Escabiose	Tipo de precaução: contato Contato: higienização das mãos + quarto privativo + luvas + avental + gorro
Pediculose	Tipo de precaução: contato Contato: higienização das mãos + quarto privativo + luvas + avental + gorro

Fonte: JANE *et al.* (2007); UFSC, (2012).

13.5 CUIDADOS COM PACIENTES PROVENIENTES DE OUTRAS INSTITUIÇÕES

Pacientes provenientes de outros serviços de saúde podem ter sido colonizados por microrganismos multirresistentes ou por outras doenças infecciosas e, por isso, necessitam de medidas de precaução no ato da internação, como forma de se evitar a disseminação e surtos.

É indicada a inspeção dos cabelos e pele do paciente. Caso a infraestrutura permita, o paciente deveria ser internado em quarto privativo com estrutura de visualização direta da equipe até que a possibilidade de doenças infectocontagiosa seja afastada.

As atividades terapêuticas coletivas devem ser evitadas para pacientes com doenças infecciosas e infestação ainda em período de transmissibilidade e colonizados por microrganismos multirresistentes de importância epidemiológica para a unidade.

O número de quartos disponíveis para possível uso como quarto de precauções específicas é pequeno e a condução dos casos é desafiadora. Pacientes com mesmos diagnósticos infecciosos podem ser alocados em sistema de coorte.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) é o responsável pelo monitoramento do processo de precaução e isolamento e deverá realizar busca ativa no prontuário do paciente para identificar se há registros que levarão a suspeita de doenças infectocontagiosas e/ou infestações.

13.6 PREVENÇÃO DE SURTOS INTER-HOSPITALARES

Quadro 13.2 – Medidas gerais para prevenção e controle de surtos

- Distância mínima de 1 metro de distância entre leitos de enfermarias.
- Condições adequadas para higiene das mãos:
Almotolia individual por servidor (preparação alcoólica).
- EPI apropriados, conforme precaução instituída.
- Controle dos pacientes fonte.

Fonte: BRASIL (2022).

O médico e a equipe multidisciplinar devem registrar todas as intervenções a serem desenvolvidas no prontuário eletrônico do paciente, com justificativa da precaução específica indicada, para melhor adesão da equipe e minimização da estigmatização.

14 ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Aline Cândido de Almeida Pinto Mendes
Arthur Felipe Ribeiro Mendes
Cristiane Nascimento Lima
Kátia Cristina Martins Fonseca
Maria Lúcia dos Santos Cabral
Priscila Penido Antunes
Quesia Vitoria Bezerra
Tiago Sávio Moreira Possas
Júlia Abreu Vilela

A multiprofissionalidade na prestação de serviços aos portadores de transtornos mentais foi descrita, pela primeira vez, na Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1.992, com a definição de categorias profissionais necessárias para integrar às equipes de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nos seus diversos níveis e pontos de atenção.

Em 2001, com a promulgação da Lei Federal nº 10.216, a assistência multiprofissional e interdisciplinar ganhou relevância, pois o “regime de internação [passou a ser] estruturado de forma a oferecer assistência integral às pessoas portadoras de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros”, redirecionamento o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001, p.01).

Posteriormente, diversas Portarias foram publicadas reforçando a importância desse modelo assistencial, destacando-se, aqui, a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, uma vez que, dentre as suas diretrizes para o funcionamento da RAPS, é preconizada a oferta do cuidado integral e de assistência multiprofissional, sob a lógica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2011).

Propostas e ações, quando realizadas por equipe multiprofissional, contribuem para a efetivação do cuidado integral e interdisciplinar. Durante esse processo, são identificados, periodicamente, as necessidades dos usuários e os riscos e vulnerabilidades em que estão expostos. Sobre esse assunto, Yasui (2009) pontua que o atendimento deve

manter o paciente como foco do cuidado, numa perspectiva interdisciplinar e não sobre o trabalho por categorias profissionais específicas.

O trabalho em equipe é a capacidade de participar coletivamente da construção de um projeto comum de trabalho, num processo de comunicação que propicie as trocas sem limitar a aplicação de conhecimentos técnicos, aprendendo a atuar coletivamente (MINAS GERAIS, 2007).

Nesse contexto, serão descritas, a seguir, ações desenvolvidas por cada categoria profissional que compõem esta equipe, desde a admissão até a alta responsável. Ainda que a equipe mínima da saúde mental deva ser composta, segundo o caderno de parâmetros da FHEMIG, por assistente social, enfermeiro psiquiatra, médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico de enfermagem, serão elucidadas, também, as ações desenvolvidas por profissionais das categorias de fonoaudiologia e fisioterapia, uma vez que estas podem atuar no âmbito da saúde mental por meio de interconsultas ou serviços especializados.

14.1 EQUIPE MÉDICA

De acordo com a Resolução CFM Nº 2.057, de 20 de setembro de 2013, “nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica em geral, público ou privado, poderá recusar atendimento médico sob a alegação de que o paciente seja portador de doença mental” (CFM, 2013, p.7). Além disso, “os procedimentos médicos gerais, clínicos ou cirúrgicos, quando necessários à saúde de paciente com doença mental, devem obedecer aos mesmos critérios adotados pela medicina em geral para os agravos à saúde de pacientes não psiquiátricos” (CFM, 2013, p.7).

A equipe mínima responsável pela atenção às pessoas hospitalizadas com transtornos mentais e/ou com transtornos por uso de drogas deve incluir 01 médico psiquiatra com carga horária mínima de 10 horas semanais para cada 08 a 10 leitos (BRASIL, 2017). Sempre voltado para o benefício do paciente, os serviços também devem contar com equipe multidisciplinar atuando de forma integrada e colaborando para um melhor atendimento (ABP, 2020).

A internação deverá ser realizada mediante laudo médico que justifique os motivos, podendo ser voluntária, involuntária ou compulsória. Sendo a voluntária e a involuntária obrigatoriamente autorizada por médico inscrito no Conselho Regional de Medicina (BRASIL, 2001).

O diagnóstico de doença mental deve ser feito por médico, de acordo com os padrões aceitos internacionalmente, sem considerar status econômico, político ou social, orientação sexual, pertinência a grupo cultural, racial ou religioso, ou por qualquer razão não relacionada ao estado de saúde mental da pessoa (CFM, 2013, p.4).

A partir do diagnóstico da necessidade de internação, cabe ao médico, no acolhimento hospitalar, a realização da anamnese completa e exame físico. A Resolução CFM nº 2.057/2013, afirma que "é da competência exclusiva de médico a realização de diagnósticos nosológicos, indicação de conduta terapêutica e admissões, licenças e altas dos pacientes sob sua responsabilidade" (CFM, 2013, p.5). O Quadro 14.1 elenca as principais informações que este profissional deve obter durante a anamnese, a fim de fortalecer a sua propedêutica médica.

Quadro 14.1 – Anamnese médica

- Identificação do paciente: nome, idade, data de nascimento, filiação, estado civil, raça, sexo, religião, profissão, naturalidade, endereço e telefone.
- Queixa principal: descrição sucinta da razão da consulta.
- História da doença atual: relato do adoecimento, início, principais sinais e sintomas, tempo de duração, forma de evolução, consequências, tratamentos realizados, internações, outras informações relevantes.
- História familiar: doenças pregressas na família, estado de saúde dos pais, se falecidos, a idade e a causa, principal ocupação dos pais, quantos filhos na prole, forma de relacionamento familiar, nas avaliações psiquiátricas registrar a existência de doença mental na família.
- História pessoal: informações sobre sua gestação e doenças intercorrentes da mãe durante a gestação, doenças fetais, parto eutóxico ou distóxico, condições de nascimento, evolução psicomotora com informações sobre idade em que falou e deambulou; doenças intercorrentes na infância, ciclo vacinal, aprendizado na escola, sociabilidade em casa, na escola e na comunidade; trabalho, adoecimento no trabalho, relações interpessoais na família, no trabalho e na comunidade; puberdade, vida sexual e reprodutiva, menopausa e andropausa; se professa alguma religião e qual; doenças preexistentes relacionadas ou não ao atual adoecimento; situação atual de vida.
- Revisão por sistemas com interrogatório sucinto sobre pele e anexos, sistema olfatório e gustativo, tato, visual e auditivo, cardiocirculatório e linfático, osteomuscular e articular, gênito-urinário e neuroendócrino e psíquico.
- Exame físico
- Exame do estado mental (para a psiquiatria e neurologia): senso percepção, representação, conceito, juízo e raciocínio, atenção, consciência, memória, afetividade, volição e linguagem.
- Hipóteses diagnósticas: possíveis doenças que orientarão o diagnóstico diferencial e a requisição de exames complementares.

- Exames complementares: exames solicitados e registro dos resultados (ou cópia dos próprios exames).
- Diagnóstico: de acordo com o CID da Organização Mundial da Saúde em vigor.
- Conduta: terapêutica instituída e encaminhamento a outros profissionais.
- Prognóstico: quando necessário por razões clínicas ou legais.
- Sequelas: fundamentação para prescrições específicas como órteses e próteses e materiais especiais.
- Causa da morte (se for o caso).

Fonte: CFM (2016).

A abordagem completa deve ser realizada durante a avaliação clínica do paciente a fim de excluir possíveis doenças que podem se manifestar com sintomas psíquicos, bem como descartar o uso de substâncias lícitas ou ilícitas como causadoras do quadro clínico (SMS/PR, 2018).

O diagnóstico de doença mental deve ser feito por médico, de acordo com os padrões aceitos internacionalmente, sem considerar status econômico, político ou social, orientação sexual, pertinência a grupo cultural, racial ou religioso, ou por qualquer razão não relacionada ao estado de saúde mental da pessoa (CFM, 2013, p.4).

