

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

PROJETO TERAPÊUTICO GLOBAL

Hospital CIAPS Adauto Botelho – Unidade I

Organizadores

Equipe Multidisciplinar da Unidade I - CIAPS AB

Apoio Técnico

Comissão Permanente de Projeto Terapêutico - CIAPS AB

CUIABÁ MT

2024

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho
Direção Institucional do CIAPS AB e Colaboradores

Diretor Geral – Paulo Henrique de Almeida

Diretora Técnica – Luciana Stela Sarmiento Pinheiro de Almeida

Superintendente – Aldair Rodrigues Wilsmann

Assessoria Jurídica – Carine Miranda

Coordenadora de Apoio Técnico – Fátima Ticianel

Coordenadora do NEP – Maria Auxiliadora Regis Sarmiento

Coordenação de Residência Médica – Maria Helena Bragança

RT SEAC – Rita Cutiaro

RT Equipe Multiprofissional Setor Feminino - Ana Lúcia Leandro Gouveia Taveira

RT Equipe Multiprofissional Setor Masculino I – Marcelo Campos de Souza

RT Equipe Multiprofissional Setor Masculino II – Sheila Vitor Bussolin

Presidente da Comissão PTG – Marcelo Campos de Souza

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

1 INTRODUÇÃO

O Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho (CIAPS AB), foi criado e regulamentado pela Lei n. 6.191, de 10 de março de 1993 (MATO GROSSO, 1993, p. 1), após a reforma do antigo Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Ao longo dos anos incorporou em sua estrutura um conjunto de unidades descentralizadas de saúde mental, que são referências na área.

O CIAPS AB é pautado pelo direito universal, equitativo e integral em saúde mental, e tem como principais marcos legais as Leis Orgânicas da Saúde (n. 8.080/90 e n. 8.142/90), e a Lei n. 10.216/01, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, e que vem a ser um dos eixos estruturantes da reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2001a). O CIAPS tem como objetivo prestar atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, no âmbito do SUS, promovendo a atenção à saúde mental da população.

As Unidades do CIAPS AB são de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), e todas estão localizadas no território de Cuiabá. Atualmente, são mais de 300 profissionais e trabalhadores qualificados em saúde mental envolvidos em todas as unidades.

Integram o CIAPS AB as seguintes Unidades:

- Hospital CIAPS AB Unidade I: situada na Av. Adauto Botelho, s/n., bairro Coxipó, Parque Zé Bolo Flô, referência para o Estado de MT, realiza atendimento às pessoas com sofrimento psíquico grave que necessitam de cuidado intensivo em regime de internação involuntária ou compulsória (incluindo pessoas do sexo masculino sob medida de segurança), de ambos os sexos, acima de 18 anos;
- Hospital CIAPS AB Unidade III: situada na Rua Projetada, s/n., ao fundo do Departamento Estadual de Trânsito de Mato Grosso (DETRAN/MT), bairro Paiaguás, referência para o Estado de MT, realiza atendimento às pessoas maiores de 18 anos, do sexo masculino com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas que necessitam de cuidado intensivo em regime de internação;

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD): situado na Rua Edgar Vieira, n. 728, bairro Boa Esperança, é um serviço aberto e de caráter comunitário que realiza atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, maiores de 18 anos, de ambos os sexos;
- Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI): situado na Av. Antônio Dorilêo, S/N., bairro CoopHEMA, é um serviço aberto e de caráter comunitário que realiza atendimento a crianças e adolescentes com idade até 17 anos e 11 meses, com transtornos mentais graves e persistentes e/ou necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas;
- Lar Doce Lar: situado na Rua Professor João Félix, n. 1055, bairro Lixeira, tem por finalidade ser a moradia de pessoas que apresentam deficiência física e mental tutelados pelo Estado de MT.

Cada uma das Unidades citadas do CIAPS AB dispõe de Projeto Terapêutico Global (PTG) próprio, como instrumento de organização de suas atividades terapêuticas. A construção do PTG é uma prática permanente das equipes, que vem aprimorando sua organização e método com base na legislação, referenciais teóricos e da experiência técnica e prática dos profissionais envolvidos. Sendo assim, é um documento dinâmico, devendo ser revisado anualmente por suas equipes.

O presente documento apresenta o PTG da Unidade I, tornando pública a direção do tratamento na instituição, desde a regulação por meio do Núcleo Interno de Regulação (NIR), a admissão pelo Setor de Acolhimento à Crise (SEAC), a internação, atendimento à família, alta e ações de desinstitucionalização (quando necessárias). A condução terapêutica da unidade pretende contribuir para guiar e melhorar as práticas dos profissionais, integrar e orientar o trabalho das equipes e ser uma referência para a política de educação permanente na rede de serviços de saúde mental no estado.

2 HISTÓRICO DO CIAPS ADAUTO BOTELHO

De acordo com Oliveira (2005), a primeira medida institucional em saúde mental em Mato Grosso ocorreu em 1905, quando foi inaugurada a Enfermaria dos Alienados na Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá. Esta medida, com meio século de diferença dos

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

outros polos brasileiros, refletia as preocupações governamentais com as questões sanitárias, higiênicas e de reorganização do espaço urbano. Ao longo dos anos que se seguiram, a Enfermaria dos Alienados da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá tornou-se insuficiente para o atendimento da demanda.

Na década de 30 utilizou-se para abrigo e reclusão dos “loucos” de Cuiabá uma chácara localizada às margens do rio Coxipó, que ficou conhecida como a “Chácara dos Loucos”. O local era mantido pelo Governo de Mato Grosso e havia guarda feita por policiais, atendimento médico e de enfermagem esporádicos, além de voluntários.

Em 1955 o governo de Mato Grosso e o Serviço Nacional de Doenças Mentais firmaram um convênio para a construção de um Hospital Psiquiátrico, e assim, em 1957 inaugurou o Hospital Adauto Botelho, na mesma região onde existia a Chácara dos Loucos. Nesse período da história da saúde pública brasileira, a tendência predominante da assistência psiquiátrica era o modelo curativo, individual e especializado, o que resultou na superlotação dos hospitais psiquiátricos no país. Na década de 70, o Hospital Adauto Botelho possuía 250 leitos e contava com 500 pacientes internados (OLIVEIRA, 2005).

Em 1975 inicia no estado o serviço de saúde mental. Até então, Mato Grosso era um dos únicos Estados que ainda não dispunha de um órgão de coordenação das atividades em saúde mental. Uma das primeiras ações desse serviço foi à ampliação dos leitos do Adauto Botelho, o que ilustra as práticas manicomiais vigentes na época, de exclusão social pela internação, sem mudança nos aspectos técnicos e administrativos (OLIVEIRA, 2005).

Até o final dos anos 80 a assistência aos doentes mentais era de responsabilidade do único hospital público existente. De acordo com Oliveira (2005), a “Indústria da Loucura” não ocorreu em Mato Grosso nesse período, porém, a desassistência e reclusão eram a regra da assistência em saúde mental. No ano de 1989 inaugura-se o Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá (INC), contrariando um movimento nacional que se iniciara no final da década de 70, conhecido como Reforma Psiquiátrica, liderado por familiares, usuários e trabalhadores da saúde mental. Esse movimento reivindicava condições humanas de assistência e o fim dos hospitais psiquiátricos que funcionavam como verdadeiros depósitos de pessoas, sem objetivos terapêuticos, utilizando-se do cárcere e

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

de práticas punitivas.

Mesmo na contramão do movimento da reforma psiquiátrica, o Instituto de Neuropsiquiatria é implantado no Estado e logo conveniado à rede pública em 1990. Inicialmente com 150 leitos, um ano e meio depois já possuía 500 leitos (OLIVEIRA, 2005). Em março de 1991, o Hospital Adauto Botelho é fechado para reforma. Por dois anos e meio Mato Grosso ficou dependente de um único hospital psiquiátrico, privado e conveniado. Devido ao intenso crescimento populacional e à falta de ações psicossociais e comunitárias no Estado, cresceu em 268% o número de leitos. Segundo Oliveira (2005), esse foi o momento em que funcionou a “indústria da loucura”, ou seja, quando a dita doença mental passa a ter valor de moeda, beneficiando a instituição privada com a manutenção de leitos por longos períodos.

Em 1993, foi reinaugurado o Hospital Adauto Botelho, agora denominado Centro Integrado de Assistência Psicossocial - CIAPS Adauto Botelho, por englobar um Hospital-dia e um ambulatório de saúde mental. Com poucos leitos, o hospital funcionava como uma espécie de regulação ao INC, que ainda se manteve em funcionamento até o ano de 2004, quando foi descredenciado da rede e, por consequência, desativado.

No período de fechamento do INC (2004), havia 117 pessoas internadas em regime de longa permanência. O município de Cuiabá, como estratégia da política de desospitalização implantou 10 residências terapêuticas e foi habilitada para o programa de Volta para Casa, tendo acolhido 81 pacientes considerados moradores da antiga instituição. Esse trabalho foi realizado foi possível a partir do censo clínico social iniciado em outubro de 2003 e concluído em abril de 2004 (SCHRADER e SILVA, 1999).

O Hospital Adauto Botelho (Unidade I) acolheu 35 pacientes que foram avaliados pela equipe multiprofissional do Centro Integrado de Assistência Psicossocial, considerados agudos e com autonomia física e psíquica comprometida para continuidade dos cuidados. Posteriormente alguns pacientes foram reinseridos socialmente, porém, ainda há moradores tanto no Setor Feminino quanto no Setor Masculino (SCHRADER e SILVA, 1999).

Em 17 de dezembro de 2003, foi criada a Unidade II, do CIAPS Adauto Botelho, nas dependências da Penitenciária Central do Estado de Mato Grosso, pela necessidade de se ter um espaço para atendimento específico aos usuários acometidos por

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

transtornos mentais submetidos à medida de segurança, com o intuito de garantir ao CIAPS Adauto Botelho a possibilidade de continuar disponibilizando o serviço de internação psiquiátrica de referência estadual de curta permanência (média de 7 a 15 dias de internação), e deste modo, manter o perfil de atendimento aos usuários comuns, sem restrições judiciais.

Deste modo, a criação e funcionamento da Unidade II se deu através do Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Estadual de Segurança Pública de Mato Grosso, inicialmente pelo prazo de dois anos, sendo prorrogado pelo mesmo período, ou seja, até o ano de 2007. Nos anos seguintes a unidade manteve seu funcionamento nos mesmos critérios estabelecidos, porém sem uma formalidade legal entre as Secretarias de Estado, até sua interdição total e fechamento no ano de 2020, tendo os pacientes sido transferidos para a Unidade I, que passou a ser referência para este tipo de cuidado.

