

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE (Ead)– PÓLO PALMEIRA DAS MISSÕES/RS**

Marília Pinto Bianchini

**ATUALIZAÇÃO DO FLUXO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS COM
LEITOS INTEGRAIS DE SAÚDE MENTAL NA 15ª CRS: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Palmeira das Missões, RS, Brasil

2015

Marília Pinto Bianchini

**ATUALIZAÇÃO DO FLUXO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS COM LEITOS
INTEGRAIS DE SAÚDE MENTAL NA 15ª CRS:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho final de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (Ead), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), Pólo Palmeira das Missões, como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Vianna Martins

Palmeira das Missões, RS, Brasil.

2015

Marília Pinto Bianchini

**ATUALIZAÇÃO DO FLUXO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS COM LEITOS
INTEGRAIS DE SAÚDE MENTAL NA 15ª CRS:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho final de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (Ead), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), Pólo Palmeira das Missões, como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

Aprovado em 25 de novembro de 2015:

Ricardo Vianna Martins, Dr. (UFSM)

Danusa Begnini, Ms. (UFSM)

Susane Flôres Cosentino, Dra. (UFSM)

Palmeira das Missões, RS
2015

RESUMO

ATUALIZAÇÃO DO FLUXO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS COM LEITOS INTEGRAIS DE SAÚDE MENTAL NA 15ª CRS:

RELATO DE EXPERIÊNCIA

AUTORA: Marília Pinto Bianchini

ORIENTADOR: Ricardo Vianna Martins

A Rede de atenção Psicossocial (RAPS) é composta por diferentes pontos de atenção que vão desde a atenção primária em saúde até níveis de maior complexidade e densidade tecnológica como os Hospitais. A atividade de coordenação da Política de Saúde Mental da 15ª CRS inclui o trabalho de articulação entre os diferentes atores e pontos de atenção da RAPS regional, o qual possibilita a detecção e o trabalho sob os nós da rede que incidem sobre a qualidade e a coordenação do cuidado ofertado. Desta forma, este relato de experiência versa sobre a construção de um documento referência para o fluxo de internação em hospital com leito integral em saúde mental na região de abrangência da 15ª CRS. Este documento nasceu da percepção da falta de padronização dos fluxos de referência e contra-referência no encaminhamento de usuários para acesso ao cuidado intensivo em ambiente hospitalar. Enquanto intervenção proposta a partir de um nó crítico de rede identificado, o documento elaborado presta-se a contribuir para a coordenação do cuidado e para a garantia da integralidade da atenção em saúde mental regional.

Palavras-chave: Rede de Atenção Psicossocial. Internação hospitalar em saúde mental. Fluxo de atenção. Referência e contra-referência.

ABSTRACT

UPDATING THE ADMISSIONS FLOW IN HOSPITALS WITH WHOLE BEDS OF MENTAL HEALTH IN 15^a CRS: EXPERIENCE REPORT

AUTHORESS: Marília Pinto Bianchini

MASTERMIND: Ricardo Vianna Martins

The Psychosocial Care Network (PSCN) is composed of different attention points ranging from primary health care to higher complexity and technological density level health care as the Hospitals. The operation of coordination of the Mental Health Policy of the 15^a CRS include creating a link between the different actors and points of attention of the regional PSCN, which allows the detection and the work under the network nodes which affect the quality and coordination of offered care. Thus, this experience report is about the construction of a reference document for the hospitalization flow with full bed in mental health in the region covered by the 15th CRS. This document was created from the perception of lack of standardization of reference and counter-referral flows in the routing of users for access to intensive care in hospital. As a proposed intervention from a critical network node identified, the elaborate document lends itself to contribute to the coordination of care and the guarantee of the integral attention in regional mental health.