Após realizado o acolhimento do paciente, inicia- se o acompanhamento deste com condutas médicas relacionadas aos procedimentos, à prescrição medicamentosa, aos manejos de crises e às intercorrências (CFM, 2013. p.5). Em conjunto com a equipe multidisciplinar é implantado o PTS, que proporciona a integração da equipe, com reuniões frequentes para dialogar sobre o quadro do paciente, além de permitir discussões sobre possibilidades de intervenção, atentando para inclusão dos familiares (BRASIL, 2007).

A Resolução CFM nº 2057/2013 orienta que “o tratamento e os cuidados a cada paciente devem basear-se em plano prescrito individualmente, discutido com o interessado e/ou seu responsável, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissional qualificado” e, além disso, que “qualquer tratamento administrado a paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário, inclusive os casos de contenção física” (CFM, 2013, p.7).

Nenhum tratamento será administrado à pessoa com doença mental sem consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem sua obtenção ou em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a terceiro [...]. Na impossibilidade de se obter o consentimento esclarecido do paciente deve- se buscar o consentimento do responsável legal (CFM, 2013).

Para orientações quanto às medidas a serem realizadas quando da ocorrência de contenções, deverá ser consultado o Protocolo Clínico da instituição (PC 33: Manejo do Paciente Adulto com Agitação e Agressividade). Quanto à contenção física, “médicos assistentes e plantonistas [...] devem contribuir para assegurar a cada paciente o direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social (CFM, 2013, p.7)

A finalização dos cuidados hospitalares pode estar associada a diferentes motivos (da evasão até a conclusão do tratamento). A alta hospitalar é realizada pelo profissional médico e o mesmo deverá considerar não somente as questões clínicas, mas, também sociais, econômicas, familiares, dentre outras apontadas pela equipe multidisciplinar. No momento da alta hospitalar, receituários, relatórios, encaminhamentos e outros documentos médicos deverão ser fornecidos ao paciente para que a continuidade do cuidado seja assegurada (SES/ES, 2018).

É preconizado que o tratamento ocorra em ambientes terapêuticos, humanizados e se dê em curto período de permanência hospitalar. A internação é considerada ponto de estresse para o paciente (SES/MG, 2022). Sobre esse assunto, o Conselho Federal de Medicina (2013) concorda ao dizer que “as modalidades de atenção psiquiátrica extra-hospitalar devem ser prioritárias e, na hipótese da necessidade de internação, esta se dará pelo tempo necessário à recuperação do paciente”.

14.2 EQUIPE DE ENFERMAGEM

A prática de enfermagem na saúde mental se inicia no ato da admissão do paciente, momento em que ele é indicado para o acompanhamento especializado e multiprofissional.

Essa prática deverá obedecer às competências definidas na Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no país; na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; na Resolução Cofen nº 358/2009, que dispõem sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); na Resolução Cofen 678/2021, que aprova a atuação da equipe de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e no Código de Ética profissional.

Para atuação na “equipe de enfermagem na saúde mental e psiquiátrica o enfermeiro deverá, preferencialmente, possuir pós-graduação em saúde mental, enfermagem psiquiátrica ou atenção psicossocial” (COFEN, 2021, p.1), garantindo um atendimento mais especializado e qualificado. Além disso,

o cuidado de enfermagem em saúde mental, na atualidade, demanda do enfermeiro a postura de agente terapêutico [...] o que permite o reconhecimento das experiências de vida do paciente e o estímulo à sua responsabilização na produção de seu sintoma e, por consequência, na tomada das decisões terapêuticas [...] **A consolidação da relação terapêutica se dá por meio do processo de enfermagem**, que caracteriza a forma de pensar do enfermeiro, cuja finalidade é a formulação do cuidado (GARCIA *et al.* 2017, p. 221 grifo nosso).

Para o desenvolvimento do processo de enfermagem, por sua vez, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento sobre coleta de dados, identificação das necessidades de cuidados, proposição de intervenções e avaliação dos resultados obtidos (GARCIA *et al.* 2017).

Dessa forma, o processo de enfermagem torna-se central para o estabelecimento do cuidado de enfermagem em saúde mental e favorece que o enfermeiro assuma uma posição autônoma como agente terapêutico, o que consequentemente qualifica a assistência de enfermagem oferecida e também pode ser entendido como a contribuição do enfermeiro ao Projeto Terapêutico Singular (GARCIA, *et al.* 2017, p. 221).

- Diagnósticos e intervenções de enfermagem

O termo diagnóstico de enfermagem é definido pela *North American Nursing Diagnostics Association* (NANDA) como o “julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais reais ou potenciais (NANDA, 2021), conferindo “a base para que o enfermeiro realize as prescrições de enfermagem [...] e intervenções adequadas” (GARCIA, *et al.* 2017, p.02).

Abaixo serão descritos possíveis títulos diagnósticos de enfermagem, referentes às pessoas com transtorno mental, baseados na metodologia NANDA, bem como intervenções correlacionadas, baseadas na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) (ver Quadro 14.1).

A NIC descreve as intervenções realizadas por enfermeiros, ajudando na padronização e definição da base do cuidado, facilitando, assim, a seleção de uma

intervenção adequada (NIC, 2008). Algumas intervenções requerem treinamento especializado e algumas não podem ser realizadas sem a certificação apropriada. Outras intervenções descrevem medidas de higiene básica e conforto que, em alguns casos, podem ser delegadas ao técnico de enfermagem, mas que, mesmo assim, ainda precisam ser planejadas e avaliadas por enfermeiros (NIC, 2020).

Quadro 14.1 - NANDA X NIC

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS/NANDA	INTERVENÇÕES/NIC
Eliminação urinária prejudicada	1. Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária
Constipação	1. Monitorar sinais e sintomas de constipação intestinal 2. Avaliar o perfil de medicamentos quanto a efeitos colaterais gastrintestinais
Padrão de sono prejudicado	1. Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão de sono 2. Ajustar o ambiente para promover o sono.
Deambulação prejudicada	1. Auxiliar o paciente a se levantar e a deambular por uma distância especificada e com o número apropriado de pessoas da equipe de saúde 2. Encorajar a deambulação independente dentro de limites seguros
Interação social prejudicada	1. Encorajar maior envolvimento nas relações já estabelecidas 2. Encorajar atividades sociais e comunitárias
Padrão de sono prejudicada	1. Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão de sono 2. Ajustar o ambiente para promover o sono
Memória prejudicada	1. Conversar com o paciente 2. Demonstrar sensibilidade de cuidador, respondendo pronta e apropriadamente às pistas.
Enfrentamento familiar comprometido	1. Encorajar o contato continuado com os familiares, conforme apropriado 2. Manter oportunidades para visitação flexível com o intuito de alcançar as necessidades dos familiares e do paciente
Atividades de recreação deficientes	1. Incluir o paciente no planejamento de atividades recreativas. Auxiliar o paciente a escolher atividades recreativas coerentes com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais. 2. Auxiliar o paciente a identificar atividades recreativas que tenham valor.
Risco de vínculo pais/filhos prejudicado	1. Identificar as capacidades dos membros da família para o envolvimento nos cuidados do paciente.

	<ul style="list-style-type: none"> 2. Ajudar a família a fixar metas na direção de uma forma mais competente de lidar com comportamentos disfuncionais
Nutrição desequilibrada	<ul style="list-style-type: none"> 1. Discutir as necessidades nutricionais e as percepções do paciente da dieta prescrita ou recomendada 2. Discutir sobre o que o paciente gosta ou não de comer
Desesperança	<ul style="list-style-type: none"> 1. Encorajar o paciente a identificar seus pontos fortes e capacidades 2. Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos 3. Conversar com o paciente / oferecer informações verbais e escritas
Déficit no autocuidado para alimentação	<ul style="list-style-type: none"> 1. Criar um ambiente agradável durante o momento das refeições 2. Fornecer alimentos e bebidas preferidos, conforme apropriado
Déficit no autocuidado para banho	<ul style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar um ambiente terapêutico, garantindo uma experiência calorosa, relaxante, privada e personalizada 2. Fornecer assistência até o paciente conseguir assumir totalmente o autocuidado
Déficit no autocuidado para higiene íntima	<ul style="list-style-type: none"> 1. Fornecer assistência até o paciente conseguir assumir totalmente o autocuidado
Déficit no autocuidado para vestir-se	<ul style="list-style-type: none"> 1. Estar disponível para assistência com o vestuário, conforme a necessidade 2. Disponibilizar as roupas do paciente em área acessível
Autonegligência	<ul style="list-style-type: none"> 1. Encorajar o paciente a realizar as atividades normais da vida diária conforme seu nível de capacidade 2. Estabelecer rotina de atividades de autocuidado
Distúrbio no processo do pensamento	<ul style="list-style-type: none"> 1. Estimular a memória por meio da repetição do último pensamento expresso do paciente
Processos familiares disfuncionais	<ul style="list-style-type: none"> 1. Encorajar o contato continuado com os familiares, conforme apropriado 2. Manter oportunidades para visitação flexível com o intuito de alcançar as necessidades dos familiares e do paciente
Risco de automutilação	<ul style="list-style-type: none"> 1. Alocar o paciente que apresente potencial de autolesão com um companheiro de quarto, para diminuir o isolamento e a oportunidade de agir em relação a pensamentos autodestrutivos, conforme apropriado 2. Colocar o paciente no ambiente menos restritivo que permita o nível necessário de observação 3. Colocar luvas especiais, talas, capacetes ou contenções para limitar a mobilidade e

	a capacidade de iniciar a automutilação, conforme apropriado
Risco de comportamento suicida	<p>1. Determinar se o paciente dispõe de meios para executar planos de suicídio</p> <p>2. Checar a boca do paciente após administrar medicamento para garantir que ele não o tenha escondido para tentativa posterior de intoxicação</p> <p>3. Estabelecer um contrato (verbal ou por escrito) com o paciente de “não causar dano a si mesmo” por determinado período de tempo, renovando-o a intervalos específicos, conforme apropriado</p>

Fonte: NANDA (2021/2023); NIC (2020).