O Pronto Atendimento (PA) foi implantado em 2004, mesmo ano de fechamento do INC, com o objetivo de acolher os casos de crise aguda, evitando internações desnecessárias e referenciando aos outros serviços existentes na rede. Neste contexto, várias estratégias da Política de Saúde Mental foram desencadeadas: descentralização e municipalização do ambulatório de saúde mental, ações intersetoriais de capacitação em saúde mental, ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial, ampliação da assistência em saúde mental nas policlínicas. Através destas estratégias foi possível uma nova forma de cooperação entre os serviços de saúde dos municípios do Estado de Mato Grosso e o CIAPS Adauto Botelho.

Em que pese esse feito, a própria lógica do sistema centralizado de atenção às urgências psiquiátricas implicou em problemas administrativos, técnicos e humanos muito difíceis de equacionar: a dificuldade em manter uma equipe de atenção médica coesa e constante no regime de funcionamento 24 horas diárias, a ausência de um mecanismo de regulação das vagas de internação tanto no próprio espaço do PA como dos setores de internação, a recorrência de judicialização da saúde inclusive no que diz respeito às urgências, e o crescente descaso das Secretarias Municipais de Saúde em promover ações destinadas à prevenção de recaídas e manutenção de serviços abertos em caráter ambulatorial, após as internações (AMORIM E CUTIARO, 2009).

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

Por força dessas contradições, a equipe multidisciplinar e a Direção Geral do CIAPS AB optaram pelo encerramento das atividades do PA, e a luta por um constante diálogo com a SES e as Secretarias Municipais de Saúde, pela reorganização do fluxo de atendimento de pacientes com transtornos mentais. Como consequência, e coroando esses esforços de negociação, em 12 de maio de 2014, foi publicada a Portaria n. 58/2014 GB/SES (MATO GROSSO, 2014), que regulamenta a criação da Central de Vagas do CIAPS Adauto Botelho. Logo depois, através da Portaria Interna n. 043, de 1º de agosto de 2014, que normatiza o Centro de Atenção à Crise (CEAC) (CIAPS, 2014), avançou-se no sentido de normatizar a regulação de leitos de internação para os usuários cujos critérios clínicos justifiquem todas as possibilidades extra-hospitalares que estiverem esgotadas, tendo como meta a participação ativa no estabelecimento de fluxos e protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde em termos de referência e contrarreferência de abrangência local e intermunicipal, atendendo em particular o disposto no artigo III, inciso 3, da Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012.

Assim, considerando o cuidado conforme preconizado na Política Nacional de Humanização, o CIAPS AB reorganiza os níveis de assistência, levando em conta a necessidade e a singularidade de cada caso, substituiu a modalidade assistencial de Pronto Atendimento 24 horas, para o modelo de atenção à crise acima descrita, ou seja, atendimento referenciado.

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho**3 MARCOS LEGAIS**

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida (BRASIL, 2004a). Podemos dizer que a clínica ampliada na prática de gestão e da atenção é um compromisso radical com o sujeito visto de modo singular, tomando a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, fazendo rede e interface com outros serviços de saúde e outros setores (intersectorialidade), assumindo um compromisso ético profundo.

Na perspectiva da clínica ampliada, a escuta significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir (e respeitar) os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos (BRASIL, 2004c).

As equipes de referência devem contribuir para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde mental, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (BRASIL, 2004).

Diante dessas diretrizes que seguem os dispositivos da clínica ampliada, na escuta, nos vínculos e afetos, neste documento encontram-se sistematizadas as pactuações entre os profissionais, cuja direção de trabalho deve sempre ser revisitada e, principalmente, vivenciada no cotidiano institucional.

Assim, a partir deste Projeto Terapêutico, a Unidade I do CIAPS AB torna público seu compromisso com os ideais da Reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial no Brasil, tendo como base os documentos que se seguem:

- Diretrizes atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS);
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

- Resolução CNPCP n. 05, de 04 de maio de 2004, que dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão contida na Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001;
- Resolução CNAS n. 145, de 15 de outubro de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Social, considerando a Resolução CNAS n. 33, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Portaria n. 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, e as estratégias de desinstitucionalização, no âmbito do SUS;
- Resolução CNJ n. 113, de 20 de abril de 2010, que, entre outras providências, dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e medida de segurança;
- Recomendação CNJ n. 35, de 12 de julho de 2011, que na execução da medida de segurança, sejam adotadas políticas antimanicômias;
- Resolução CNPCP n. 04, de 30 de julho de 2010, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e execução da medida de segurança;
- Portaria n. 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- Portaria n. 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, considerando as Diretrizes do Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária aprovadas na 372ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), em 26 de abril de 2011;
- Portaria Interministerial n. 01/MS/MJ, de 02 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS;
- Portaria MS n. 94, de 14 de janeiro de 2014, que institui os serviços / equipes de

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei (EAP);

- Premissas da Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
- Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar;
- Portaria n. 469/MS, de 06 de abril de 2001, que altera a sistemática de remuneração dos procedimentos de internação em hospital psiquiátrico e dá outras providências;
- Portaria n. 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, estabelece diretriz e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificam os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências;
- Portaria n. 2.391/MS, de 26 de dezembro de 2002, regulamenta o controle das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI) e Voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2002 e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS;
- Portaria GM/MS n. 52, de 20 de janeiro de 2004, institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PNASH-Psiquiatria);
- Portaria n. 3.088/2011, 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 SUS;
- Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011, institui a Reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
- A Lei Complementar n. 465, de 28 de maio de 2012, que dispõe sobre a criação da Lei Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental em Mato Grosso;
- Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool crack e outras drogas;

- Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Portaria GB/SES n. 226, 31 de dezembro de 2018, cria o Programa Estadual do SUS de MT;
- Portaria GB/SES n. 59/2014, que institui o Grupo Condutor Estadual da RAPS, no âmbito do SUS MT;
- Lei de Álcool e Drogas n. 13840, de 05 de junho de 2019, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas;
- Portaria MS Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017, inclui Hospital Psiquiátrico na RAPS, Resolução da Comissão Intergestores Tripartite, estabelece as diretrizes para fortalecimento da RAPS;
- Portaria GBSES 472/2019, que normatiza o Estágio e/ou Práticas Curriculares no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

Desde o início da reforma psiquiátrica, no final da década de 70 e especialmente após a aprovação da Lei n. 10.216/01, a prioridade da assistência em saúde mental se deslocou dos hospitais psiquiátricos para os serviços de base comunitária. Nasce a Política de Saúde Mental, que visa à reinserção social das pessoas portadoras de transtorno mental, em substituição ao modelo manicomial até então vigente no país. É importante ressaltar que esse passo não apenas redimensionou o atendimento das pessoas com transtorno mental, mas também a forma com que a sociedade lida com a loucura.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, entendida como um “processo político e social complexo” (MELLO, MELLO e KHON, 2007), implica não somente os serviços e profissionais de saúde, mas também os usuários, familiares, universidades, estudantes, movimentos sociais, diversos setores da sociedade como Justiça, Educação, Cidadania e Trabalho, entre outros. A lógica manicomial passa a ser substituída pela lógica do território, envolvendo toda a sociedade, incidindo sobre seus valores e preconceitos. Porém, a instituição fechada, muitas vezes alicerçada por práticas eminentemente manicomiais, ainda sobrevive em alguns estados do país, mesmo sendo criticada há muitos anos por seu efeito de exclusão social visivelmente maléfico ao portador de transtorno mental e a sua família (SILVA, 2011).

Segundo Silva (2011), o desafio para as equipes que aí atuam pode ser assim formulado: Como desenvolver um trabalho sem incorrer no grave equívoco de adaptar as pessoas à instituição? Como possibilitar movimento onde só há inércia e muros? Como pode um hospital, fazer rede e contribuir com a desinstitucionalização? As dificuldades de funcionamento de uma rede psicossocial em Cuiabá e no interior do Estado, muitas vezes resultaram na lotação da Unidade de internação do CIAPS Adauto Botelho, que se vê “constantemente pressionado pela sociedade a ter que dar uma resposta sobre o incômodo da loucura” (BEZERRA, 2013, p. 110).

De acordo com Silva (2011), é preciso reafirmar que o hospital não é o centro da assistência. A internação é o último recurso terapêutico, deve ser de curta permanência, de maneira que se preservem os laços sociais e a reinserção na comunidade. Não se trata de resguardar a ordem social “guardando” as pessoas no hospital.

Como situa Bezerra (2013, p. 114), “a internação psiquiátrica deveria funcionar

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

como uma intervenção clínica avançando para além dos ‘absurdos humanos’, para ser um lugar onde estes mesmos ‘absurdos’ sejam trabalhados e conquistem um lugar fora da instituição”. Na condução dos casos, os profissionais devem resguardar o espaço de expressão da subjetividade dos pacientes, de maneira que esses não fiquem submetidos à ordem institucional, e sim o contrário: o funcionamento institucional deve se moldar de acordo com a terapêutica. As questões administrativas, todas as intervenções, atividades e atendimentos devem estar voltados a esse fim. Diante do sofrimento psíquico grave, o manejo clínico não deve se basear no senso comum, por isso a importância da discussão dos casos em equipe, da formação continuada e da supervisão clínico-institucional, as duas últimas ainda não realizadas nas unidades de que tratam esse projeto.

Nesse sentido, Bezerra (2013, p. 117 e 118) alerta que na abordagem e escuta ao paciente, os membros da equipe devem abster-se de se basear em suas crenças, sentimentos pessoais, gostos e motivações, simpatias ou antipatias: “Deste modo a relação deixa de ser clínica, não visa uma intervenção, o que torna difícil construir e discutir em equipe a direção clínica dos casos [...]”.

No tocante ao relacionamento com a rede, o CIAPS é um complexo de unidades que historicamente se constituiu como referência no atendimento em saúde mental à população e, dessa forma, espera-se que a função da Unidade de internação não se limite apenas a receber e tratar pessoas em surto psicótico agudo. É preciso também que suas ações extrapolem os muros da instituição, atuando no território com a comunidade, usuários e familiares, fazendo articulações, tecendo relações, ou seja, realizando um trabalho efetivamente psicossocial. Esse deve ser o papel de um serviço de saúde, no caso aqui, um hospital psiquiátrico que trabalhe dentro da política de saúde mental preconizada pelo SUS (SILVA, 2011).

Assim como a equipe está sempre se constituindo, a rede também está sendo cerzada, caso nos ponhamos no movimento de “furar” a ordem institucional manicomial. A rede é “uma noção que implica necessariamente a dimensão da alteridade, havendo ou não serviços outros, além daquele em que se processa determinado ato de cuidado” (ELIA, 2004). Dessa forma, a simples existência de outros serviços não garante o trabalho em rede: é preciso o ato de tecê-la, só possível pela impossibilidade de trabalhar isoladamente.