Keywords: Psychosocial Care Network. Hospitalization in mental health. Flow of attention. Reference and counter-reference.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
2. DESENVOLVIMENTO	9
2.1 ATUALIZAÇÃO DO FLUXO: CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO	9
3. CONCLUSÃO	12
REFERÊNCIAS:	13
ANEXOS	15

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira configura-se como um movimento político e social complexo. Pressupõe não somente o fechamento dos manicômios associado, paralelamente, à criação e construção de serviços substitutivos aos mesmos, mas à efetiva construção de novas formas de cuidar daqueles que são acometidos por sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 2006).

Concordando com esta idéia, Amarin e Dimenstein (2009) reiteram que a Reforma Psiquiátrica Brasileira opera na direção da construção novos paradigmas políticos, sociais e epistemológicos e da desconstrução da cultura que discrimina, violenta e aprisiona a loucura. Assim, pressupõe a “desconstrução da realidade manicomial – para além da ‘queda dos muros manicômias’ em seu sentido físico” (p.197).

O Estado do Rio Grande do Sul foi uns dos pioneiros da luta antimanicomial. Sua Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica (Lei nº9716/1992) coloca-se no cenário das políticas públicas nove anos antes a Lei Nacional 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Ambas as legislações vislumbram uma perspectiva de cuidado em território, pautada sobre a ótica do cuidado em liberdade e orientada por um modelo de atenção centrado na garantia dos direitos dos usuários de saúde mental.

A nova configuração do cuidado exige a criação de novos espaços/serviços de atenção à saúde. É nesta lógica que surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) instituídos pela Portaria nº 224 (BRASIL, 1992). Mais tarde, a Portaria nº 336 (BRASIL, 2010) normatiza os CAPS definindo-os como serviços especializados destinados ao cuidado de usuários com sofrimento psíquico intenso, localizados no nível secundário da atenção e estratificados entre si de acordo com a população atendida. Ainda que possam ser considerados os “carros-chefe” da Reforma Psiquiátrica, vale destacar que os mesmos são previstos apenas para municípios com população superior a 20.000 habitantes.

No entanto, o Ministério da Saúde, ciente das fragilidades na organização de seu sistema público de saúde que resultavam em lacunas assistências importantes, gastos crescentes, gestão inadequada de recursos e de pessoal lança a Portaria nº 4.279 que institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as definem como

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010, p.4)

Acrescenta-se que, para além da conformação dialógica entre os pontos de atenção, acredita-se que é a rede (de familiares, de profissionais, de organizações governamentais e não-governamentais, entre outras) que “acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências” (BRASIL, 2004, p.11).

Pensando nisso, na saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) começa a ser desenhada com a Portaria 3.088 (BRASIL, 2011). A RAPS objetiva ampliar o acesso à atenção em saúde mental e qualificar o cuidado ofertado mediante a articulação e integração contínua entre os pontos da rede. Ela é composta pelos serviços da atenção básica, serviços especializados como os CAPS, pontos de atenção a urgências e emergências, pontos de atenção de caráter residencial transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Vale destacar que a RAPS, assim como a RAS de um modo geral, se configura e se efetiva de diferentes formas, contando com mais ou menos pontos de atenção de acordo com o território onde se faz presente. Ainda, o Sistema Público de Saúde é composto por diferentes atores e esferas de gestão, estando as responsabilidades (de gestão e assistência) compartilhadas entre os entes federativos (estados, municípios e União). Assim, apesar da existência de portarias e lei vigentes que delimitam a forma do cuidado ofertado, cada território é único, havendo uma multiplicidade de formas de organização das redes.

Neste sentido, este trabalho versa sobre um processo de organização e coordenação do cuidado da RAPS regional da 15ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (15ª CRS). Esta se configura como uma instituição descentralizada da Secretaria Estadual de Saúde localizada no território da 20ª Região de Saúde – Rota da Produção. Conta com uma responsabilidade sanitária sobre 161.508 habitantes (IBGE, 2010) e, enquanto instância pertencente à gestão estadual da saúde, é responsável pelo acompanhamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde nos 26 municípios de sua região administrativa.