Para além das atividades descritas no campo do diagnóstico e intervenções, vale citar outras atribuições da equipe de enfermagem, no que se refere, principalmente, à comunicação em saúde, à educação continuada e permanente, à segurança do paciente, dos familiares e da equipe. Serão descritos, aqui, alguns pontos importantes para tornar o ambiente de trabalho mais seguro e os procedimentos técnicos mais qualificados.

- Educação Continuada e Permanente

Uma vez que todos os pacientes portadores de sofrimento mental possuem inúmeras particularidades, a equipe de enfermagem deverá ser, constantemente, capacitada para desenvolver suas atividades com qualidade e segurança, de acordo com práticas em saúde baseada em evidências científicas.

- Comunicação em saúde

Para comunicar-se de maneira eficiente com o paciente portador de sofrimento mental, a abordagem deve ser sensível e assertiva. A emissão de uma mensagem acolhedora e pontual é tão significativa quanto a escuta qualificada.

- Familiares

A família e ou o responsável legal pelo paciente portador de sofrimento mental ao assumir o papel de cuidador desses pacientes sofrem com alterações no seu estilo de vida

e cotidiano. Isso faz com que estejam inseridos em situações de maior vulnerabilidade e risco (SILVA e MONTEIRO, 2011).

A equipe de enfermagem deverá realizar, durante o período de internação do paciente, ações de capacitação para membros da família, responsável legal ou cuidador por eles indicados, com a finalidade de garantir maior adesão ao tratamento e, também, maior segurança para realização dos procedimentos indicados.

Não menos importante, contribuir para o reconhecimento de sinais e sintomas que indiquem o momento certo para buscar atendimento nos serviços de saúde, dentro da RAPS - de acordo com fluxo de atendimento pactuado -, contribuindo para a redução de atendimento hospitalar desnecessário e da superlotação dos serviços de urgência e emergência da Rede.

14.3 EQUIPE DE PSICOLOGIA

A abordagem da psicologia ao paciente portador de sofrimento mental deverá atender às disposições estabelecidas na Lei 10.216/2001, reforçando a importância de sua atuação como membro da equipe multidisciplinar. Utiliza-se, como pilar de atendimento, a escuta qualificada.

A participação do psicólogo, nessa equipe, é indispensável, pois, além de facilitar a construção da escuta qualificada, favorece maior compreensão dos processos relacionais dentro de um espaço social, o que permite ao paciente e à família tornarem-se sujeitos do próprio cuidado (PIETROLUONGO e RESENDE, 2007).

A contribuição da psicologia às pessoas portadoras de sofrimento mental acontece nos vários pontos de atenção dos componentes da RAPS e em vários momentos durante o atendimento, que pode ocorrer nas situações abaixo descritas:

1. Quando existe boa comunicação entre o psicólogo e outro profissional, mas que realizam suas condutas separadamente. Há, aqui, um grau de integração e complementaridade das atividades que exercem. Exemplo: o psicólogo solicita ao médico psiquiatra uma avaliação do paciente que acabou de receber o diagnóstico de uma doença oncológica e está muito ansioso, insone e agitado, para avaliar a propedêutica adequada.

2. Quando o atendimento multiprofissional é realizado de maneira conjunta e concomitante entre as atividades desenvolvidas pelo psicólogo e outro membro da equipe. Exemplo: psicólogo com assistente social realizam abordagem conjunta à equipe e à família para que o paciente possa receber visita de seu filho bebê na Unidade Assistencial.

A abordagem psicológica ao paciente deve viabilizar a inserção social do mesmo, o exercício de sua cidadania e a autonomia sobre sua vida, corpo e autocuidado. O psicólogo, ao longo dessa abordagem, deve direcionar sua intervenção à reabilitação psicossocial. Ou seja, incentivar o paciente a superar suas limitações e incapacidades para cuidar de si, a fim de elevar sua autoestima, restituindo, assim, sua autonomia, identidade pessoal e social (JORGE *et al.* 2011).

Considerando os aspectos epidemiológicos dos transtornos mentais das crianças e dos adolescentes, o que os tornam bastante vulneráveis aos problemas de saúde mental, algumas intervenções se fazem necessárias, como forma de ajudar esses pacientes a expressarem seus sentimentos, a promover a escuta ativa e o psicodiagnóstico. Este último, proposto por Castan, Junges e Cunegatto (2015) como forma rápida e consistente para subsidiar diagnósticos, intervenções e orientações durante a internação do paciente.

Essas intervenções irão possibilitar a diminuição da vulnerabilidade do paciente e o fortalecimento de sua adaptação e funcionamento social, além de beneficiar a prevenção de recaídas, o ganho de habilidades sociais e o funcionamento sócio-ocupacional mais adequado (ESPIRITO SANTO, 2018).

Importante considerar, portanto, que o indivíduo não adoece sozinho, não vive sozinho e que o sistema familiar é o primeiro núcleo de identificação e aprendizagem de padrões repetitivos que culminam muitas vezes no adoecimento. Assim, é possível constatar que a organização do paciente psiquiátrico demanda a organização da estrutura familiar. Figueiredo e Onocko (2009) concordam ao dizer que o trabalho com familiares [ou responsável legal] é fundamental para o cuidado em saúde mental, podendo, inclusive, ser decisivo para melhor abordagem terapêutica do sujeito que se encontra em processo de adoecimento psíquico.

O psicólogo torna-se, nesse contexto, o profissional que atua como agente facilitador de construção do elo entre o binômio paciente/família, uma vez que estando o

paciente em crise esse elo é fragilizado. Barroso, Bandeira e Nascimento (2007) pontuam a presença de sobrecarga na vida dos familiares e demonstra que esse é um aspecto a ser considerado na condução do tratamento do paciente.

Por fim, vale ressaltar a participação desse profissional na construção do Plano Terapêutico Singular, no estabelecimento de vínculo do paciente com a RAPS e no planejamento da alta responsável quando da transferência de cuidados para outro ponto de atenção. Ações importantes para a prevenção de novas internações.

14.4 EQUIPE DO SERVIÇO SOCIAL

O serviço social, profissão inserida no âmbito das políticas sociais públicas, com atuação na política de saúde pública, é caracterizada como profissão de saúde, conforme instituído pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução CNS/MS nº 218 de 06 de março de 1997 e pelo Conselho Federal de Serviço Social, por meio da Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999.

O trabalho, desenvolvido pelo assistente social, é pautado no compromisso ético-político de zelar pela saúde dos usuários e dos profissionais, de contribuir para o atendimento das demandas da população e de facilitar o acesso às informações e às ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas. Além disso, contribui para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento do controle social e a ampliação dos direitos sociais (PEREIRA e ROSA, 2020).

A atuação do assistente social, no contexto da saúde mental, é baseada na identificação de determinantes sociais e nas desigualdades identificadas, como a exclusão de direitos, o preconceito, o estigma, dentre outros. O fator social [e familiar] deve ser considerado durante a abordagem ao paciente, devido à sua intrínseca e visceral relação com o meio em que este vive.

É considerada profissão essencial para a reabilitação psicossocial por contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, possibilitando condições que atenuem os danos dos transtornos, tanto nos aspectos biológico quanto nos aspectos psicológicos e sociais (SILVA *et al.* 2015). “O reconhecimento da questão social como objeto de

intervenção profissional, demanda uma atenção profissional em uma perspectiva totalizante” (CFESS, 2010, p. 34).

O serviço social é fundamental na composição das equipes multidisciplinares que atendem os usuários da saúde mental, por promover o protagonismo dos usuários e de seus familiares para o exercício dos direitos de cidadania, por meio do desenvolvimento de iniciativas articuladas com recursos territoriais, programas e iniciativas que possibilitam ao paciente acesso à educação, trabalho, cultura e habitação.

A FHEMIG dispõe desses profissionais em todas as Unidades Assistenciais que oferecem serviços de saúde mental e eles compõem as equipes multidisciplinares. Havendo necessidade de intervenção do assistente social, ele deverá lançar mão de todos os recursos e ferramentas disponíveis para prestar um atendimento de qualidade.

14.5 EQUIPE DA TERAPIA OCUPACIONAL

Durante considerável tempo a Terapia Ocupacional (TO) esteve à frente da prática que estimulava a ocupação dos pacientes nos hospitais psiquiátricos, buscando favorecer, através de seus conhecimentos, o processo de reabilitação funcional deles. Considerando as mudanças ocorridas na assistência prestada aos usuários da saúde mental, esta categoria profissional vem reestruturando sua atuação, na busca de contribuir de forma condizente com as leis que regulam os serviços de atendimento, a internação e o processo de desospitalização (RIBEIRO e OLIVEIRA, 2005).

O profissional da TO, inserido no atual modelo de clínica (ampliada e compartilhada) busca promover ações para favorecer a reintegração social e a estruturação dos papéis ocupacionais do usuário de saúde mental. Por meio de atendimentos individuais e ou grupais, direciona o paciente, durante o seu tratamento, para o protagonismo do cuidado, através do desenvolvimento de ações integradas com outros profissionais, visando a sua autonomia (ANICETO e BOMBARDA, 2020).