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

Silva (2011) afirma que é preciso criar novas formas de cuidado que inclua ao invés de excluir, que acolha ao invés de afastar, que faça ao invés de esperar. As portas dos serviços e das casas se abrem, novas perspectivas se apresentam onde só havia a porta fechada de uma enfermaria. Para que isso seja possível, é preciso que as equipes se apropriem, em seu cotidiano, das práticas psicossociais, dos princípios da Clínica Ampliada que devem substituir a Clínica Tradicional.

Outro ponto importante a se destacar, diz respeito à regulamentação da RAPS, Portaria n. 3.088, a partir da construção de uma rede comunitária de cuidados que contempla todos os níveis de atenção: atenção básica, atenção psicossocial estratégica, atenção residencial de caráter transitório, estratégia de reabilitação psicossocial, atenção hospitalar e estratégia de desinstitucionalização. Os níveis referentes à atenção hospitalar e estratégia de desinstitucionalização dizem respeito diretamente à Unidade I e Unidade III do CIAPS e devem ser trabalhados pelo grupo condutor da RAPS Estadual.

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

5. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE I

A Unidade I do CIAPS Adauto Botelho é referência pública em saúde mental no Estado de Mato Grosso e conta com leitos mantidos pelo SUS em sua totalidade. Possui o objetivo de atender em nível de internação de curta permanência pessoas que apresentam transtornos mentais severos, que devido ao comprometimento psíquico grave encontram-se impossibilitadas de convívio social.

Esse comprometimento psíquico grave é chamado de surto psicótico, em que a pessoa pode: perder total ou parcialmente o contato com a realidade, apresentar desorientação auto e/ou alopsíquica, mostrar-se auto e/ou heteroagressiva, emitir juízos falsos (delírios); pode ainda apresentar agitação psicomotora, alucinações (percepções irreais), o que prejudica ou impede por um período o desempenho das tarefas e papéis habituais.

O presente Projeto Terapêutico Global tem como princípio que o período de internação deve ser o mais breve possível (curta permanência) de modo que o surto psicótico seja tratado para que o processo de reinserção social ocorra o quanto antes, possibilitando que os laços sociais se mantenham ou se restabeleçam, evitando a exclusão social da pessoa em sofrimento.

Atualmente a Unidade I conta com 70 leitos SUS, disponibilizados nos postos (setores) de cuidado conforme a singularidade e necessidade de cada caso. Para os efeitos de lotacionograma funcional, cada setor de atendimento possui equipes interdisciplinares que atuam em regime de plantão de forma independente, porém articulada, em consonância com a Lei Complementar n. 441/11. Desta forma, assegura a presença de profissionais técnicos de nível superior nos finais de semana e feriados, além da Equipe de Enfermagem, o que amplia as possibilidades de intervenções coletivas e individuais tanto com pacientes, que se encontram em situação de internação (24 horas), quanto com seus familiares.

A forma de direção do tratamento, através dos atendimentos individuais ou coletivos, é definida pelas equipes considerando as características dos usuários e demandas específicas. Compondo a Unidade I, existem, assim, os seguintes setores:

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

1. NIR – Núcleo Interno de Regulação
2. SEAC – Setor de Acolhimento à Crise;
3. Setores de Internação Masculina (Posto 1 e Posto 2);
4. Setor de Internação Feminina.

Resguardando as especificidades dos setores acima mencionados, as equipes sustentam suas práxis apoiadas em ações gerais no intuito da minimização do sofrimento agudo do paciente, possibilitando o cuidado extra-hospitalar, promovendo a reinserção social, a autonomia e o resgate da cidadania.

5.1 Núcleo Interno de Regulação – NIR

O NIR do CIAPS AB iniciou suas atividades em 2021, em substituição à Central de Vagas, conforme definida na Portaria GBSSES 058/2014, e está vinculado tecnicamente à Direção Técnica e administrativamente à Direção Geral e a Superintendência do CIAPS Adauto Botelho. Trata-se de um Setor Técnico Administrativo de regulação e monitoramento do acesso do paciente aos leitos hospitalares das Unidades I e III, acompanhando a trajetória do paciente desde a solicitação de internação, a regulação, a autorização e a confirmação da vaga, assim como as solicitações internas de consultas médicas e exames feitas durante a internação hospitalar.

Sua sede se localiza na sede administrativa do CIAPS AB, Unidade I, e é regido por três pilares de organização, em acordo com a prescrição do Ministério da Saúde, quais sejam: 1) a regulação assistencial, 2) a interface da regulação com os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e 3) o monitoramento dos leitos.

O NIR recebe demandas de todo os serviços de saúde do Estado, sejam de natureza municipal, estadual ou federal. Funciona em regime de plantão de 12 h diurno, de segunda a domingo entre 7h às 19h. O NIR é, ainda, responsável pela futura implantação e gestão do SISREG.

As internações da Unidade I/SEAC e da Unidade III ocorrem conforme protocolos estabelecidos pela Direção Geral, Técnica e o NIR, tendo em vista as prescrições normativas deste PTG, incluindo os procedimentos para admissão e transferência interna.

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

Os pacientes regulados serão acolhidos pelos profissionais das Equipes Multiprofissional de cada Unidade, conforme protocolo técnico definido pela Direção Geral e Técnica em consonância com o PTG. Nos casos de solicitação de transferência de paciente entre a Unidade I e III, o médico plantonista passará o caso e comunicará a transferência para a equipe da Unidade III.

5.2 Setor de Acolhimento à Crise (SEAC)

O SEAC foi criado pela Portaria Interna n. 43/2014, e posteriormente redefinido pelas Portarias Internas n. 18/2018 e n. 19/2019. Destina-se ao atendimento de pessoas em sofrimento psíquico grave, no qual se caracterize uma situação de necessidade de cuidados intensivos, depois de esgotados todos os recursos extra-hospitalares, bem como avaliação clínica que justifique a internação hospitalar especializada.

São objetivos do SEAC:

- Acolher pacientes em sofrimento psíquico agudo, regulados via NIR e Assessoria Jurídica do CIAPS AB;
- Prestar atendimento que vise afastar o risco imediato de prejuízos à sua integridade física e mental, sua autoimagem, direitos e garantias fundamentais, em razão de seu sofrimento;
- Proporcionar aos usuários do serviço uma remissão significativa de seu estado de sofrimento psíquico, minimizando o risco pessoal e social para si e para outros;
- Priorizar os cuidados de forma intensiva aos pacientes respeitando as singularidades, possibilitando a remissão dos sintomas.
- Promover a integração entre o NIR e SEAC no processo de regulação e transferência.

Conta com 14 leitos distribuídos em duas enfermarias, sendo sete leitos para pacientes do sexo/gênero masculino, sete leitos para pacientes do sexo/gênero feminino e 2 dois leitos de observação/isolamento. O Posto de Enfermagem se situa fisicamente no centro das enfermarias. As reuniões de equipe ocorrem diariamente, para estudo dos casos. Conta com uma equipe formada por: Psicólogo, Assistente Social, Arte terapeuta,

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

Nutricionista, Médico Psiquiatra, Médicos Residentes em Psiquiatria, Médico Clínico Geral (24 horas por dia), Equipe de Enfermagem 24 horas por dia (enfermeiro e técnicos de enfermagem), Assistente Administrativo e Recepcionista.

A recepção, acolhimento e a avaliação do paciente têm por base os conceitos de Clínica Ampliada e Escuta, e será realizada pelos profissionais da equipe multiprofissional do SEAC, que definem se o caso requer ou não a internação, considerando: a) o estado mental atual, b) a análise do relatório do serviço que encaminhou, c) exames clínicos, d) situação social e e) contexto familiar. Caso o paciente não apresente, no momento da admissão, sintomas que justifiquem o cuidado em regime hospitalar, ou apresente sintomas clínicos que se sobrepõem ao quadro psiquiátrico, será encaminhado para o serviço adequado de referência da RAS. Caso seja admitido, o período de permanência no SEAC será definido pela psiquiatra responsável pelo setor, residentes de psiquiatria e equipe técnica multiprofissional de acordo com a necessidade de cada caso, respeitando sua singularidade, bem como a disponibilidade de vagas nos setores de internação, caso haja indicação.

O paciente será diariamente avaliado pela equipe multiprofissional possibilitando subsidiar a condução terapêutica do caso. Todo e qualquer atendimento realizado pela equipe multiprofissional de saúde do SEAC deverá ser evoluído no prontuário diariamente, até o momento em que o paciente obtiver alta ou for transferido para um dos setores de internação. As visitas familiares acontecerão conforme a avaliação da equipe e definida em estudo de caso, ocorrendo sempre com supervisão de um profissional da equipe.

Considerando o fato de que os pacientes permanecerão no CEAC por um curto período tempo as atividades diárias serão embasadas em:

- Participar da passagem de plantão da equipe noturna para a o do dia.
- Verificar o censo, e se informar junto ao NIR quantas avaliações para internação haverão no dia, e solicitar prontuário anterior caso seja subsequente;
- Leitura dos prontuários de todos os internados para se inteirar das evoluções e contribuir no estudo de caso;
- Realizar estudo de caso, contribuindo para subsidiar as decisões de encaminhamentos que se fizerem necessários;

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

- Após o estudo de caso, atender as demandas surgidas e comunicar ações desenvolvidas em cada passagem de plantão.

Quando houver melhora ou remissão dos sintomas receberá alta do SEAC e o paciente será encaminhado para continuidade do tratamento ambulatorial na Rede de Atenção à Saúde de referência. Em caso contrário, a equipe indicará uma internação de maior permanência sendo transferido para os devidos setores (masculino e feminino).

Nos casos em que agravos clínicos venham a se sobrepor aos sintomas psiquiátricos, o paciente será encaminhado para Unidade Hospitalar de Referência de suporte clínico conforme indicação terapêutica, na presença de seu responsável ou familiar.

5.3 Setores de Internação Masculina e Feminina

A Unidade I dispõe de 50 leitos nos setores de internação, sendo 37 leitos do Setor Masculino (20 do Posto 1 e 10 do Posto 2) e 20 leitos do Setor Feminino. Cada setor de internação dispõe de sala de observação com leito para atendimento de urgência e emergência contendo o carrinho de emergência.

Os pacientes admitidos são encaminhados pelo SEAC, a partir da indicação da equipe, e após o procedimento de regulação mediado pelo NIR. Chegam conduzidos pela equipe técnica do SEAC, após confirmação da existência de vaga junto aos setores masculino e feminino.

Em sua admissão, o paciente terá o primeiro contato com o técnico de nível superior, perfil enfermagem. No prazo máximo de 24 horas, o paciente deverá passar por nova avaliação de outros técnicos de nível superior do setor para o qual foi encaminhado.