Essencialmente caracterizada por municípios de pequeno porte, onde 80% dos municípios têm população inferior a 10.000 habitantes (IBGE, 2010), a região de abrangência da 15ª CRS possui proporção de cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da família estimada em 93,42% (DAB, 2015). Em relação à RAPS, a região possui 1 CAPS, tendo apenas mais um município com capacidade populacional para implantação deste tipo de serviço. Além disso, conta com três Hospitais de referência para o cuidado intensivo em saúde mental, totalizando 45 leitos integrais em saúde mental na região. Esta configuração faz com que a RAPS regional seja predominantemente marcada pela oferta de cuidado no nível primário de atenção (nas Estratégias de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde,

Núcleos de Apoio à Atenção Básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Oficinas Terapêuticas, entre outros) e nível terciário (hospitais).

Este desenho de RAPS é uma das justificativas que podem ajudar a entender o porquê de o Hospital com leito integral em saúde mental configurar-se como um ponto de atenção bastante utilizado e, sob certo aspecto, central nesta rede. Apesar de a região contar com mais de 500% acima da quantidade de leitos hospitalar estipulados pela população residente – 1 para cada 23 mil habitantes (BRASIL, 2012), as taxas de ocupação mensal são superiores a 80%, o que reitera a sua importância e centralidade nesta conformação.

A expressiva demanda pelo acesso ao cuidado intensivo em ambiente hospitalar exige sua ordenação, no sentido de otimizar a prestação da assistência no tempo certo, da forma certa, concernente às demandas dos usuários. Com isso, este relato de experiência teve como objetivo apresentar como se deu a construção e elaboração do documento de atualização do fluxo para as internações em saúde mental nos Hospitais com leitos integrais em saúde mental da 15ª CRS (ANEXO I). O documento visa ofertar aos municípios da 20ª Região de Saúde maior clareza quanto ao fluxo assistencial em saúde mental bem como aprimorar a coordenação do cuidado e, conseqüentemente, e integralidade da atenção.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 ATUALIZAÇÃO DO FLUXO: CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO

A inserção da autora no trabalho de Coordenação da Política de Saúde Mental da 15ª CRS deu-se em agosto de 2014, após a saída da profissional que ocupava cargo até então. Desta forma, a entrada no serviço ocorreu no meio de uma caminhada já iniciada. O processo de trabalho enquanto gestora da política a nível regional previa, por exemplo, a organização dos Fóruns de Saúde Mental ¹e a participação em reuniões de rede² com os Hospitais com leitos integrais em saúde mental da Região, ainda que não houvesse um grupo condutor da RAPS oficialmente constituído. No primeiro semestre de trabalho, aconteceram dois Fóruns de Saúde Mental e duas reuniões com os Hospitais.

¹ Espaços de educação permanente com periodicidade trimestral, cujo público-alvo são os profissionais dos serviços públicos de saúde que compõe a rede de atenção psicossocial regional.

² Espaço de organização e pactuação dos fluxos de acesso ao cuidado intensivo em saúde mental na 15ª CRS.

Além disso, a participação em reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR)³, em discussões de caso com os municípios da região e outros espaços de discussão e planejamento da Política de Saúde Mental, possibilitaram uma melhor visualização das necessidades regionais na área.

Era notório, por exemplo, que o ponto de atenção hospitalar era bastante requisitado assim como seu acesso não necessariamente respeitava um fluxo de atenção claro e único. Apesar de haver certa regulamentação pela 15ª CRS para o acesso aos leitos, situações como o deslocamento do usuário até o Hospital sem haver vaga disponível e regulada para o mesmo, fora dos horários e dias combinados bem como negativas de acesso a urgência e emergência de alguns serviços pelo fato do usuário apresentar sofrimento psíquico intenso evidenciavam a multiplicidade das condições de acesso aos leitos.

Em relação à atenção à crise, observava-se que, com frequência não desprezível, nem sempre a solicitação por internação em leito integral de saúde mental possuía justificativa técnica e se incluía dentro de um plano terapêutico singular no contexto de cuidados do usuário. Enquanto estratégia de cuidado utilizada como primeiro e, repetidamente, único recurso terapêutico, isolada de outras intervenções no território, muitas das internações em leito integral de saúde mental tornavam-se não resolutivas, implicando em um percentual expressivo de reinternações em curto espaço de tempo.