A contribuição da TO às pessoas portadoras de sofrimento mental ocorre de forma integrada à equipe multidisciplinar, nas situações abaixo descritas:

1. Quando existe boa comunicação entre o terapeuta ocupacional e outro profissional, mas que realizam suas condutas separadamente. Há, aqui, um grau de integração e complementaridade das atividades que exercem. Exemplo: o TO,

- ao conversar com o psicólogo da equipe, compartilha falas trazidas pelo paciente durante seu atendimento em grupo (ex.: ideação suicida), e solicita acompanhamento da psicologia.
2. Quando o atendimento multiprofissional é realizado de maneira conjunta e concomitante. Exemplo: O Terapeuta Ocupacional e Assistente Social, discutem sobre as necessidades do paciente para ingressar no mercado de trabalho e constroem juntos um plano terapêutico singular que favoreça o desenvolvimento de habilidades e a criação de estratégias necessárias para tal. O PTS construído a partir dos saberes das referidas categorias deve conter estratégias potencializadoras da emancipação, autonomia do paciente e o exercício da cidadania.

Importante salientar que a TO possui o olhar apurado para estabelecer estratégias de cuidado, junto ao paciente e familiares, uma vez que a prática centrada no paciente norteia as ações dessa categoria. Essas atividades, por sua vez, devem ser conduzidas de acordo com as necessidades dos usuários, levando em consideração todo o seu contexto biopsicossocial. O *setting* terapêutico, quando ampliado para o território, terá a ressignificação das atividades, de forma alinhada à proposta de desinstitucionalização e reabilitação social (ALMEIDA e TREVISAN, 2011) descritas no PTS.

No âmbito da FHEMIG, esses profissionais irão prestar assistência para todos os pacientes que necessitarem de cuidados terapêuticos ocupacionais, por meio de busca ativa e ou por pedido de interconsulta, de acordo com a organização de cada Unidade Assistencial, conforme preconiza o código de ética profissional (COFFITO, 2013).

14.6 EQUIPE DA FISIOTERAPIA

A fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudo é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, com intervenções nas alterações patológicas, psíquicas e orgânicas (COFFITO, 1987). Oferece, no âmbito da saúde mental, a manutenção do estado de saúde do paciente e a reabilitação de sua capacidade funcional, proporcionando maior independência e qualidade de vida (CREFITO-1, 2016).

Fisioterapeutas que atuam no SUS atendem, rotineiramente, diversos perfis de pacientes, nos diversos pontos de atenção dos componentes da RAPS, o que representa a oferta de cuidado nos diversos níveis de complexidade desses serviços, ainda que, de acordo com Moll *et al.* (2021), esses profissionais não integrem a equipe mínima dos serviços de saúde mental. Os fisioterapeutas estão presentes durante os atendimentos clínicos e, sobretudo, nos leitos de saúde mental do hospital geral.

A Portaria GM/MS 3.088/2011, por sua vez, ao definir a equipe mínima de saúde mental, não impede que o fisioterapeuta seja incluído, porém ele terá como atribuições aquelas dirigidas ao profissional de referência e poderá exercê-las, somente, se capacitado/qualificado. Poderá contribuir, também, com conhecimentos específicos de sua competência/formação profissional, dando apoio à construção do PTS.

Importante considerar que pacientes internados nas enfermarias especializadas demandam atendimento clínico do fisioterapeuta para intervenção no seu processo de reabilitação e redução dos riscos de complicações, o que exige desses profissionais, também, a atenção voltada para o agravo psíquico (MOLL *et al.*, 2021).

Essa atuação se dá, principalmente, a partir de pedidos de interconsulta realizados pela equipe multiprofissional. Silva e Barbosa (2013) pontuam que os transtornos mentais estão entre as dez condições que mais causam incapacidade física nesse grupo de pacientes.

Dessa forma, o fisioterapeuta deve atuar com a percepção do indivíduo como um todo (CREFITO-1, 2016) enxergando que cada um é único e finito em suas particularidades. E, além disso, desmistificar o atendimento do usuário de saúde mental, reconhecendo que em algum momento da vida haverá necessidade de intervenções na ordem das disfunções motoras transitórias ou definitivas e, não somente, àquelas correlacionadas às disfunções psicopatológicas.

O fato de os transtornos psiquiátricos terem origem psicológica não anula a manifestação de sintomas físicos, que irão interferir na qualidade de vida do indivíduo (CREFITO-1, 2016), como, por exemplo, dores, tensões musculares, postura incorreta, restrições respiratórias, distúrbios da psicomotricidade, inatividade (potencializada pelo uso de medicamentos psicotrópicos), dentre outros (DALTRO, 2016).

O fisioterapeuta, enquanto participante de equipes multiprofissionais e interdisciplinares constituídas em programas e políticas de saúde, tanto no

âmbito público quanto privado, deve colaborar com os seus conhecimentos na assistência ao ser humano, devendo evidar todos os esforços para o desenvolvimento de um trabalho harmônico na equipe (COFFITO, 2013a, p.01).

Dessa forma, é importante que haja entendimento, desse profissional, que os seus saberes, ações e condutas, devem ser compartilhados com os demais membros da equipe multiprofissional. Ação importante para a promoção da saúde mental e funcional dos usuários do SUS, independente do ponto de atenção em que esteja inserido.

Mais ainda, é imprescindível que o fisioterapeuta participe, como membro das equipes estendidas de saúde mental, contribuindo com seu papel de agente facilitador da manutenção da integralidade do cuidado dos usuários da saúde mental.

14.7 EQUIPE DE FONOAUDIOLOGIA

O fonoaudiólogo, atuando de forma multidisciplinar, além de identificar e tratar alterações fonoaudiológicas (de linguagem, de motricidade orofacial, de deglutição, de voz e de audição) valoriza e fomenta alternativas de comunicação e de trocas simbólicas entre os pacientes e seus familiares e entre as equipes com os pacientes, intensificando e estimulando o uso das modalidades de linguagem (verbais e não verbais) (ALMEIDA, 2010).

Alterações orgânicas, psíquicas e ou cognitivas podem influenciar no desenvolvimento da linguagem e na comunicação do paciente, além de prejudicar a formação de vínculos interpessoais, a circulação discursiva e a relação social. A comunicação exerce papel importante entre os saberes e práticas em fonoaudiologia, psiquismo e saúde pública (ALMEIDA, 2010; SANTOS *et al.*, 2014).

A integração da equipe multidisciplinar é fundamental para a reabilitação fonoaudiológica, que pode ocorrer por exemplo de acordo com as situações abaixo descritas:

1. Quando existe boa comunicação entre o fonoaudiólogo e outro profissional, mas que realizam suas condutas separadamente. Exemplo: paciente após tentativa de autoextermínio (queda de própria altura) chega estável clinicamente no hospital geral e, após avaliação da psiquiatria, a partir de pedidos de interconsulta da

enfermaria especializada o fonoaudiólogo investigará os segmentos cabeça, pescoço e face. Haverá discussão conjunta desses profissionais para detectar prováveis lesões que englobam esses segmentos.

2. Quando o atendimento multiprofissional é realizado de maneira conjunta e concomitante entre as atividades desenvolvidas pelo fonoaudiólogo e outro membro da equipe. Exemplo: o fonoaudiólogo observa como o nutricionista ajusta o valor calórico da dieta para que o paciente, diagnosticado com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), não tenha perda de peso por inadequação dietética, uma vez que o paciente possui preferências alimentares. O fonoaudiólogo verifica as condições de deglutição do paciente e investiga sinais de disfagia. O paciente com TEA pode possuir predileção por alimentos e consistências específicas.

Vale citar que as legislações aplicadas na Saúde Mental não mencionam a categoria profissional de fonoaudiologia como parte integrante da equipe mínima. (Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012; a Portaria GM/MS n.º 251, de 31 de janeiro de 2002, e a Deliberação CIB-SUS/MG n 3.767, de 22 de março de 2022).

Ainda que não esteja incluído como membro da equipe mínima, o fonoaudiólogo contribui na prática do acolhimento, em ações intersetoriais, atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas e educação permanente (ARCE, 2014). Ou seja, o acesso precoce dos usuários a esse profissional, por meio de uma gestão coletiva da clínica, institui novas práticas terapêuticas visando à inclusão do paciente na sociedade.

Nas Unidades Assistenciais da FHEMIG, a atuação do fonoaudiólogo visa prevenir e reduzir complicações, a partir da triagem, avaliação, diagnóstico, prognóstico, terapia, gerenciamento, encaminhamento e orientações dos aspectos da comunicação e deglutição, de acordo com a patologia/doença de base do paciente (CFFA, 2021). No âmbito da Fundação, a assistência fonoaudiológica será oferecida por meio de busca ativa e/ou interconsulta, de acordo com suas atribuições, competências e organização da unidade hospitalar.

15 ALTA RESPONSÁVEL

Arthur Felipe Ribeiro Mendes
Cristiane Nascimento Lima
Kátia Cristina Martins Fonseca
Maria Lúcia dos Santos Cabral
Priscila Penido Antunes
Quesia Vitoria Bezerra
Tiago Sávio Moreira Possas

Considerando a organização e estruturação das Redes de Atenção à Saúde, a transferência de cuidado é uma premissa para a transversalidade da assistência que permeia a jornada do paciente. A alta responsável consiste no método de planejamento para transferência de cuidado do paciente para a família e para a Rede, sendo processo obrigatório a ser trabalhado desde a sua admissão. Na saúde mental é indispensável a previsão do período máximo de internação do usuário, solução para os casos em que se deram por esgotados os recursos extra hospitalares, devendo ser envolvida a equipe multidisciplinar para atuar em interface com a Rede, conforme descrito na Portaria GM/MS 3.390/2013:

1. Orientação e empoderamento dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
2. Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), em particular à Atenção Básica;
3. Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.