Os outros profissionais da equipe devem, ao chegar ao posto de trabalho, verificar se houve admissão de novos pacientes e após acolhimento e escuta, inseri-los nas modalidades terapêuticas existentes nesse Projeto, considerando as especificidades e singularidades de cada caso.

Nas reuniões semanais de equipe ocorrerá a discussão dos casos de maneira singular, considerando os aspectos sociais (suporte familiar, trabalho, condições socioeconômicas), vínculo entre pacientes e profissionais da equipe, bem como a revisão

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

da hipótese diagnóstica realizada pelo SEAC na admissão para confirmar a condução terapêutica a ser conferida ao usuário. Na primeira reunião de equipe subsequente à admissão no setor, deve ser definida uma mini equipe de referência (psicólogo e assistente social), que será responsável pelo acompanhamento da internação; e também o Projeto Terapêutico Singular (PTS), caso esta necessidade seja constatada e decidida pela equipe de cuidados.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) refere-se à previsão de atividades terapêuticas que extrapolem o escopo das ações definidas no PTG, e se configurem como indispensáveis à recuperação daquele paciente em particular, em que a ausência de tais ações torne muito difícil, inviável ou impossível a reintegração plena ou parcial às suas redes afetivas e sociais. Devem, portanto, tais atividades se constituírem em referências organizadoras de sua experiência de vida. São propostas em comum acordo e mútua cooperação entre o próprio paciente, seu familiar ou responsável legal e a própria equipe, de maneira a favorecer sua inserção simbólica até o momento de sua alta e de sua volta ao convívio social, onde tudo tem horário e local certos para acontecer. O PTS deve ser planejado, acompanhado, reavaliado periodicamente e eventualmente refeito em equipe, e expresso em formulário próprio no prontuário individual do paciente.

Todas as avaliações, incluindo as decisões tomadas em reuniões de equipe, deverão sempre ser evoluídas em prontuário, devendo ser lidas por todos os envolvidos no cuidado com o paciente. Tais evoluções são o registro do tratamento do paciente e servirão de base para as discussões que culminarão na decisão de **pré-alta** (quando se define a condição de estar recuperado das razões que motivaram a internação e os encaminhamentos para serviços abertos da comunidade de origem) e a data da **alta hospitalar** (quando o paciente efetivamente deixará o hospital, na companhia de familiares ou responsáveis). Durante o tempo da permanência do paciente na internação, seus familiares devem ser estimulados a frequentar o hospital nos horários de visita e convocados para as reuniões de grupo familiar.

5.3.1 Setor de Internação Masculina

O setor de internação masculina possui dois postos de atendimento: Posto I e

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

Posto II, os quais são descritos a seguir.

5.3.1.1 Posto I

Possui 20 leitos distribuídos em cinco enfermarias, sendo 18 leitos comuns e 02 leitos de observação para pacientes em crise ou situação de vulnerabilidade pessoal. O posto de enfermagem situa-se fisicamente no centro das enfermarias. As reuniões de equipe ocorrem semanalmente, Conta com uma equipe formada por Psicólogo, Arteterapeuta, Assistente Social, Nutricionista, Médico Psiquiatra, Médico Residente, Médico Clínico Plantonista e Equipe de Enfermagem 24 horas por dia (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem).

O Posto I caracteriza-se por sua atenção ao usuário em crise aguda, em sua maioria adultos jovens, com baixa demanda para cuidados clínicos intensivos, e alta demanda para cuidados psiquiátricos, independentemente de seu tempo de permanência no hospital. Compreende a necessidade de tratamento do quadro psicopatológico agudo, associado a uma fragilidade sociofamiliar para sua permanência no tratamento em meio aberto – demandando, portanto, o desenvolvimento, recuperação e manutenção da sociabilidade, afetividade e relacionamento interpessoal, como também a melhora do desempenho nas atividades de vida diária e vida prática, consoante ao alcance de uma estabilização do quadro psicopatológico, favorecendo a reinserção familiar, comunitária e social.

5.3.1.2 Posto II

Possui 10 leitos distribuídos em duas enfermarias. O posto de enfermagem situa-se fisicamente no centro das enfermarias. Está destinado exclusivamente a pacientes encaminhados pelo Poder Judiciário para tratamento conforme determinação de cumprimento de medida de segurança na modalidade de internação. Por determinação da Direção Técnica do CIAPS AB, no dia 19 de novembro de 2020, foi regulamentado que havendo anuência de vaga pelo setor jurídico do hospital, esses pacientes serão admitidos pelo SEAC no período diurno, e encaminhado para ao Posto II, que a partir

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

desse momento se ocupa da condução clínica e jurídica dos casos sob sua responsabilidade.

As reuniões de equipe ocorrem semanalmente, com previsão da participação de todos os membros da equipe multidisciplinar. Conta com uma equipe formada por Psicólogo, Arteterapeuta, Assistente Social, Nutricionista, Médico Psiquiatra, Médico Clínico Plantonista e equipe de Enfermagem 24 horas por dia (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem).

O Posto II contempla os mesmos objetivos do Posto I, diferindo daquele por se caracterizar pelo atendimento a pacientes com transtornos mentais em conflito com a Lei e em cumprimento de medida de segurança na modalidade de internação.

5.3.3 Setor de Internação Feminina

O setor de internação feminina tem capacidade para 20 leitos, divididos em seis enfermarias, sendo 15 leitos de internação comuns, dois leitos para mulheres em medida de segurança, conforme protocolo específico, e 02 leitos de observação para pacientes em crise ou situação de vulnerabilidade pessoal. O Posto de enfermagem situa-se fisicamente no centro das enfermarias. Suas reuniões de equipe acontecem semanalmente. Conta com uma equipe formada por Psicólogo, Arteterapeuta, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Médico Psiquiatra, Médico Clínico Plantonista e equipe de Enfermagem 24 horas por dia.

O setor de internação feminina caracteriza-se por sua atenção a usuárias a partir de 18 anos de idade em crise aguda, visando a internação de curta permanência, para, respeitando-se a singularidade dos casos, garantir o mais breve possível a reinserção social.

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

6. AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DA UNIDADE I

A Atenção em Saúde Mental nos setores de internação do CIAPS Adauto Botelho prevê um conjunto articulado de ações, organizados em seis eixos principais:

1. Oficinas Terapêuticas individuais ou coletivas;
2. Atendimentos Individuais;
3. Atenção à Família;
4. Ações Intersectoriais;
5. Ações de Educação Permanente, Formação e pesquisa.

A seguir serão descritos em detalhes cada eixo.

6.1 Oficinas Terapêuticas Individuais ou Coletivas

Elaboradas pelos membros da equipe, são atividades que exploram a interação entre os usuários, por meio da palavra, do gesto, da expressão corporal, entre outros. Compreende a necessidade de trabalhos dirigidos em duas frentes: **reabilitação** e **socialização**.

Na **reabilitação** as oficinas compreendem os trabalhos de jogos educativos e reeducativos, funções neuromotoras e cognitivas (memória, atenção, psicomotricidade e percepção), bem como a habilitação e/ou reabilitação laboral. Na **socialização** são atividades recreativas, lúdicas, artísticas e de exploração do espaço extra-hospitalar. São atividades **abertas ou seletivas** e ocorrem conforme programação prévia, com periodicidade, no mínimo, semanal.

6.2 Atendimentos Individuais

Atividades específicas dos diversos profissionais, de acordo com a necessidade avaliada, incluindo acompanhamento técnico das visitas. São atividades **seletivas** e ocorrem a critério do respectivo profissional, **com periodicidade, no mínimo, semanal**.

6.3 Atenção à Família

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

As ações empreendidas com as famílias são de acolhimento, orientação quanto aos objetivos e plano terapêutico do paciente, discussão de alta, condutas na pré-alta, visita assistida (quando os familiares são recebidos antes do início do horário de socialização no pátio, para serem orientados quanto ao estado do paciente e outras orientações necessárias, ou ainda quando o estado mental do paciente dificulte a integração espontânea, para auxiliar o encontro afetivo de todos) e o grupo de familiares (com objetivo de prover familiares e responsáveis legais, sobretudo cuidadores, sobre informações gerais, temas relativos ao cuidado em saúde mental, tais como terapia, cotidiano do paciente, medicação e as normas e rotinas do hospital).

Devem ser conduzidas por profissional de nível superior da equipe. São ações que devem ocorrer sempre que houver necessidade de atendimento por ocasião de visita da família ou quando a equipe convocar familiares de pacientes internados.

6.4 Ações Intersetoriais

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, a internação psiquiátrica deve ser o último recurso a ser utilizado na atenção a pessoas em grave sofrimento psíquico, e quando necessária, ser realizada preferencialmente em hospitais clínicos.

Porém, no momento atual, a Unidade I do CIAPS Adauto Botelho ainda é a única instituição hospitalar pública de referência para internações psiquiátricas no Estado; sendo assim, um dos desafios da Unidade consiste justamente em se compor como parte integrante da RAPS no âmbito estadual. Sua equipe multiprofissional deve manter diálogo constante com os serviços de saúde do município de origem da pessoa internada, tendo em vista a continuidade do acompanhamento extra-hospitalar pós-alta pela equipe de saúde de origem (CAPS, UBS, Saúde da Família, entre outros).

A articulação com outros setores será feita sempre que se fizer necessário para auxiliar na reinserção profissional, comunitária, familiar ou institucional, de acordo com o PTS previamente construído pela equipe de assistência, com a participação da família e da pessoa internada, tendo como objetivo dar condições para o usuário retornar à sua autonomia possível, ou ampliá-la, de forma que consiga minimizar o impacto da

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho
internação e recuperar sua cidadania plena.

6.5 AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, FORMAÇÃO E PESQUISA

6.5.1 Núcleo de Educação Permanente (NEP)

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho (CIAPS AB), teve sua origem em 2007 com a criação do Setor de Avaliação de Desempenho e Valorização do Servidor, onde realizava acolhimento de servidores, atendimentos em nutrição, psicologia e Fisioterapia, além de palestras e dinâmicas de grupo e que posteriormente por volta de 2013 passa a ser denominado de CEPFOR - Centro de Eventos, Pesquisa e Formação em Saúde Mental ao qual amplia suas atividades de capacitações e treinamentos no âmbito do CIAPS, bem como para a rede municipal. No ano de 2018 o **NEP/CIAPS-AB** foi instituído pela Portaria Interna nº 007, de 09 de julho de 2018 e posteriormente revogado pela portaria nº 012 de 07 de maio de 2019, com a função de planejar, executar e monitorar as ações de Educação Permanente em Saúde no CIAPS-AB, de maneira a contribuir e articular as ações de Educação Permanente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado de Mato Grosso, substituindo e ampliando as atribuições que anteriormente eram de responsabilidade do extinto **CEPFOR**.