Além disso, os relatórios sobre as internações que chegavam até a coordenadoria⁴ apresentavam falhas como a carência de dados, informações inconsistentes e/ou incompletas, falta de padronização das contra-referências, entre outros. Todo este cenário evidenciava nós na rede de atenção que implicavam em entraves na efetivação da linha de cuidado.

Para melhorar a atenção e garantir o cuidado no tempo certo, era necessário reorganizar os fluxos de encaminhamento ao cuidado intensivo em saúde mental. Neste caminho, a atualização do documento do Fluxo para as internações em saúde mental nos Hospitais com leitos integrais em saúde mental da 15ª CRS mostrou-se como estratégia importante de padronização e coordenação do cuidado. Apesar de não estar sendo utilizado na maioria dos casos, havia um documento anterior estabelecendo algumas diretrizes para o acesso ao cuidado intensivo em saúde mental na 15ª CRS, no entanto, o mesmo encontrava-se desatualizado e, com isso, não mais respondia às demandas atuais.

³ Instância de pactuação regional da saúde, com reuniões mensais entre a Coordenadoria de Saúde e os municípios da região representados por seus secretários de saúde.

⁴ Por combinação anterior ocorrida entre a 15ª CRS e os Hospitais com leitos em saúde mental de sua região de abrangência, os prestadores enviavam relatórios sobre as internações ocorridas no último período, geralmente sob a forma de cópias dos documentos de contra-referência encaminhados aos municípios de origem do usuário após a internação.

A partir destas constatações, o documento de atualização começou a ser pensado. Algumas respostas para os questionamentos que com frequência apareciam nos espaços de diálogo (CIR, fóruns de saúde mental, entre outros) começaram a ser descritas em forma de documento orientador baseado nas leis vigentes. O mesmo passou pelos diferentes setores da Coordenadoria de Saúde, como o Departamento de Ações em Saúde e Setor de Planejamento, na tentativa de garantir sua composição e adequação às demandas regionais. Ainda, foi encaminhado ao profissional na Coordenação Estadual de Saúde Mental que à época prestava apoio à 15ª CRS. Também foram realizadas reuniões com os Hospitais de Referência em Saúde Mental da região onde o documento foi apresentado, debatido, desconstruído e reapresentado em sua versão final.

O documento aborda questões referentes à regulação dos leitos de saúde mental, o fluxo das internações em saúde mental na 15ª CRS, destaca alguns pontos de dúvida recorrentes dos municípios e prestadores e traz considerações sobre a organização da RAPS regional. Por último, anexa o “Guia de Contra-referência para internação hospitalar em saúde mental” (ANEXO I) e o “Guia de contra-referência – internação em saúde mental” (ANEXO II), ambos pactuados para serem entregues pelo Hospital prestador ao município de origem do usuário na ocasião da alta e o “Documento de Referência para encaminhamento de usuário à internação em leito integral de saúde mental da 15ª CRS” (ANEXO III), a ser preenchido pelo município de origem e entregue ao Hospital de referência na ocasião da internação.

Ao final deste processo de elaboração, o documento de atualização foi apresentado em uma reunião da Comissão Intergestores Regional, onde foi solicitado que os Secretários Municipais de Saúde retornassem aos seus municípios e trabalhassem com suas equipes a nova padronização dos processos de encaminhamentos e acompanhamentos das internações de usuários de saúde mental. Ainda, foi enviada cópia impressa a todos os serviços que compõe a RAPS regional (Centro de Atenção Psicossocial, Núcleos de Apoio à Atenção Básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Oficinas terapêuticas e Estratégias de Saúde da Família em municípios onde não havia um serviço específico de saúde mental).