Por meio dessa articulação, a alta responsável tem por objetivo preparar o usuário para o retorno ao domicílio, visando a continuidade do cuidado, a promoção da sua autonomia e a reintegração familiar e social. A avaliação global do usuário para a alta responsável, realizada pela equipe multidisciplinar horizontal, visa identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerando os aspectos biopsicossociais e do ambiente familiar (BRASIL, 2012c).

A equipe multidisciplinar, desde a admissão do paciente e durante todo o processo de cuidado, desenvolve propostas de condutas terapêuticas para o usuário, reconhecidas no Projeto Terapêutico Singular, possibilitando, assim, o desenvolvimento de metas estabelecidas para usuários do Sistema Único de Saúde, inseridos qualquer modalidade de internação, conforme descrito no Quadro 15.1.

Quadro 15.1 – Metas multiprofissionais para realizar a alta responsável do usuário do SUS

- Promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e ou ambulatorial.
- Buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário.
- Dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio do relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial.
- Otimizar o tempo e permanência do usuário internado.
- Prevenir o risco de readmissões hospitalares.
- Avaliar as necessidades singulares do usuário.
- Prevenir o risco de infecção hospitalar.

Fonte: BRASIL (2012c).

A difusão da cultura de alta responsável nos serviços de saúde mental é fundamental para a efetivação desta prática como parte integrante das atribuições da equipe e não como uma atividade facultativa. Abaixo, serão descritas algumas ações que contribuem para essa consolidação, conforme elucidado por Dimenstein e Bezerra (2009):

1. Organizar a rotina da enfermaria entre os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, possibilitando a realização das altas responsáveis;
2. Realizar escuta qualificada e comunicação efetiva;
3. Organizar e sistematizar os registros nos prontuários eletrônicos e no PTS, facilitando o acesso às informações, sempre que necessário;
4. Dar importância às informações contidas no prontuário eletrônico, observando aspectos relevantes da história pregressa do paciente, condições clínicas e psicológicas, interação e inserção social-familiar que podem contribuir para a elaboração do PTS e de estratégias para o seu acompanhamento.

Esses mesmos autores descrevem, também, a importância de selecionar os casos necessitados para se realizar a alta assistida e, para isso, definem alguns critérios:

1. Avaliar o número de reinternação ou histórico familiar delicado de rejeição do paciente;

2. Avaliar a situação do município do paciente quanto aos serviços que são oferecidos para seu atendimento/acolhimento;
3. Verificar o trabalho de promoção da saúde realizado entre as famílias e os serviços de saúde e de assistência social, com o intuito de assegurar o tratamento do paciente em seu território e tentar evitar as reinternações;
4. Divulgar nos municípios, as possibilidades e responsabilidades do mesmo para que assim ofereçam atenção ao portador de transtorno mental, família e a sociedade no tratamento do paciente na tentativa de romper com os preconceitos e o estigma que cercam a doença mental e dificulta a inserção do mesmo em sua comunidade.

Importante considerar que no sumário de alta elaborado pela equipe multidisciplinar, deverá constar o estado clínico e psíquico do paciente, seu grau de dependência, intervenções realizadas durante a internação, documentos utilizados, como testes ou escalas, e as recomendações para a continuidade do tratamento. O relatório de alta deverá ser assinado por toda equipe.

Os encaminhamentos para os pontos de atenção dos componentes da RAPS, devem ser realizados de forma a garantir ao usuário a integralidade do cuidado e a atenção psicossocial pautada no desenvolvimento de ações que favoreçam a inclusão social. Quando houver necessidade da continuidade de cuidados clínicos, a transferência de cuidado será realizada pelo médico da equipe ao serviço mais indicado.

Identificada necessidade de cuidados específicos de outra categoria profissional, deverá ser detalhado, no relatório de alta, orientações para manutenção do cuidado, conforme demonstrado em alguns exemplos descritos no Quadro 15.2.

Quadro 15.2 – Exemplos transferência de cuidados pela equipe multidisciplinar

- Necessidade de cuidados de enfermagem: pacientes que apresentam lesões cutâneas, decorrentes de autoagressão, deverá ser elaborado relatório com a descrição da condição da lesão (exsudato, tamanho, tipo, profundidade), tipo de cobertura utilizada.
- Necessidade de intervenções do terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogos: pacientes com necessidade de reabilitação física, cognitiva, visual ou auditiva; devem ser encaminhados para serviços da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência da RAS, com indicação de órteses, próteses, uso de cadeiras de rodas, cadeiras de banho, muletas, andadores, palmilhas e sapatos adaptados ao paciente.
- Necessidade de intervenções do serviço social: avaliação do caso para descrição e encaminhamento aos serviços de acordo com necessidades específicas do paciente, como a

RAPS, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Previdência Social. Deverá constar em relatório, de forma detalhada, as necessidades que foram identificadas.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Importante pontuar, também, alguns cuidados necessários que devem ser realizados antes da alta médica e multidisciplinar. Trata-se da identificação de fatores que, se não identificados precocemente, podem colocar o paciente em risco:

1. Paciente em uso de oxigênio domiciliar?
2. Paciente é acamado e precisará de ambulância para a desospitalização?
3. A rede base de saúde foi devidamente orientada sobre os cuidados e suas dúvidas foram sanadas?
4. A rede básica de saúde fornece todos os medicamentos e insumos usados pelo paciente? Há algum medicamento fornecido pelo componente especializado e família deve ser orientada para solicitar a liberação?*
5. A família foi devidamente orientada sobre os cuidados e suas dúvidas foram sanadas?
6. Paciente possui perfil para benefícios assistenciais como Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-doença ou outros?
7. Foram feitos os acionamentos necessários à RAPS para garantir a transferência do cuidado, considerando a vinculação do paciente?

*Os medicamentos que se enquadram como Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) devem ser solicitados pela equipe de cuidados hospitalares antes da alta, a partir do preenchimento de documentos e orientações aos pacientes, familiares e/ou cuidadores. No momento em que ocorre a alta, o medicamento deverá ser dispensado por intermédio da APS em articulação com a rede de serviços responsáveis pelo Componente Especializado. No link <https://www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentosceaf> consta o fluxo e as informações acerca da solicitação, análise, dispensação e renovação do CEAF.

Mais uma vez é importante pontuar que as Unidades Assistenciais da FHEMIG fazem parte de um grande emaranhado de pontos de ação que compõem as Redes de Atenção à saúde, no caso da Saúde Mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A vinculação do usuário com a referência técnica do seu território deve ser construída e alimentada. O papel dos municípios nesta Rede deve ser sempre fortalecido, não cabendo à FHEMIG a manutenção de ambulatórios que concorram ou sobreponham à competência municipal. Na ocasião da alta, o usuário deve ser sempre referenciado para o seu CAPS de referência. A marcação de consultas em ambulatórios próprios, não contratualizado com o gestor pleno, desorganiza a Rede e enfraquece a vinculação do usuário.

A participação da família no processo de cuidado, seguindo as orientações fornecidas pela equipe multidisciplinar, contribui para a diminuição da reincidência de internações. No entanto, de acordo com estudo desenvolvido por Dimenstein e Bezerra (2009), familiares relatam impossibilidade de cuidar do paciente, por medo e/ou insegurança. As justificativas são feitas em função do desconhecimento sobre os recursos terapêuticos necessários para manutenção da continuidade do cuidado, ou por não encontrarem suporte na RAPS ou pela sobrecarga emocional e financeira.

Entende-se, portanto, que o trabalho de acompanhar pacientes em alta hospitalar requer algumas estratégias, sendo duas delas muito importantes: o trabalho com as famílias e a articulação com serviços de saúde e de assistência social, a fim de manter o paciente no território e evitar as reinternações.

REFERÊNCIAS

Introdução:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf Acesso em: 26/06/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 33, 2021.** Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em 30/08/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF), 1999. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 02/08/2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria estadual de Saúde. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental.** Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Espírito Santo: Secretaria estadual de Saúde, 2018. 1ed. 269 p. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf> Acesso em: 04 de agosto de 2022.

FRANCO, C.M.F. **Linhos do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**, 2012. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf Acesso em 26/06/2022.

Situação Epidemiológica:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Sistema de Informações sobre Mortalidade.** Brasília (DF), 2022a. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em 30/08/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Morbidade hospitalar.** Brasília (DF), 2022b. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/> Acesso em 30/08/2022.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Tópicos, 2022. Disponível em <https://www.paho.org/pt/topics>. Acesso em 30/08/2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil/ Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.213**, de 6 de abril de 2001. Brasília (DF), 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 29/06/2022

Arcabouço Legal:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010.

Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em 29/06/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF), 1999. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 02/08/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 148**, de 31 de janeiro de 2012. Brasília (DF), 2012. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html Acesso em: 02/08/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.615**, de 26 de julho de 2012. Brasília (DF), 2012. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1615_26_07_2012.html Acesso em: 02/08/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019**-CGMAD/DAPES/SAS/MS.

Brasília (DF), 2019. Acesso em: 02/08/2021

A Rede de Atenção Psicossocial:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF), 1999. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 02/08/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica Nº 25**, de 05 de junho de 2012. Brasília (DF).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588**, 21 de dezembro de 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 21/07/2022.

KANTORSKI, L.P. et al. **Atenção Psicossocial Infanto-juvenil**: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. Revista Texto & Contexto Enfermagem. Santa Catarina, 2017, 10p. Acesso em: 21/07/2022

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo e Diretrizes assistenciais e de Regulação de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e Psiquiátrico**. Belo Horizonte (MG), 2022, 62 p. Acesso em: 21/07/2022

SAMPAIO, M.L; JÚNIOR, J.P.B. **Rede Atenção Psicossocial:** avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Cadernos de Saúde. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMNC4W9B4JsBvFZJ/?lang=pt> Acesso em 30/06/2022.