O NEP/CIAPS-AB é uma instância colegiada permanente, consultiva, executiva e de assessoramento ao CIAPS Adauto Botelho e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), envolvendo instâncias voltadas para atenção psicossocial nas esferas de gestão, área técnica em saúde mental, ensino, pesquisa e controle social da SES/MT, nas atividades e decisões relativas à implementação da política de Educação Permanente em Saúde. Dessa maneira, busca cumprir o princípio geral disposto na Portaria GB/MS n. 1996/2007, segundo o qual a Educação Permanente é:

[...] O conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

A Educação Permanente do CIAPS Adauto Botelho é uma visão ético-político-pedagógica que visa a transformação e a qualificação da Saúde Mental, dos processos de

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

formação e das práticas de educação em saúde, além de ser um condutor das práticas reflexivas sobre os processos de trabalho, qualificação dos serviços, como também da ampliação da qualidade de vida dos trabalhadores do SUS.

O NEP proporciona o trabalho colaborativo entre os profissionais, possibilitando a estes a reflexão sobre suas práticas além de atender à população que necessita dos serviços em Saúde Mental. O setor está sob a responsabilidade e articulação da Diretoria Geral, no nível da administração da Unidade, e com a Escola de Saúde Pública no âmbito da SES/MT.

6.5.2 Comissão de Residência Médica – COREME de Psiquiatria CIAPS Adauto Botelho / Programa de Residência Médica em Psiquiatria da SES- MT – CIAPS AB

A COREME de Psiquiatria CIAPS Adauto Botelho está localizada nas dependências da Unidade I. Segundo o Regulamento da COREME, esta constitui-se em uma comissão de deliberação sobre a Residência Médica em Psiquiatria, sendo responsável pela plena aplicação da legislação da Residência Médica. Constitui-se também em uma comissão para elaborar normas para o PRM e para entendimentos com a Comissão Estadual de Residência Médica do Estado de Mato Grosso (CEREM-MT), conforme resolução 02/2005 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e o Núcleo de Residência em Saúde/SES-MT.

A COREME é composta por Coordenador, um Supervisor, um representante da Diretoria ou Superintendência do CIAPS Adauto Botelho, um Residente representante dos médicos residentes, um representante do Núcleo de Residência em Saúde, um representante do Núcleo de Educação Permanente e o Diretor Geral do CIAPS Adauto Botelho. A COREME tem previsão de reuniões trimestrais.

A partir do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) criado pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação, em 2010, a Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES/MT) para implantar a modalidade de Pós-Graduação lato sensu (Residência Médica) instituiu o Núcleo de Residência na Área de Saúde do Estado de Mato Grosso (Portaria nº 219/2012/GBSES). Localizado na Escola de Saúde Pública/SES-MT, o

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

Núcleo de Residência em Saúde teve como prerrogativa atender as necessidades do Estado, inicialmente, no que se refere à formação de profissionais qualificados dentro da área médica no SUS. O Núcleo de Residência em Saúde foi instituído como estrutura permanente e responsável pela implantação, funcionamento e implementação da Residência Médica e Residência Multiprofissional, bem como auxiliar as Comissões das Residências Médicas (COREMES) e Comissão de Residência Multiprofissionais em saúde (COREMUs).

A partir de 2013 iniciou o PRM em Psiquiatria/SES tendo como um dos cenários de prática a Unidade I do CIAPS Adauto Botelho, conforme consta no Programa para o primeiro ano desta Residência Médica. Atualmente o PRM em Psiquiatria CIAPS Adauto Botelho é o primeiro e único Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Estado do Mato Grosso, possuindo 2 vagas no Processo Seletivo para Residência Médica da SES-MT com bolsa pagas pelo Ministério da Saúde ao ano.

O Programa de Residência Médica em Psiquiatria da SES- MT tem como objetivo formar e habilitar especialistas em Psiquiatria com capacidade de atuar nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, de Cuiabá e Várzea Grande, que compõe a rede de atenção psicossocial a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde x doença, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo, assim como atuar na psiquiatria geral de forma abrangente.

No PRM Psiq/SES-MT as atividades de **ensino em serviço** estão programadas para ocorrer nas unidades de cuidados primários de saúde – Unidades Básicas de Saúde –UBS/Saúde da Família, nas unidades de cuidados secundários em saúde mental (ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS), e nas unidades de cuidados terciários (hospital geral e especializado em saúde mental).

Na unidade I do CIAPS Adauto Botelho, são realizados o estágio de internação no primeiro ano desta residência; também o estágio em dependência às substâncias, no segundo ano e também o estágio em psiquiatria infanto juvenil, no terceiro ano. O PRM utiliza cenários de prática do Hospital Universitário Júlio Muller, a POLITEC, e as unidades de cuidados primários e secundários das Secretarias de Saúde Cuiabá e Várzea Grande. Nestes cenários de prática do PRM também ocorrem o ensino em serviço de

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas

Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

estágios optativos de outras COREMES, cuja duração é de um mês, conforme solicitação à COREME de Psiquiatria pelo médico residente interessado.

Todos os psiquiatras do CIAPS Adauto Botelho são preceptores. O preceptor da residência médica representa no contexto da residência médica, uma ponte de união entre o médico residente e o serviço/cenário de prática onde ocorre a residência médica, desempenhando um papel inspirador de referência e com grande responsabilidade de estar sempre ao lado do médico residente, fornecendo a ele uma orientação segura para aprimorar habilidades técnicas, treinar seus conhecimentos e contribuir para a formação humanística, ética e de valores morais nas suas competências, atitudes e comportamentos. Cabe ao preceptor da residência mostrar ao residente o caminho competente e seguro da residência médica (Manual do Preceptor da Residência Médica, CRM – PR, 2011).

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

7. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES TERAPÊUTICAS

São atividades dirigidas ao conjunto dos pacientes internados na Unidade I (SEAC, Setor Masculino I, II e Feminina), por indicação e condução dos membros da equipe multidisciplinar. Têm periodicidade diária, semanal, mensal ou anual, e acontecem dentro das dependências da Unidade I ou em áreas externas, de acordo com o perfil do paciente e a proposta terapêutica.

Cada paciente, ao ingressar em um dos setores da Unidade I, tem atribuído a si um PTS, em que estão descritas e planejadas as ações terapêuticas que serão prioritariamente destinadas a seu caso, dentro do conjunto de atividades descritas neste tópico. Por PTS, entende-se o tratamento terapêutico exercido durante o tempo de internação em instituição total, e, portanto, um momento da vida do sujeito em que se encontra excluído das redes afetivas e sociais. Sendo assim, a programação prévia auxilia diretamente sua existência neste período, já que se constituem em referências organizadoras da experiência de vida, em relação à sua auto e alo-orientação.

Para que se produza tal efeito, claro, não se obriga o paciente a participar destas atividades, mas ele será sempre informado do que ocorre a sua volta, sendo referenciado no tempo e espaço do hospital, mantendo as demais referências simbólicas (dia, hora, contexto social e político da cidade, do estado, do país, entre outros), de maneira a favorecer sua inserção simbólica até o momento de sua alta e de sua volta ao convívio social, onde tudo tem horário e local certos para acontecer.

7.1 Atividades Grupais e Coletivas

Festa de Carnaval: Ocorre nas proximidades do feriado nacional de mesmo nome, objetivando a confraternização de pacientes, familiares e servidores, tendo como tema as canções populares que fazem parte do cancioneiro nacional desta época. Realizada anualmente no mês de fevereiro.

Festa Junina: Festividade que incorpora as tradições de festas juninas ao cotidiano dos pacientes, ocorrendo anualmente no mês de junho.

Festa da Primavera: Ocorre anualmente no mês de setembro, e tem como principal

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

temática a entrada da estação das flores, explorando os símbolos relativos à estação e o conjunto de significados que podem ser atribuídos a ela.

Arte no Parque: Esta atividade anual ocorre no mês de outubro, no dia 10 ou em data próxima, em virtude de ser o Dia Mundial da Saúde Mental. Atividades envolvendo usuários, familiares e servidores, ocorrem na praça interna do Parque da Saúde, no qual a Unidade I está instalada, objetivando também aproximar a sociedade dos trabalhos terapêuticos e mensagens deste grupo.

Comemoração de Natal: Ocorre anualmente, no mês de dezembro, em data próxima ao dia 25, tendo por objetivo explorar os temas e símbolos natalinos à vivência dos usuários.

Aniversariantes do Mês: Com a periodicidade mensal, a comemoração visa promover a socialização entre funcionários, pacientes e familiares em um clima festivo e comemorativo, contribuindo para orientação autopsíquica e resgate da autoestima.

Sessão de Cinema: Visa proporcionar momentos culturais e de entretenimento, promovendo uma interação coletiva. Os temas e filmes são discutidos e selecionados em reuniões multidisciplinares, considerando fatores como enredo, dinamismo, músicas, entre outros, desconsiderando temas que tragam em cena violência, pânico ou outros que dizem os sintomas psíquicos.

Oficina do Movimento: Visa estimular atividades corporais (caminhada, conscientização corporal e respiratória, relaxamento, coordenação e equilíbrio geral do organismo) em contato com a natureza, utilizando espaços públicos próximos ao CIAPS, como o Parque Zé Bolo Flô ou Horto Florestal. Essa terapêutica proporciona formas de atendimento que não se limitam ao espaço hospitalar, mantendo o paciente mais próximo à comunidade através de uma abordagem socializante. Atividade conduzida por, pelo menos um profissional técnico de nível superior em serviços de saúde do SUS e um técnico de enfermagem.

Oficina Terapêutica Externa: Atividade integrada, individual ou coletiva, que consiste em passeios a locais públicos como estabelecimentos comerciais, praças, museus, prédios históricos, feiras culturais, entre outros. Visa exercitar a reabilitação psicossocial, favorecendo a inclusão e a integração com a comunidade, por meio da apropriação dos espaços da cidade.

Oficinas de Arte terapia: Exploram o potencial expressivo e criativo do paciente,

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

estimulando a auto e hetero percepção, e objetivam o fortalecimento da autoestima, autoconfiança e crescimento pessoal, bem como das possibilidades de reintegração através de ações inclusivas. Durante as atividades, não há preocupação em produção de arte com valor estético, técnico ou acadêmico, e o seu produto não tem fins comerciais ou lucrativos, apenas terapêuticos. A exposição ao público, quando autorizada busca integração à realidade e à sociedade, e a ampliação cultural. As oficinas artísticas podem ser: pintura sobre suportes variados, desenho, colagem, construção com papel reciclado, modelagem e escultura; estamparia, carimbo, impressão, costura, bordado, tecelagem, artes aplicadas, literaturas diversas, musicais e expressão corporal. Os recursos materiais devem ser disponibilizados pela instituição, e a guarda, organização, catalogação e exposição destes recursos e das produções artísticas devem ficar sob a responsabilidade do profissional de arte terapia.