O processo de padronização do fluxo assistencial construído prevê, ainda, a visita sistemática de apresentação e discussão de documento em cada município da região. No entanto, até o presente momento, apenas três municípios puderam ser visitados in loco. Destaca-se que nestes municípios o documento foi recebido positivamente e já está fazendo parte do processo de cuidado em saúde mental municipal. Ademais, pretende-se trabalhá-lo junto aos pontos de atenção nos fóruns de saúde mental e continuar ocupando os espaços da CIR e outros para acompanhar e monitorar sua implantação.

3. CONCLUSÃO

Enquanto estratégia de construção coletiva do cuidado baseada na articulação micropolítica nos espaços de encontro junto aos pontos da rede de atenção, o documento de atualização do Fluxo para internação em hospital com leito integral em saúde mental mostra-se como ferramenta importante da RAPS regional que guarda potencial intrínseco de contribuição à garantia da integralidade da atenção.

Ainda que falte maior acompanhamento, monitoramento e avaliação de sua utilização, a padronização dos fluxos implica em uma melhor coordenação e clareza sobre o acesso ao cuidado intensivo, contribuindo para a garantia e proteção dos direitos dos usuários de saúde mental.

Por fim, vale ressaltar que, apesar da padronização do acesso aos leitos integrais em saúde mental da 15ª CRS ser construída a partir de um lugar que diz sobre uma certa configuração de rede particular, o documento de atualização pode ser replicado e adaptado a outros contextos.

REFERÊNCIAS:

AMORIM, A. K. M. A; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p.195-204. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a25v14n1.pdf>> 2009. Acesso em: 06 dez. 2015.

BRASIL. Portaria SAS/MS 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília, DF, 1992. Disponível em: < <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>>. Acesso em 10 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde 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. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 10 ago. 2015

_____. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria nº4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em 12 ago. 2015.

_____. 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. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.jan.12/Iels01/U_PT-MS-GM-3088-REP_231211.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Portaria nº 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 outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF, 2012. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em 06 dez. 2015.

_____. **Decreto** n. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm >. Acesso em 20 set. 2015.

DAB. Histórico de Cobertura da Saúde da Família, outubro de 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 07 dez. 2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2010**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>. Acesso em 10 de outubro de 2015.

OLIVEIRA, A. G. B.; VIEIRA, M. A. M.; ANDRADE, S. M. R. **Saúde mental na saúde da família**: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água, 2006.

ANEXOS

ANEXO A

FLUXO PARA INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL NOS HOSPITAIS COM LEITOS INTEGRAIS EM SAÚDE MENTAL- 15ª CRS

Este documento foi elaborado pela equipe técnica da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde e presta-se a atualizar o fluxo de encaminhamentos de internações integrais em saúde mental na região. O mesmo pauta-se pelos princípios do SUS, da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, respaldado pela legislação vigente. Objetiva ofertar maior clareza quanto ao fluxo assistencial em saúde mental e aprimorar a coordenação do cuidado, além de aparar as arestas que ainda persistem e limitam a integralidade da atenção e a efetivação da garantia dos direitos dos usuários acometidos por sofrimento psíquico.

REGULAÇÃO HOSPITALAR EM SAÚDE MENTAL*

A regulação no setor da saúde é uma ação complexa e compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias. Dentre elas, a identificação de protocolos clínicos e fluxos assistenciais, a gestão de caso, além do monitoramento e avaliação das referências, as quais são fundamentais para a otimização da capacidade instalada e garantia do acesso aos serviços.

A maioria das situações clínicas em saúde mental é passível de ser identificada e adequadamente manejada em centros de saúde regionalizados: Unidades Básicas de Saúde – UBS, Estratégias de Saúde da Família – ESF, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios, além de Pronto Atendimentos- PAs, Núcleos de Apoio à Atenção Básica – NAABs. É importante que cada município estabeleça fluxos de atenção à crise em saúde mental, estabelecendo corresponsabilização do cuidado entre diferentes profissionais e serviços.