A regulação de acesso aos leitos hospitalares:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.391**, de 26 de dezembro de 2002. Brasília (DF), 2002. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatricesConsolidacao/comum/1579_1.html Acesso em 13 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008. Brasília (DF), 2008. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html Acesso em 13 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF), 1999. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 02/08/2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo e Diretrizes assistenciais e de Regulação de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e Psiquiátrico**. Belo Horizonte (MG), 2022, 62 p. Acesso em: 03/03/2021

Plano Terapêutico Singular:

ANDRADE, A. C. M.; OTANI, M. A. P.; HIGA, E. de F. R.; MARIN, M. J. S.; CAPUTO, V. G. **Cuidado multiprofissional em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 60–71, 2018. DOI: 10.17267/2317-3394rpds.v7i1.1846. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1846>. Acesso em: 23 ago. 2022.

BARBOSA C. et al. **Fonoaudiologia e escuta clínica em equipe de saúde mental: percepção de pais de crianças com transtorno do espectro do autismo**. Revista CEFAC. 2020, v. 22, n. 1, e10819. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/mBCFx5XvsZZ9TXLCRqPDSsb/?lang=pt#Modal> Acesso 09/07/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular– 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. UNA-SUS. Especialização multiprofissional na atenção básica. **Processo de Trabalho na Atenção Básica: as ferramentas tecnológicas do trabalho do NASF**. 2014. Disponível em

https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod_resource/content/1/un5/top4_1.html Acesso em 29/08/2022

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2008, v. 42, n. 1, pp. 127-134. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/skxLSVThZb3bjP68Ms9NGJg/?lang=pt> Acesso em 22 Agosto 2022.

Técnico de referência e Apoio matricial:

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Acesso em 23 de junho de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em 23 de junho de 2022

FERREIRA, T.P.S; SAMPAIO, J; SOUZA, A.C.N; OLIVEIRA, D. L. **Produção de cuidado em saúde mental:** desafio para além dos muros institucionais. Revista interface comunicação, saúde, educação, São Paulo, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/ChwzY8kyVHdYJmQfvRSJj3C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 junho de 2022.

SILVA, L.J.C.A, et al. **A contribuição do apoiador matricial na superação do modelo psiquiátrico tradicional.** Revista Psicologia em estudo, Pernambuco, v. 24, dezembro de 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pe/a/5WL66MxvZwkVRf3Bb99KZdr/?lang=pt>. Acesso em 22 de junho de 2022.

Estratégias de Desinstitucionalização:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Manual do Programa de Volta para Casa. Brasília (DF), 2003.18 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf Acesso em: 23 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas:** para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade. Brasília (DF), 2004. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> Acesso em 18 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF), 1999. Disponível em
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
Acesso em: 18 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF), 2011a. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html Acesso em 19 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.840**, de 29 de dezembro de 2014. Brasília (DF), 2014. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html Acesso em 19 de julho de 2022.

FRAZATTO, C.F; FERNANDES, J.C. **Práticas do CAPS I e o desafio da desinstitucionalização**. Psic. Ver. São Paulo, volume 30, n.1, 54-75, 2021. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/44070/37610> Acesso em 03 de novembro de 2022.

VAZ, B.C; BESSONI, E.A; NUNES, F.C.; SILVA, N.S.S. **Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicosocial**: práticas e perspectivas no estado de Goiás. Rev. Nufen: Phenom. Interd. Belém, 161-179, 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v11n2/a11.pdf> Acesso em 19 de julho de 2022.

Acolhimento e Abordagem psicosocial:

BRASIL. **Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS**. 1ª edição. Brasília (DF), 2013. 16p. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso em 19 de novembro de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. Reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf Acesso em: 19 de novembro de 2021.

BRUSAMARELLO, T. **Cuidado De Enfermagem Com Familiares E Pessoas Com Transtorno Mental Na Extensão Universitária**. 2011. 54 p. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado – Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/fYG8Mv9YCrKSzDH8MQgGCMd/abstract/?lang=pt> Acesso em 04 de agosto de 2022.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria estadual de Saúde. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Espírito Santo: Secretaria estadual de Saúde, 2018. 1ed. 269 p. Disponível em:

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf> Acesso em: 04 de agosto de 2022.

KONDO, E. *et al.* **Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento.** 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reusp/a/J86FR6xn6qgffVCrmrBjNsk/?lang=pt> Acesso em 22 de novembro de 2021.

MAYNART *et al.* **A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial.** Artigos originais. Acta Paul Enfermagem 27(4), 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051> Acesso em 23 de dezembro de 2022

MINÓIA, N.; MINOZZO, F. **Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde.** 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/CPqyH9xbLLbLScNkfF4jN5c/?lang=pt> Acesso em 19 de novembro de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Cartilha De Orientações De Atenção À Saúde Mental.** Agu+Vida, 2019. 24 p. Disponível em: https://www.gov.br/agu/pt-br/comunicacao/noticias/cartilha_setembroamarelo_2020-2.pdf Acesso em: 22 de novembro de 2021.

Diretrizes clínicas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas:** Guia AD / Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf Acesso em: 21 de junho de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas:** elaboração de diretrizes clínicas. 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 75p. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/artigos_publicações/diretrizes_diretrizes-metodológicas-elaboração-de-diretrizes-clínicas-2020.pdf Acesso em: 16 de agosto de 2022.

CEBRID. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.** Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, 2001.

Segurança do Paciente:

AUSTRÁLIA. Government of Western Australia. Department of Health. **Falls Prevention and Mental Health for Inpatients. Falls prevention information related to inpatients with a primary or secondary mental health diagnosis.** WA, 2022. Disponível em https://www.health.wa.gov.au/Articles/F_I/Falls-prevention-and-mental-health-for-inpatients Acesso em 26 de julho de 2022.

BAPTISTA, V.J. **Segurança do paciente no SAMU:** diagnóstico para propor projeto para promover ações de saúde. Dissertação de Mestrado do Programa Promoção da Saúde do Centro Universitário Cesumar - UniCesumar, 95p. 2018. Disponível em

<https://www.unicesumar.edu.br/mestrado-e-doutorado/wp-content/uploads/sites/226/2021/04/VANESSA-JAQUELINE-BAPTISTA.pdf> Acesso em: 19 de agosto de 2022.

BLANCO, A.N.D. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológica e da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. **Protocolo de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda e uma Pulseira Fotográfica como Ferramenta Inovadora.** Rio de Janeiro (RJ), 2019. 113p. Disponível em:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1026522/andreia-novais-dias-blanco.pdf>
Acesso em 17 de março de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Anvisa/Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 01: **Protocolo Prevenção de Quedas**, 2013a. Disponível em http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf Acesso em 25 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Anvisa/Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 02: **Protocolo de Identificação do Paciente**, 2013b. Disponível em <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf> Acesso em 25 de julho de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde/ Anvisa/Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 03: **Protocolo para Cirurgia Segura**, 2013c. Disponível em <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000024279j862R.pdf> Acesso em 25 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Anvisa/Fiocruz. Anexo 02: **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**, 2013d. Disponível em <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002429jFPtGg.pdf> Acesso em 25 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Anvisa/Fiocruz. Anexo 03: **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos**, 2013e. Disponível em file:///C:/Users/m1287230/Downloads/protoc_identificacaoPaciente.pdf Acesso em 25 de julho de 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mão. Brasília (DF), 2009. 150 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf Acesso em: 19 de agosto de 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Incidentes relacionados à assistência à saúde.** Resultados das notificações realizadas no Notivisa – Minas Gerais, janeiro a dezembro de 2021. Brasília (DF), 2021.

EPUAP, European Pressure Ulcer Advisory Panel; NPIAP, National Pressure Injury Advisory Panel; PPPIA, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão:** guia de consulta rápida. Tradução: Maryke Wijma. Emily Haesler ed.; 2019, 46 p. Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-brazilian-portuguese.pdf> Acesso em: 18 de agosto de 2022.

OLIVEIRA, A.; TOLEDO, V.P. Segurança do Paciente em uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral: estudo fenomenológico. Ver. Esc. Enferm USP, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reusp/a/JrTwrYqx8hpGmYjJLxnWTr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 25 de julho de 2022.

PROADI-SUS. Ministério da Saúde. Hospital Moinhos de Vento. Projeto Paciente Seguro. **Diagrama direcionador medicamentos dispensação.** Porto Alegre (RS), 2021. Disponível em: http://www.iepmoinhos.com.br/pacienteseguro/download/2815_file_29112021213751.pdf Acesso em: 18 de agosto de 2022.

SILVA, A.C; PINHO, E.S.; BEZERRA, A.L.Q. **Segurança do Paciente em Saúde Mental. Boas práticas de segurança do paciente nos diferentes cenários de saúde.** Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal; Brasília (DF), 2020. Disponível em <https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2020/12/pacienteseguro.pdf> Acesso em 26 de julho de 2022.

SES-DF. Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. **Segurança do Paciente: identificação do usuário.** Brasília (DF), 2019, p.10.

SILVA, R. S. B. M. **Conciliação de medicamentos direcionada a pacientes internados em hospital psiquiátrico:** descrição e análise. 2021. 46 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/59639> Acesso em: 18 de agosto de 2022

SOUZA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do Paciente:** conhecendo os riscos nas organizações de saúde/ organizado por Paulo Souza e Walter Mendes. Rio de Janeiro (RJ), EAD/ENSP, 2014. 452p.

TAVARES, V.R.O. **Protocolo para Classificação de Riscos à Segurança do Paciente em Hospital Psiquiátrico de Belo Horizonte.** Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da UFMG, 116p. 2021. Disponível em <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/37139/1/Protocolo%20para%20classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20riscos%20%C3%A0%20seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20em%20hospital%20psiqu%C3%A1trico%20p%C3%A9%C3%BAlico%20de%20Belo%20Horizonte.pdf> Acesso em 25 de julho de 2022.