Oficina Saúde Mental com Sabor: Sua realização é uma parceria desenvolvida pela Terapia Ocupacional em conjunto com a equipe de nutrição do Setor Feminino. Os participantes serão pré-avaliados pela equipe multiprofissional nos setores e direcionados para atividade proposta, conforme seu estado de saúde, habilidades e potencialidades apresentadas. As ações serão embasadas nas AIVD'S (Atividades Instrumentais da Vida Diária), que consiste em desempenhar os cuidados com a casa, familiares ou dependentes e administração do ambiente (limpar a casa, cuidar da roupa, da comida, usar equipamentos domésticos, fazer compras, usar transporte pessoal ou público, controlar a própria medicação e finanças).

Oficina de dança: Possibilita que o paciente entre em contato com seu corpo e aprimore sua condição física, resgatando ou desenvolvendo sua consciência corporal e identidade. Visa também à socialização, retirando-os do isolamento social em que, muitas vezes, chegam ao tratamento.

Oficina literária: Atividade coletiva que se utiliza como ferramenta diversos materiais literários, a fim de estimular a criatividade e a livre expressão de ideias, lembranças, sentimentos e a própria escrita como forma de percepção e expressão.

Oficina de Beleza e autocuidado: Atividade individual ou coletiva que consiste em proporcionar aos pacientes cuidados pessoais, tais como aplicação e remoção de produtos de beleza, cuidados com os cabelos, limpeza dos dentes ou próteses dentárias,

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

cuidados com unhas, pele, orelhas, nariz e axilas, remoção ou aparação de pelos do corpo. Tem como objetivo favorecer a reabilitação do autocuidado nos aspectos de higiene pessoal e estética, compreendendo um *“sentido estético, de higienização, de convívio, de fazer borda na corporeidade do psicótico, tão maltratada na psicose”* (MENDONÇA, 2005). Funciona em dois espaços, cuja ambiência procura reproduzir um “salão de beleza” e uma “barbearia”.

Piquenique Terapêutico: Atividade grupal que consiste na realização de lanche da manhã no Parque Zé Bolo Flô. Tem como objetivo envolver o paciente como protagonista na organização e planejamento do ato de sair para uma refeição em grupo, em espaço aberto. Envolve a logística das pessoas e dos alimentos, a escolha do local, a divisão dos alimentos, o ato de servir cada membro do grupo de maneira equitativa, a limpeza do local escolhido e a interação com os demais usuários desse equipamento da cidade. Realizado pelo Setor Masculino.

Sessão da Tarde: Atividade grupal que consiste na projeção de episódios ou filmes de curta e média duração para os pacientes do Setor Masculino, dentro da enfermaria de observação. Nesta modalidade, são os próprios pacientes que escolhem o que vão assistir, e organizam o espaço para a projeção. Tem como objetivo ofertar entretenimento, aumentar a afinidade entre os pacientes, desenvolver habilidades de negociação e organização do espaço coletivo. Realizado pelo Setor Masculino.

Momento Livre: Atividade comum aos dois setores de internação, que consiste em proporcionar ao paciente o exercício da escolha sobre o que fazer, diante da oferta de atividades semiestruturadas, tais como: música ambiente, jogos com bola, jogos de mesa (baralho, dominó e bozó e outros), pula-corda, desenho livre, entre outros. Esse momento, que ocorre duas vezes por dia (matutino, das 9h30min às 11h e vespertino, das 15h30min às 17h), coincide com os horários de visita de familiares e amigos, que são acolhidos pela equipe multidisciplinar. A atividade Momento Livre tem como objetivo favorecer a autonomia e a capacidade de decisão entre estar junto e estar só, realizar alguma atividade oferecida ou apenas descansar.

Projeto de Horta Orgânica e Ervas Medicinais e Terapêuticas - Atividade desenvolvida em grupo e comum aos setores de internação, que visa a promoção da saúde, bem estar e melhora do sofrimento mental, seja participando de forma ativa ou contemplativa no

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

contato com a natureza. Sob a supervisão dos profissionais envolvidos, propõe a preparação de canteiros e jardins, plantio e manejo de mudas e sementes, colheita, preparo e consumo dos alimentos produzidos, e também, a revitalização dos espaços disponíveis na instituição hospitalar, com o intuito de propiciar uma ambiência terapêutica, acolhedora e humanizada aos pacientes. Ainda, pretende-se que durante a atividade seja promovida a facilitação do vínculo entre os profissionais e os pacientes, que seja um momento de uma escuta ativa, o resgate de memórias afetivas e trocas de experiências, com foco no desenvolvimento ou reabilitação de habilidades psicomotoras.

7.2 Atendimentos Individuais Gerais

De acordo com a recomendação da PNH (BRASIL, 2007b), os profissionais das equipes multiprofissionais de saúde devem trabalhar de modo transdisciplinar, ou seja, articulando ações em conjunto de maneira corresponsável. Segundo Souza (2010), *“uma equipe transdisciplinar decorre, portanto de uma equipe que já se constitua interdisciplinar, pois o referencial ocorre no transcender da comunicação, do compromisso e do resultado decorrente desta forma de interação entre seus membros.”* Assim, em saúde mental, as especialidades não conseguem abarcar a complexidade do sofrimento psíquico de maneira isolada, demandando maior comunicação e integração entre os profissionais, que construirão, para cada paciente, uma condução terapêutica diferenciada.

Com exceção das avaliações específicas das categorias, a maioria das ações realizadas no cotidiano das Unidades ocorre no coletivo e podem ser conduzidas por qualquer profissional da equipe de referência. São elas:

- a) Acolhimento e avaliação do paciente, valorizando a escuta para reunir dados que possibilitem maior conhecimento do mesmo;
- b) Entrevista de anamnese com familiares do paciente com o objetivo de buscar informações relevantes de sua realidade pessoal, social, econômica, cultural e história de vida para subsidiar a conduta terapêutica da equipe;
- c) Promoção do vínculo entre paciente e equipe multidisciplinar;

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

- d) Condução e participação EM TODAS as atividades terapêuticas;
- e) Realização de visitas domiciliares, com a finalidade de conhecer o ambiente familiar e orientar a família sobre a continuidade do tratamento em serviços substitutivos, buscando reduzir as reincidências de internações;
- f) Acompanhamento de licenças terapêuticas, propostas como recursos terapêuticos adicionais, para pacientes em internação de longa permanência, trabalhando o vínculo e a aceitação dos familiares para a reinserção social do paciente;
- g) Cuidados na alta, realizando encaminhamento e acompanhamento do paciente para os serviços de referência: CAPS, CAPSAD, Policlínicas e Pronto Socorro Municipal, Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios e Programa de Saúde da Família. Tem por objetivo aumentar a adesão do usuário aos serviços substitutivos. Consiste em orientar os familiares ou responsáveis quanto à importância da atuação dos mesmos na adesão ou continuidade do tratamento (fora da internação). Também inclui contatos realizados com as Unidades de Referência em Saúde Mental para orientar aos profissionais dos serviços substitutivos no início do atendimento, bem como colher informações referentes ao caso;
- h) Acompanhamento de pacientes no retorno a sua residência, nos casos em que se julgarem necessários, inclusive os provenientes de outros municípios e Estados;
- i) Participação em comissões, qualificações (capacitações), palestras e eventos;
- j) Elaboração de relatórios multidisciplinares;
- k) Evolução obrigatória, no mínimo semanal, de **todos** os atendimentos realizados nos prontuários de cada paciente;
- l) Acompanhamento de pacientes em audiências e outros procedimentos judiciais;
- m) Facilitação do fluxo de faturamento dos prontuários, preenchendo todos os campos dos formulários, além de zelar para que os prontuários permaneçam no local determinado na instituição.
- n) Comunicação da alta aos familiares ou órgãos responsáveis (SMS, SMAS e outros) para garantir providências de retorno do paciente ao seu município de origem.
- o) Comunicação aos familiares e/ou responsáveis (e Sistema Judiciário, em caso de Internação Compulsória); os casos de fuga, comunicar os assistentes administrativos designados pela Diretoria Administrativa para que eles realizem Boletim de Ocorrência junto à Delegacia;

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

- p) Participação junto à equipe multidisciplinar da comunicação de óbito e tomar providências cabíveis que o caso requeira (seguindo protocolo de óbito);
- q) Sugestão de mudanças no ambiente hospitalar, quando necessário, contribuindo com a condução terapêutica;
- r) Encaminhamento para os outros profissionais da equipe, de pacientes que apresentarem sintomas ou questões específicas de outra área;
- s) Participação em ações de investigação social dos casos de pacientes sem referências familiares e sobre o próprio paciente, com registro em prontuário;
- t) Acompanhamento de atividades de estagiários de sua categoria profissional, conforme plano previamente acordado;
- u) Participação nas reuniões de equipe.

7.3 Atendimentos individuais específicos

Realizados diariamente por todas as categorias profissionais resguardadas suas especificidades, os atendimentos possuem o objetivo de acolher, fortalecer o vínculo, favorecer o tratamento através da escuta ativa, compilar dados e informações que contribuam para a avaliação do quadro atual e para formulação do PTS. Não se restringe às salas de atendimento, podendo ser realizado em qualquer lugar no espaço da instituição onde seja possível o estabelecimento da escuta.

7.4 Reuniões de Equipe

As reuniões de equipe deverão ser realizadas semanalmente, na sala da equipe dos setores da Unidade I. As reuniões possuem um caráter democrático, onde todos os profissionais têm direito à voz e sugestões, prevalecendo o posicionamento do coletivo quanto aos encaminhamentos, ao final das discussões. A referência utilizada pelo Projeto Terapêutico da Unidade I é a de equipe inter e transdisciplinar, conforme preconizada pela PNH (BRASIL, 2007b), não cabe à hierarquia entre os profissionais que a compõem, e sim a interlocução entre os mesmos e a condução coletiva.