Entretanto, existem algumas situações de emergência em saúde mental que necessitam de abordagem em ambiente hospitalar. A justificativa para uma internação é a existência de uma crise que coloque a pessoa em situação de risco. Esta deve ser realizada

preferencialmente em hospital geral, visando uma permanência breve, com rápido retorno à comunidade de origem, buscando a continuidade terapêutica nos serviços de saúde e/ou saúde mental locais.

Os riscos podem ser de agressão a si ou a terceiros, o risco de suicídio e o risco de exposição social pela falta de juízo crítico que pode colocar a pessoa em situações de sofrimento de diferentes tipos de violência e ainda risco clínico associado.

Além destas situações, a necessidade de desintoxicação de álcool e outras drogas também pode utilizar a internação como recurso desde que outras opções já tenham sido tentadas, pois o acolhimento e o estabelecimento do vínculo sempre auxiliarão na voluntariedade e na adesão ao tratamento e podem obter resultados positivos na atenção integral.

Nem sempre uma situação de crise vai precisar de uma internação, as equipes podem propor ações domiciliares e de apoio nos serviços do território acolhendo e intensificando o cuidado com os usuários, como consultas, grupos, combinações, atenção domiciliar e ações intersetoriais. A internação deverá ser sempre o último recurso e os serviços precisam fortalecer vínculos com os usuários atendidos para que estes saibam onde buscar apoio em situações de maiores dificuldades.

SOLICITAÇÃO DE VAGAS: Os encaminhamentos deverão ser feitos pela equipe técnica, com dados sobre o usuário, e laudo médico. As solicitações de regulação deverão ser realizadas por profissionais da equipe da área técnica que tenham atendidos os usuários para quem solicitam a vaga. Esta orientação é necessária para que se faça discussão e gestão do caso.

O deslocamento do usuário para a internação bem como o retorno para seu município é de responsabilidade do município de origem do mesmo.

Todo serviço que encaminhar uma internação deverá manter contato com o hospital regulado enviando ficha de referência com combinações sobre a internação, discutindo o caso entre as equipes, auxiliando na preparação para a alta.

Quando houver recebimento de internações compulsórias é de suma importância que os encaminhamentos sejam feitos pelos serviços de saúde que conheçam o usuário. Assim, o primeiro passo é sempre a avaliação pela equipe local para que esta avalie real necessidade e possa propor outras ações além da internação.

*Trecho do Documento “**Regulação Hospitalar em Saúde Mental**”, da Central Estadual de Regulação – Equipe de Saúde Mental/ Jaqueline Monteiro, Mary Nunes, Maria Regina Melo, Iversom Brandão e Flávio Medáglio. Fone: (51) 33533020 ou (51)33533000 (ramal 321 ou 322)

1. FLUXO DAS INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA 15ª CRS:

1º. Município solicita a internação para a regulação da 15ª CRS através de formulário online do SISREG. Nesse ponto, ressalta-se a importância de o município preencher o formulário do sistema da forma mais completa e responsável possível, inserindo a suspeita diagnóstica/diagnóstico de acordo com a sintomatologia apresentada pelo usuário e, dessa forma, embasando e justificando tecnicamente a solicitação de internação;

2º. Regulação da 15ª CRS verifica o mapa de leitos disponíveis nos hospitais referência, liberando a vaga pelo sistema SISREG e comunicando o município;

3º. Com o leito liberado, o município está autorizado a conduzir o usuário até o Hospital de referência, tendo em mãos o documento de referência (anexo III) preenchido pelo município, assim como laudo médico.