VANTIL, F.C.S; LIMA, E.F.A; FIGUEIREDO, K.C.; MASSARONI, L; SOUSA, A.I.; PRIMO, C.C. **Segurança do Paciente com transtorno mental: construção coletiva de estratégias.** Rev. Bras. Enfermagem. 73 (1), 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/8RC4h3f7PwwNRQk7kx7W78J/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 25 de julho de 2022

WHO. World Health Organization. Medication without Harm - **WHO Global Patient Safety Challenge. World Health Organization**, 2017. Disponível em http://www.gims-foundation.org/wp-content/uploads/2017/05/WHO-BrochureGPSC_Medication-Without-Harm-2017.pdf Acesso em 25 de julho de 2022

Evasão do Paciente Psiquiátrico:

BORBA, E. M. **Perfil Sociodemográfico e Clínico De Pacientes Com História De Evasão Hospitalar.** 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre.

BRASIL. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 21 de agosto de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Portaria nº312/2002.** Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf Acesso em 10 de agosto de 2022.

KAGGWA, M. M., ACAI, A., RUKUNDO, G. Z., *et al.* **Patients' perspectives on the experience of absconding from a psychiatric hospital: a qualitative study.** BMC psychiatry. Jul 2021, vol. 21, p. 371. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03382-0> Acesso em 10 de agosto de 2022.

MUIR-Cochrane, E., MULLER, A. and Oster, C. **Absconding: A qualitative perspective of patients leaving inpatient psychiatric care.** Int J Mental Health Nurse. Abr. 2021. vol. 30 p. 1127-1135. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.12863> Acesso em 10 de agosto de 2022.

SMS. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Protocolo De Evasão E Desistência Dos Usuários Na Atenção Básica, Especializada E Pronto Atendimento. Ribeirão Preto – SP, 2020. Disponível em:
<https://www.ribeirao-preto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/protocolo-evasao.pdf> Acesso em 10 de agosto de 2022.

Prevenção da transmissão de microrganismos: desafios e particularidades da saúde mental:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília (DF), 2022, 1128p, 5° edição. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/guia-vigilancia/2022/GV5-5edicao-04-05-2022.pdf>. Acesso em 17 de janeiro de 2023

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Diretrizes Assistenciais para o Enfrentamento da COVID-19**. Belo Horizonte, 2021, 363p. Disponível em: Diretrizes Assistenciais para o Enfrentamento da COVID-19<https://www.fhemig.mg.gov.br/files/Protocolo-F...> Acesso em 17 de jan. 2023

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Escabiose**. 2017. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/bibmang/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=91&sid=106>. Acesso em: 17 de janeiro de 2023.

JANE, D.S.M.D. et al. **Diretriz para precauções de isolamento: Prevenindo a Transmissão de Infecções Agentes em configurações de assistência médica**. CDC – Centers for Disease Control and Prevention, 2007, 226p. Título original: Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponível em: https://ccihadm.med.br/legislacao/Guia_de_isolamento_e_precaucoes_CDC.pdf. Acesso em: 17 de jan. 2023.

PARANÁ. Secretaria do Estado de Saúde. **Tuberculose**. 2022. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Tuberculose> . Acesso em 24 de jan. 2023.

SILVA, P. F., PADOVESE, M. C. **Infecções relacionadas a serviços de saúde orientações para público em geral**. 2012, 9p. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssauda/pdf/icip-inf-relacionadas-serv-saude-precaucoes.pdf>. Acesso em 24 de jan. 2023.

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina. **Guia básico de precauções, isolamento e medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Florianópolis, 2012, 51p. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/setores/ccih/wp-content/uploads/sites/16/2014/11/manual_isolamento_2012-13.pdf Acesso em 17 de janeiro de 2023.

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas. **Normas para Isolamentos Hospitalares**. Campinas, 2006, 12P. Disponível em: https://www.caism.unicamp.br/download/manual_enf_oncologia/Enfermaria%20Oncologia%20-%2020024%20Normas%20de%20isolamento.pdf. Acesso em 17 de jan. 2023.

Atuação da equipe multiprofissional:

ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro, 2020, 34p. Disponível em: <https://e0f08232-817d-4a27-b142->

af438c0f6699.usrfiles.com/ugd/e0f082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf
Acesso em 12 de mai. 2023

ALMEIDA, B. **Fonoaudiologia e saúde mental: experiência em equipe multiprofissional com portadores de transtornos mentais.** Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC-SP. São Paulo, p.118. 2010. Acesso em 20 de agosto de 2022

ALMEIDA, D.T.; TREVISAN, É.R. **Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2011, v. 15, n. 36, pp. 299-308. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000030>
Acesso em 10 agosto 2022.

ANICETO, B.; BOMBARDA, T.B. **Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: uma revisão integrativa da literatura.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [online]. Jun. 2020, v. 28, n. 2. Disponível em:
<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1867> Acesso em 9 agosto 2022.

ARCE, V. **Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial.** Revista CEFAC [online]. 2014, v. 16, n. 3, p. 1004 – 1012.
Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/LMw9bg7L5DvSrTsTJrJkjFw/?lang=pt#> Acesso em 5 de agosto de 2021.

BARBOSA, É.G.; SILVA, E.A.M. **Fisioterapia Na Saúde Mental: Uma Revisão De Literatura.** Revista Saúde Física & Mental, 2013, v. 3, n. 2, p. 12-30. Disponível em:
<https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/SFM/issue/view/58> Acesso em 6 de setembro de 2022

BARROSO, S.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO E. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online]. 2007, v. 34, n. 6, pp. 270-277. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000600003> Acesso em 26 agosto 2022.

BESSA, Jorge et al. **Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. v. 16, n. 7, pp. 3051-3060, jul. 2011. Disponível em
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019107005> Acesso em: 25 de agosto 2022.

BRASIL. **PORTARIA SAS/MS n° 224, de 29 de janeiro de 1992.** Coordenação à Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde. Disponível em:
https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf Acesso em: 7 de julho de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm Acesso em 25 de agosto de 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudolegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
Acesso em: 16 de agosto de 2021.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm Acesso em: 22 de novembro de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Brasília (DF), 2007. 2a edição. Disponível em
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf Acesso em 18 de maio de 2023.

NIC. **Classificação das Intervenções de Enfermagem.** Traduzido por BULECHEK, G.M., BUTCHER, H.K., DOCHTERMAN J.M. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 1037 p.

NIC. **Classificação das Intervenções de Enfermagem.** Traduzido por BULECHEK, GM, BUTCHER, HK, DOCHTERMAN J.M., WAGNER, C.M. 7 ed. GEN Guanabara Koogan, 2020. 440p.

CASTAN, J.U.; JUNGES, N.; CUNEGATTO, F.R. **O psicodiagnóstico no trabalho em equipe multiprofissional em unidade de internação psiquiátrica de crianças e adolescentes em hospital geral.** Aletheia, Canoas, n. 47-48, p. 79-90, dez. 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942015000200007&lng=pt&nrm=iso Acesso em 23 ago. 2022.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2010. Disponível em:
http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf Acesso em: 01 de dezembro de 2022

COFEN. **Resolução COFEN-358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html Acesso em: 30 de novembro de 2022.

COFEN. Resolução COFEN Nº 678, de 19 de agosto de 2021. Aprova a atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-678-2021_90358.html Acesso em: 08 de novembro 2022

COFFITO. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução n.º 425. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional. Brasília, 08 de julho de 2013. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3188> Acesso em: 11 de julho de 2022

COFFITO. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013 – (D.O.U. nº 147, Seção 1 de 01/08/2013). Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, 2013a. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2346 Acesso em: 11 de julho de 2022

COFFITO. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução N.º. 82, De 21 De Maio De 1987. Dispõe sobre isenção de pagamento de Anuidade ao Profissional Carente, quando do primeiro registro profissional, e dá outras providências. Brasília, 09 de maio de 1987. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=598> Acesso em: 11 de julho de 2022

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO, C.R. Saúde mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, pp. 129-138. 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100018&script=sci_abstract&tlang=pt Acesso em: 20 de outubro de 2022

GARCIA A.P.R.F; FREITAS M.I.P; LAMAS J.L.T; TOLEDO VP. Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira Enfermagem. 2017, v. 70, n.1, p. 209-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031> Acesso em: 20 de outubro de 2022

MOLL, M. F.; et al. Fisioterapeutas e a internação psiquiátrica em hospitais gerais: cuidados e capacitação profissional. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 20, 22 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.53494> Acesso em: 21 de outubro de 2022

NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-1: definições e classificação 2021-2023. 12 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2021. 568 p.

PEREIRA, S.; ROSA, L. Serviço Social e Saúde Mental: Contribuições do estágio, da pesquisa e da extensão. Universidade Federal do Piauí. Teresina: EDUFPI, 2020. Disponível em:

https://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/Servi%C3%A7o_Social_e_sa%C3%BAde_mental_-_contribui%C3%A7%C3%A3o_B5es_do_est%C3%A1gio_da_pesquisa_e_da_extens%C3%A3o20201130110144.pdf Acesso em: 08 ago.2022.

PIETROLUONGO, A.P.C.; RESENDE, T.I.M. **Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão.** Revista Psicologia: Ciência e Profissão, 2007, v. 27, n. 1, pp. 22-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000100003> Acesso em: 29 de agosto de 2022.

RIBEIRO, M.B.S.; OLIVEIRA, L.R. **Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2005, v. 9, n. 17, pp. 425-431. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DxVLGSPPVgWpCfSNPLn9qGn/?lang=pt> Acesso em 18 agosto 2022.