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

Os encaminhamentos realizados nas reuniões devem ser respeitados por todos os profissionais, visando à coerência nas ações das equipes e evitando a fragmentação do cuidado aos pacientes. As reuniões ocorrem em dois momentos, no primeiro são repassadas e discutidas pautas administrativas, e no segundo momento ocorre à discussão dos casos clínicos, que pode contar ou não com a presença dos RTs. A participação desses na discussão dos casos estará vinculada a situações específicas que demandem suporte técnico que auxiliem na direção do tratamento. Os objetivos da reunião de equipe são:

- a) Discussão dos casos dos pacientes internados de maneira singular, considerando os aspectos sociais (suporte familiar, trabalho, condições socioeconômicas), hipóteses diagnósticas, vínculos entre os pacientes e profissionais da equipe;
- b) Espaço deliberativo quanto à condução terapêutica dos pacientes: a equipe quem define a permanência na internação bem como os critérios de alta, baseando-se na singularidade dos casos e no PTG;
- c) Elaboração e revisão do PTS;
- d) Organização e reavaliação das oficinas e atividades terapêuticas que constam no PTG;
- e) Ampliar a discussão entre as equipes dos setores da Unidade I quanto ao planejamento e realização das oficinas integradas;
- f) Dirimir dúvidas ou sugerir alterações das normas e rotinas da Unidade I e a forma como estão sendo implementadas;
- g) Constituir-se em fórum adequado de reflexão crítica dos servidores e de sugestões quanto ao funcionamento da instituição.

8. ALTA

O tratamento da pessoa com transtorno mental tem como finalidade permanente, contribuir com a reinserção familiar e social do paciente evitando hospitalizações prolongadas. O preparo da alta e a sua concretização, envolve etapas, como a pré-alta/licença terapêutica e a alta propriamente.

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

8.1 Pré-Alta e Licença Terapêutica

De especial interesse para as estratégias adotadas, o momento denominado **pré-alta** pode ser acompanhado de uma **licença terapêutica**, que consiste em uma saída temporária do paciente, autorizada pela Equipe e consentida em comum acordo pelo familiar, com o objetivo de manter um convívio prévio à alta, em um tempo variável entre dois a quatro dias, para verificar a adaptabilidade dos envolvidos à situação de alta.

8.2 Desinternação progressiva

Esta estratégia será utilizada para a reinserção familiar e/ou social de pacientes com transtornos mentais em conflito com a lei e em cumprimento de medida de segurança em regime de internação ou outras medidas terapêuticas. Tem como finalidade propiciar a desinstitucionalização do paciente, pois é comum que nesses casos ocorra uma internação de longa permanência, resistência no acolhimento ou mesmo abandono familiar. Essa modalidade de alta hospitalar se dará mediante a elaboração de PTS, análise do contexto familiar e social e serviços de saúde locais que possam dar aporte à continuidade do tratamento a nível ambulatorial, com a discussão do caso de forma intersetorial.

A equipe multiprofissional compreendendo a necessidade de uma adaptação gradativa entre a instituição hospitalar e meio familiar e/ou social poderá demandar ao Poder Judiciário autorização para as saídas que ocorrerão com agendamento prévio. Se alcançados os objetivos previstos no PTS a equipe multiprofissional encaminhará relatório ao juizado competente, com todas as informações, sugestões e encaminhamentos pertinentes ao caso.

8.3 Tipos, critérios, encaminhamentos e comunicação de alta

A alta deve considerar a natureza jurídica da internação: Voluntária, Involuntária e Compulsória, e deverá ser efetuada segundo os seguintes tipos:

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

- 1) **Alta Melhorada:** quando ocorrer melhora do quadro psiquiátrico mental do paciente, com a remissão dos sintomas que motivaram sua internação;
- 2) **Alta por outros motivos:** quando há um consenso da equipe na constatação de que a permanência do paciente na internação não caracteriza mais eficácia de tratamento ou mesmo se forem verificados efeitos antiterapêuticos em sua permanência na instituição;
- 3) **Alta por transferência:** ocorre quando o paciente necessitar de cuidados em outras unidades de saúde para tratamento de quadros clínicos específicos;
- 4) **Alta por evasão:** ocorre quando o paciente, apesar dos esforços da equipe, evade-se da Unidade por 48 horas. Atribui-se mediante realização de Boletim de Ocorrência, que deve ser feito imediatamente após a constatação da fuga. Nos casos de medidas judiciais (medidas de segurança) será feito um relatório da equipe multidisciplinar sobre a ocorrência e encaminhado ao Setor Jurídico do CIAPS Adauto Botelho para providências.

A alta hospitalar será discutida em equipe na forma de estudo de caso em que serão consideradas as seguintes condições como critério:

- Remissão significativa dos sintomas;
- Juízo crítico melhorado em relação à patologia e ao tratamento;
- Rede de atenção à Saúde mental e suporte familiar favorável;
- Quando a equipe de referência constata a não eficácia do tratamento oferecido pela instituição ou mesmo efeitos antiterapêuticos decorrentes da permanência na internação.

As altas serão anotadas segundo as nomenclaturas constantes da normatização do Sistema de Faturamento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH do Ministério da Saúde. Havendo a alta, o **paciente será** encaminhado para a RAS (Rede de Atenção à Saúde) e RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), tais como: CAPS AD, CAPS I, CAPS II e Policlínicas que disponham de tratamento em saúde mental, conforme área de abrangência da residência do usuário. Nos casos que o paciente resida em outro município será orientado a buscar o serviço junto a Secretaria de Saúde de origem. No

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

caso de pacientes em medida de segurança, será feito um estudo prévio dos serviços de saúde existentes na RAS, junto com a EAP para esse encaminhamento e informado no ato da alta por desinternação ao juizado competente.

Caso o paciente resida em Cuiabá e área metropolitana, estabelece-se um período de até 48 (quarenta e oito) horas para a família providenciar seu retorno; já em relação aos pacientes oriundos do interior do Estado, estabelece-se um prazo de até 72 (setenta e duas) horas após a comunicação da alta à família e/ou ao Município de origem, a fim de providenciar o retorno do paciente. A equipe deve considerar fatores associados ao eventual descumprimento destes prazos (por exemplo, recusa em colaborar informações ou contato, interpor dificuldades tidas como excessivas para a remoção, ou mero e simples descaso ou abandono), para tomar a decisão de acionar a Assessoria Jurídica, que se responsabilizará por realizar a denúncia junto ao Ministério Público, pelos motivos cabíveis, tendo em vista o sofrimento mental gerado para o paciente pela circunstância de permanecer internado desnecessariamente. Aquele prazo será estendido quando se fizerem comprovados motivos de força maior, tais como: declaração de estado de calamidade pública ou isolamento devido a fatores climáticos (inundações, obstrução do tráfego rodoviário).

A orientação será feita aos familiares ou responsáveis pelo paciente, visando garantir a continuidade do tratamento, ressaltando a importância da participação familiar para sua reabilitação. A equipe deve ainda detalhar, em evoluções no prontuário, as razões da alta concedida, encaminhamentos realizados, medicação de alta, e outras informações relevantes para o entendimento do caso. Na alta, serão liberados medicamentos de acordo com a disponibilidade da Farmácia do CIAPS Adauto Botelho.

9 PROTOCOLOS PARA INTERCORRÊNCIAS

Para atender a determinadas intercorrências durante o tempo da internação do paciente, foram elaborados protocolos/fluxos para regular e referendar técnica e administrativamente a atuação dos profissionais e das equipes e gestores em cada situação. São ações específicas, descritas internamente para atos de cuidados e/ou providências funcionais, burocráticas ou legais pertinentes aos cuidados e direitos dos

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho
pacientes internados: fluxo de evasão, agressão/notificação e fluxo de óbito, disponíveis
na administração e nos Setores da Unidade.

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

10 BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMORIM, T. M.; CUTIARO, R. C. S. D. A contribuição da equipe multidisciplinar do Pronto Atendimento do CIAPS Adauto Botelho para efetivação da Lei 10.216 no Estado de Mato Grosso. **II EXPOVIGI/MT**, Cuiabá/MT, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIA OCUPACIONAL. **Definições de Terapia Ocupacional**. In; Seção de pós-graduação das Faculdades Salesianas de Lins. Lins, 2003. Disponível em: http://www.salesianolins.br/areaacademica/materiais/posgraduacao/Livro_TO/DefinicoesTO.pdf

BLATT, C. R.; CAMPOS, C. M. T.; BECKER, I. R. T. **Armazenamento e Distribuição de Medicamentos**. Apostila, Santa Catarina, UFSC: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. **Lei n. 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^a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

BRASIL. **Portaria n. 469, de 06 de abril de 2001**. Altera a sistemática de remuneração dos procedimentos de internação em hospital psiquiátrico e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2001/GM/GM469RP.htm>

BRASIL. **Portaria n. 251**, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>

BRASIL. **Portaria n. 2.391, de 26 de dezembro de 2002**. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/15791.html>

BRASIL. **HumanizaSUS, Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico**, Brasília/DF, 2004 a.

BRASIL. **Portaria n. 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html

BRASIL. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição**, Brasília/DF, 2004c.

BRASIL. **Clínica ampliada e compartilhada**, Brasília/DF, 2007a.

BRASIL. **Portaria 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2007b
Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 18 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**, Brasília/DF, 2007c.

BRASIL. **Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

BRASIL. **Portaria n. 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). Ministério da Saúde/GM. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. **Portaria. 148, de 31 de janeiro de 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Ministério da Saúde/GM. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

BEZERRA, D. S. **O lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica brasileira: política e Psicanálise oito anos após a Lei 10.216**. Curitiba, PR: CRV, 2013. 109 a 118 p.

CIAPS. Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho. **Portaria Interna n. 043 de 01 de agosto de 2014**. Normatiza o Centro de Atenção a Crise. 2014.

CIAPS. Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho. **Portaria Interna n. 007 de 09 de julho de 2018**. Institui o Núcleo de Educação Permanente no CIAPS Adauto Botelho com a finalidade de capacitar os servidores em Saúde Mental, como também, fortalecer as diretrizes e estratégias para a execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito do CIAPS Adauto Botelho. 2018a

CIAPS - Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho. **Portaria Interna n. 018 de 05 de novembro de 2018**. Cria a Unidade de Atenção à Crise na Unidade I, do CIAPS Adauto Botelho. 2018.

CIAPS - Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho. **PROJETO TERAPÊUTICO GLOBAL**, Unidade3, Cuiabá/MT, 2019a.

CIAPS - Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho. **Portaria Interna n. 019 de 19 de agosto de 2019**. Aprova no âmbito do CIAPS Adauto Botelho – Unidade I a alteração do nome da Unidade de Atenção à Crise - UNAC para Setor de Acolhimento à Crise – SEAC. 2019b.

CIAPS - Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho. **PROJETO TERAPÊUTICO GLOBAL**, Unidade3, Cuiabá/MT, 2020. RH/CIAPS AB, 2020.

CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Ficha de cadastro**. 2019. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=5103402604396 acesso em 30/04/21

COFEM. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. **Diário Oficial da União**: 10 mai 2012.

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

DURANES, A.; GONÇALVES, M. **Farmácia Hospitalar: Conceito, Objetivos, Atribuições, Estrutura Física e Sistemas de Distribuição de Medicamentos.** Aula Residências Saúde, 2017.