SANTOS, A. et.al. **Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia.** Revista CEFAC [online]. 2014, v. 16, n. 4, pp. 1283 – 1293. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/PMKvDMtyDKS3Tk9pN9sDJ3D/?lang=pt#> Acesso em 12 de agosto de 2021.

SILVA, J.; ARAÚJO, F.; BELÉM, J.; PEREIRA, S. **O trabalho da assistente social na saúde mental: um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina-Piauí.** 2015. VII Jornada Internacional Políticas Públicas. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo10/o-trabalho-do-assistente-social-na-saude-mental-experiencia-de-estagio-no-caps-ii-leste-em-teresina.pdf> Acesso em: 10 de agosto de 2022.

SILVA, K.V.L.G; MONTEIRO, A.R.M. **A família em saúde mental: Subsídios para o cuidado clínico de enfermagem.** Rev Esc Enferm USP, 2011, v. 45, n. 5, p. 1237-1242. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500029> Acesso em: 16 ago. 2021

SMS/PR. Secretaria Municipal de Saúde; **Linha Guia da Saúde Mental.** 1 ed. Curitiba, Paraná. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2018. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Linha%20Guia%20Saude%20Mental%20SMS%20Curitiba.PR.pdf> Acesso em 13 de Março de 2023.

VINHA, E.C.M.; VINHA, R.M. **Atuação do fisioterapeuta na saúde mental: uma necessidade tangível, abrangente e contemporânea.** Altus Ciência [Internet]. 2018 Jan; v. 6, n. 7, p. 57-74. Disponível em: <https://fcjp.edu.br/pdf/Altus/ed7.pdf> Acesso em: 23 de novembro de 2022

YASUI, S. **A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. v. 1, n. 1, p. 109–118, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68432> Acesso em 17 de julho de 2022.

Alta responsável:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Gabinete do Ministro. 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html Acesso em 24 de agosto de 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012.** Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html Acesso em 24 de agosto de 2021

DIMENSTEIN, M., BEZERRA, C. G. Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2009, v. 19, n. 3, pp. 829-848. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300016> Acesso em 04 de novembro de 2022

APÊNDICE I - Fluxo interno regulatório de pacientes com intercorrências clínicas do Instituto Raul Soares

As urgências clínicas são aquelas que necessitam de abordagem rápida, mesmo sem risco iminente de morte, mas com potencial de agravamento. Já as emergências clínicas são as condições que envolvem risco iminente de morte ou deterioração clínica muito rápida. Os pacientes internados no Instituto Raul Soares (IRS) que evoluírem para situações de urgências ou emergências clínicas deverão ser transferidos para o Hospital Júlia Kubitschek (HJK) - hospital de porta aberta vocacionado para atendimento de clínica médica - considerando a sua disponibilidade de aparato tecnológico e de recursos humanos para propedêutica e condução segura dos casos.

A grande maioria das urgências ou emergências clínicas se devem às situações pré-existentes dos pacientes que sofrem descompensação ou agudização do quadro, como as situações exemplificadas a seguir:

- 1) Crises hipertensivas na Hipertensão Arterial Sistêmica;
- 2) Crises hiperglicêmicas e cetoacidose diabética no Diabetes Mellitus;
- 3) Pneumonias, Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com piora do padrão respiratório;
- 4) Insuficiência cardíaca aguda em paciente com Insuficiência Cardíaca Congestiva;
- 5) Insuficiência Renal Aguda em paciente renal crônico ou paciente com quadro infeccioso e/ou metabólico;
- 6) Dor abdominal aguda, moderada ou intensa, sem melhora ou sem definição diagnóstica com sinais de piora clínica;
- 7) Distúrbios hidroeletrolíticos com desidratação e/ou sinal de complicaçāo ou agravamento em casos de diarreia;
- 8) Infecções com sinais de disfunção orgânica.
- 9) Rabdomiólise
- 10) Síndrome neuroléptica maligna.
- 11) Impregnações serotoninérgicas.

Os pacientes do IRS em situações de urgência ou emergência relacionadas à traumas (principalmente aqueles decorrentes de lesão autoprovocada, automutilação

e quedas), queimaduras, intoxicações agudas por psicofármacos e agravos neurológicos deverão ser transferidos ao Hospital João XXIII (HJXXIII), de acordo com a vocação da Unidade.

A transferência deve ser comunicada ao Núcleo Interno de regulação (NIR), que ficará responsável por comunicar à equipe assistencial do Hospital de destino. Nos momentos em que o NIR não estiver funcionando, esta comunicação será efetivada entre médicos plantonistas dos setores, desde que este contato não atrasse a transferência. Não há necessidade de disponibilização de leitos para realização da transferência (vaga sempre).

A solicitação de ambulância e a disponibilização da equipe, inclusive com médico (transporte tripulado), fica sob responsabilidade do hospital de origem.

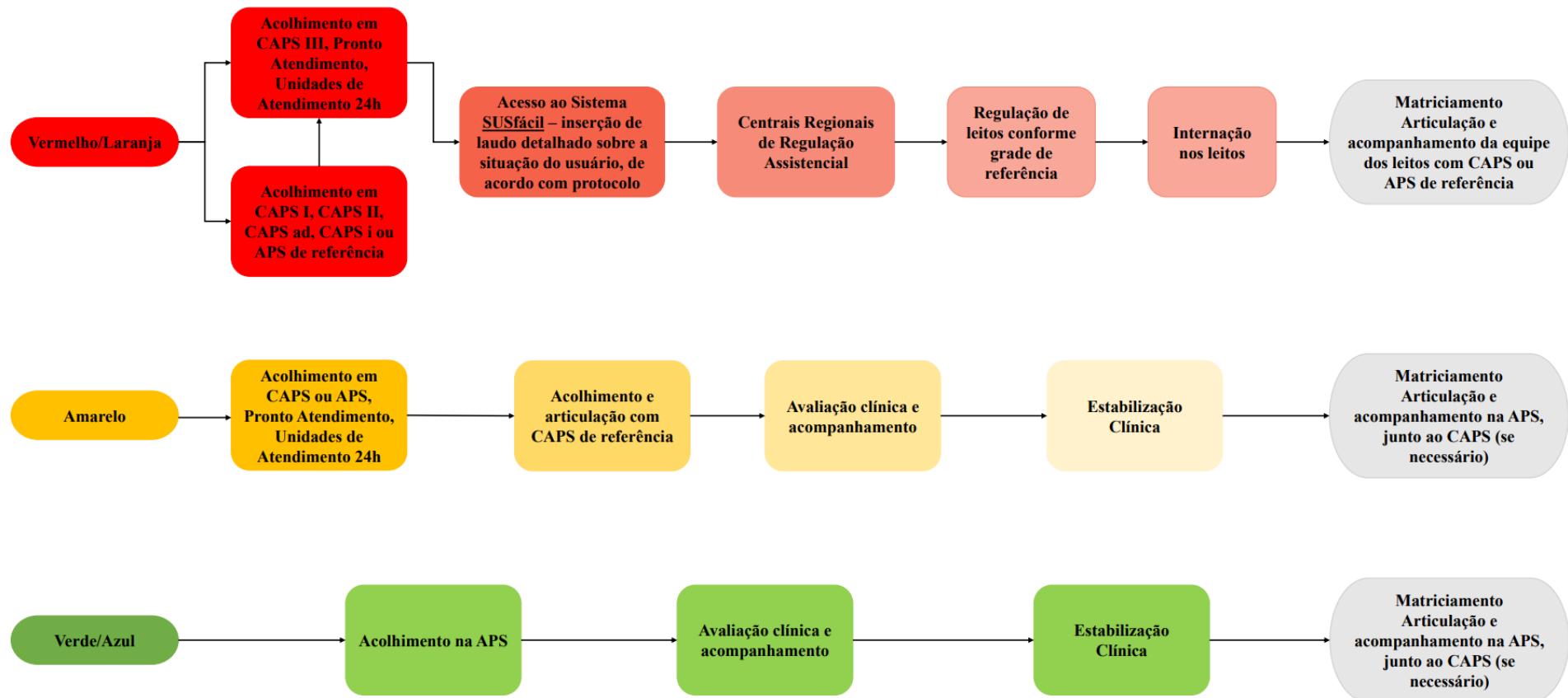
Após ser admitido na Unidade e estabilizado, o paciente deverá ser transferido para a Unidade de Internação o mais prontamente possível, pois a sua permanência nas unidades de pronto atendimento aumenta a chance de complicações. Cabe ressaltar que o motivo da transferência se dará por complicações clínicas (e não psiquiátricas), desse modo, a disponibilidade de leito de saúde mental no hospital receptor não será fator condicionante para o recebimento do paciente.

Durante a internação desses pacientes no HJK e HJXXIII, a equipe multidisciplinar e o NIR deverão trabalhar em parceria com a Referência Técnica do caso no IRS para o seguimento do Plano Terapêutico Singular e definições para a desospitalização após a resolução do quadro, considerando a transferência do cuidado para a Rede de Atenção Psicossocial (opção prioritária para escolha) ou retorno ao IRS, lembrando que o leito não ficará reservado para este fim e que, em alinhamento à política estadual e ministerial, o serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico sempre deve ser considerado como primeira opção de escolha.

O IRS, bem como o HJXXIII e HJK, deve se organizar para disponibilizarem agendas para discussões de casos por meio de teleinterconsulta a fim de se apoiarem na definição de condutas e até mesmo estabelecerem ações para evitarem a agudização de situações clínicas e evitarem transferências desnecessárias.

Este fluxo deve ser amplamente divulgado entre os Núcleos Internos de Regulação, equipes multidisciplinares e médicas das Unidades aqui tratadas sendo implantado como processo perene, independente de pessoas.

ANEXO I - Fluxo de atendimento de acordo com classificação de risco



Fonte: Adaptado de MINAS GERAIS (2022)