ELIA, Luciano. A Construção da Rede da Atenção na Saúde Mental – articulações entre CAPS e Ambulatórios. In: **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/caminhos.pdf acesso em 25/06/2021.

ELIA, L.; COSTA, R.; PINTO, R. F. Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (Org). **Psicanálise, Clínica e Instituição.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 129-135.

FOCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiros, 1991.

MARCOLAN, J. F. **A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica.** São Paulo: edição do autor, 2004. 266 p.

MATO GROSSO. **Lei n. 6.191, 10 de março de 1993.** Institui a carreira dos profissionais do sistema único de saúde – SUS da Secretaria de Estado de Saúde – SES do poder Executivo do Estado de Mato Grosso e dá outras providências. Poder Executivo.

MATO GROSSO. **LEI COMPLEMENTAR n. 441, 24 de outubro de 2011.** Institui a carreira dos profissionais do sistema único de saúde – SUS da Secretaria de Estado de Saúde – SES do poder Executivo do Estado de Mato Grosso e dá outras providências. Poder Executivo.

MATO GROSSO. **LEI COMPLEMENTAR n. 465 de 28 de maio de 2012.** Dispõe sobre a criação da Lei Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental e dá outras providências.

MATO GROSSO. **PORTARIA N. 058, 07 DE MAIO DE 2014.** Cria a central de vagas do CIAPS Adauto Botelho e Normatiza a Regulação de Leitos de Internação Psiquiátrica em Consonância com as Portarias Ministeriais. Diário Oficial: Cuiabá, MT, n. 26288, p. 30, 12 mai. 2014.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KHON, R. (orgs). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENDONÇA, T. C. P. **As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação.** 2005, acesso em <http://bases.bireme.br/cgi->

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nex
tAction=Ink&exprSearch=480534&indexSearch=ID

OLIVEIRA, A. G. B. **Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica**. Cuiabá: EdUFMT, 2005.

PINTO, R. F. **CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. 2005. 87 p. Dissertação (Mestrado em Tratamento e Prevenção Psicológica). Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, 2005.

ROSA, M.B.; GOMES, M.J.V.M.; REIS, A.M.M. Abastecimento e Gerenciamento de Materiais. In: GOMES, M.J.V.M.; REIS, A.M.M. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SCHRADER, F. A. T.; SILVA, M. A. Saúde Mental em Movimento: programa de saúde mental de Cuiabá-MT. **Coletânea de Enfermagem**, jan./jun., 1999. p. 43-44.

SILVA, V. F. S. **Há uma porta do hospital que só abre pelo lado de dentro: tecendo redeem saúde mental**. Comunicação oral. Primeiro Encontro Integrado de Psicologia em Matogrosso, 2011.

SOUZA, L. G. **Equipes de saúde mental: uma proposta para gestores**. 2010. ---p. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação Lato-Sensu em Administração de recursos Humanos) – Fundação Armando Alvares Penteado, São José dos Campos, 2010.

11. APÊNDICES

11.1 Formulário PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

Projeto Terapêutico Singular

1. IDENTIFICAÇÃO		
Paciente:		Idade:
Internado em ____/____/____	Internação () Involuntária () compulsória	
Hipótese Diagnóstica:	Risco de institucionalização () Sim () Não () A avaliar	TR: Data:
2. Principais aspectos da trajetória de vida e história do adoecimento psíquico		
3. Dados do núcleo familiar e/ou rede de apoio social		
4. Demanda (pedido manifesto do usuário/família)		
5. Diagnóstico situacional (necessidades/demandas identificadas pela equipe, vulnerabilidades, fatores de risco e fatores de proteção, objetivos de curto, médio e longo prazo)		
6. Ações clínicas já realizadas (inclusive as mal-sucedidas)		

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

7. Cronograma de metas (atribuição de tarefas para o técnico de referência, paciente e familiares / responsáveis legais / participantes da rede de apoio sócio-afetivo do paciente)

DATA	TAREFA/META	RESPONSÁVEL	PRAZO	REALIZADA EM

8. Avaliação – APGAR familiar (1ª no dia do PTS, demais após metas de curto, médio e longo prazo)

Data:

DESCRIPTOR	ESCALA
1. Adaptação (Os familiares são capazes de oferecer recursos próprios em situações de conflito ou risco?)	(4) sempre (3) quase sempre (2) algumas vezes (1) raramente (0) nunca
2. Companheirismo (A comunicação entre os familiares é recíproca e efetiva na resolução de problemas?)	(4) sempre (3) quase sempre (2) algumas vezes (1) raramente (0) nunca
3. Desenvolvimento (Os familiares são capazes de intercambiar papéis e funções, e fazer renúncias ou concessões quando necessário?)	(4) sempre (3) quase sempre (2) algumas vezes (1) raramente (0) nunca
4. Afetividade (Existe proximidade entre os familiares, as interações são equilibradas e saudáveis?)	(4) sempre (3) quase sempre (2) algumas vezes (1) raramente (0) nunca
5. Capacidade resolutiva (os familiares são proativos em tomada de decisões em favor do paciente, na resolução de problemas e enfrentamento de conflitos / problemas?)	(4) sempre (3) quase sempre (2) algumas vezes (1) raramente (0) nunca
SCORE / Classificação 01 a 08 – elevada disfunção familiar 09 a 12 – moderada disfunção familiar 13 a 20 – boa funcionalidade familiar	

Data:

DESCRIPTOR	ESCALA
1. Adaptação (Os familiares são capazes de oferecer recursos próprios em situações de conflito ou risco?)	(4) sempre (3) quase sempre (2) algumas vezes (1) raramente (0) nunca
2. Companheirismo (A comunicação entre os familiares é recíproca e efetiva na resolução de problemas?)	(4) sempre (3) quase sempre (2) algumas vezes (1) raramente (0) nunca
3. Desenvolvimento (Os familiares são capazes de intercambiar papéis e funções, e fazer renúncias ou concessões quando necessário?)	(4) sempre (3) quase sempre (2) algumas vezes (1) raramente (0) nunca
4. Afetividade (Existe proximidade entre os familiares, as interações são equilibradas e saudáveis?)	(4) sempre (3) quase sempre (2) algumas vezes (1) raramente (0) nunca
5. Capacidade resolutiva (os familiares são proativos em tomada de decisões em favor do paciente, na resolução de problemas e enfrentamento de conflitos / problemas?)	(4) sempre (3) quase sempre (2) algumas vezes (1) raramente (0) nunca
SCORE / Classificação 01 a 08 – elevada disfunção familiar 09 a 12 – moderada disfunção familiar 13 a 20 – boa funcionalidade familiar	

9. Conclusões e Encaminhamentos: Ações tiveram êxito?

- () SIM – encerrar PTS
() NÃO – Listar motivos e realizar novo PTS

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho
TUTORIAL – Informações do PTS

Campo 1 - IDENTIFICAÇÃO – Como o PTS é parte constante do Prontuário do paciente, as informações de identificação são reduzidas:

Paciente: <i>Nome completo do paciente</i>		Idade: <i>à data do PTS</i>
Internado em: <i>data da internação no setor</i>	Internação () Involuntária () compulsória <i>Conforme assinalado na admissão</i>	
Hipótese Diagnóstica: <i>conforme prevista na atual internação</i>	Risco de institucionalização () Sim () Não () A avaliar	TR: <i>técnico de referência</i> Data: <i>da realização do PTS</i>

Campo 2. Principais aspectos da trajetória de vida e história do adoecimento psíquico

- *Relato dos principais aspectos da vida e do convívio com o transtorno mental que justificam a necessidade de um PTS*
- *Preferencialmente deve ser redigido em tópicos, com frases curtas e pontuais (relato mais extenso já constará do prontuário)*

Campo 3. Dados do núcleo familiar e/ou rede de apoio social

- *Identificação do núcleo familiar, de apoio psicossocial ou responsável legal: nome, parentesco (ou tipo de relação com o paciente) e contato (telefônico ou telemático)*

Campo 4. Demanda (pedido manifesto do usuário/família)

- *Qual ou quais são as pretensões do paciente e de seu núcleo familiar / de apoio psicossocial ou representante legal, declaradas e/ou presumidas pela equipe*

Campo 5. Diagnóstico situacional (necessidades/demandas identificadas pela equipe, vulnerabilidades, fatores de risco e fatores de proteção, objetivos de curto, médio e longo prazo)

- *Razões pelas quais o PTS é necessário: demandas do paciente, particularidades, dificuldades não manejáveis apenas pelas ações do PTG, instituições parceiras no PTS (associações de bairro, MP, Defensoria, etc), quais fatores facilitam e quais dificultam a situação do paciente, objetivos a alcançar em curto, médio e longo prazo pela equipe)*

Campo 6. Ações clínicas já realizadas (inclusive as mal-sucedidas)

- *Ações já realizadas antes da internação (por outras instituições) ou mesmo durante a internação em outro setor, inclusive as que não foram concluídas ou não foram bem sucedidas, e*

Secretaria Adjunta de Unidades Especializadas
Superintendência do CIAPS Adauto Botelho

as razões do eventual resultado negativo – ou seja, o que evitar fazer ou prever no cronograma de metas)

Campo 7 - Cronograma de metas (atribuição de tarefas para o técnico de referência, paciente e familiares / responsáveis legais / participantes da rede de apoio sócio-afetivo do paciente)

- *Detalhar os objetivos de curto, médio e longo prazo do campo 4 em ações objetivas, com identificação do(s) servidor(es) responsável(eis) e prazo proposto para sua realização, bem como identificar quando foi efetivamente realizada*

Campo 8 - Avaliação – APGAR familiar (1ª no dia do PTS, demais após metas de curto, médio e longo prazo)

- *O instrumento deve ser preenchido e avaliado em reunião de equipe*
- *A primeira avaliação deve ser feita no dia da construção do PTS*
- *A segunda avaliação deve ser feita após consecução de objetivos de curto, médio ou longo prazo, OU quando se concluir que as ações detalhadas no campo 6 não puderam ser realizadas ou foram mal sucedidas*

Campo 9 - Conclusões e Encaminhamentos

- *Se na 2ª avaliação da equipe houver a conclusão de que os objetivos alcançaram êxito, assinale SIM e o PTS será encerrado*
- *Caso contrário, assinale NÃO, e a equipe deve identificar e relacionar os fatores que impediram a consecução dos objetivos, quais objetivos não foram alcançados e/ou quais ações não puderam ou não foram bem sucedidas e seus motivos*
- *No caso de assinalar NÃO, um novo PTS deve ser imediatamente planejado e um novo formulário PTS deve ser preenchido*
- *A dinâmica se repete até a alta do paciente*