IMPORTANTE:

- As internações que ocorrem por determinação judicial (compulsórias) não dispensam a avaliação da equipe de saúde do município de origem para a constatação da necessidade atual sobre a internação. Desta forma, é de responsabilidade do município de origem realizar esta avaliação e, tendo sido verificada a necessidade de internação, iniciar os trâmites necessários para que ela ocorra;
- Para melhor organizar a rede de cuidados, os Hospitais com leitos integrais de saúde mental da região da 15ª CRS – Associação Hospitalar Santa Rita, Associação dos Trabalhadores de Ronda Alta e Hospital Comunitário de Sarandi, organizaram-se para receber o usuário das 8:00h as 12:00h e das 13:00h as 16:30h, nos cinco dias úteis da semana. Nas exceções em que o município de origem estiver com dificuldades para conduzir o usuário dentro dos horários pré-estabelecidos, o gestor municipal da saúde deve entrar em contato com o Hospital e recombina o horário da chegada do usuário ao serviço hospitalar;
- É importante destacar que o usuário da saúde mental é um usuário do sistema público de saúde como qualquer outro munícipe. Disto decorre que sua condição de saúde como um todo deve estar sendo acompanhada pelos vários serviços de saúde do município. Desta forma, quando ocorre a internação psiquiátrica, é importante que o município de origem repasse o maior número de informações sobre a saúde do usuário possível, incluindo registros de sua condição clínica como os exames básicos de rotina realizados, as avaliações médicas já feitas, entre outros.

- É de responsabilidade da equipe de saúde do município de origem e do Hospital de referência manter contato durante a internação, possibilitando a gestão do caso e a corresponsabilização pelo cuidado do usuário, bem como referenciando e pactuando o cuidado pós-alta. Ainda neste ponto, destaca-se a importância de o município estimular a visita de familiares ao usuário durante a internação afim de potencializar o cuidado que esta sendo prestado;
- Neste processo de cuidado compartilhado, a alta do usuário deve ser comunicada com no mínimo 3 dias úteis de antecedência à equipe de saúde e/ou gestores do município de origem do usuário pelo Hospital de referência;
- É responsabilidade do município de origem o retorno do usuário ao seu município na ocasião da alta, bem como a organização da continuidade do cuidado no pós-alta. Neste ponto, destaca-se que é imprescindível a organização do município para receber o usuário, pois a não continuidade do processo de cuidado pode acarretar em agravos à saúde do usuário.

2. EQUIPE DA REGULAÇÃO NA 15ª CRS:

- Darci e Dulce (setor de planejamento).
- Fone: (55)3742-1333 (ramais 121 e 123)
- Horário: Segunda à sexta-feira, das 8:00hs às 12:00hs e das 13:30hs às 16:30hs
- E-mail: saudemental-15crs@saude.rs.gov.br

3. LEITOS DISPONÍVEIS NA REGIÃO DA 15ª CRS:

PRESTADOR	LEITOS COM INCENTIVO FEDERAL	LEITOS COM INCENTIVO ESTADUAL	TOTAL
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTA RITA – JABOTICABA	4	8	12
ASSOCIAÇÃO DOS TRABALHADORES DE RONDA ALTA	3	16	19
HOSPITAL COMUNITÁRIO DE SARANDI	3	11	14

****TOTAL: 45**

4. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

- A Portaria nº148 (Ministério da Saúde, 2012) estipula que a distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas seja de 1 (um) leito para cada 23 mil habitantes. O quantitativo populacional da Região da 15ª CRS é de 161.508 (CENSO 2010), necessitando, segundo a legislação, da habilitação de 7 leitos de atenção integral à Saúde Mental na região. Como a capacidade instalada de leitos de atenção integral à Saúde Mental na região da 15ª CRS está em torno de 500% acima do preconizado, torna-se inviável a habilitação de novos leitos integrais em saúde mental com recebimento de incentivo federal ou estadual;
- Apesar do excesso do número de leitos de atenção integral à Saúde Mental na região estar acima do preconizado pela legislação, os Hospitais referências têm mantido a taxa de ocupação igual ou superior a 80%, evidenciando sua necessidade no contexto atual da rede de atenção psicossocial regional. No entanto, a perspectiva da Política de Atenção à Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica aponta para a gradativa substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede regionalizada e integrada de serviços assistenciais de atenção sanitária e social (Lei 9716/1992 e Portaria nº3088/2011) e determina que as internações psiquiátricas sejam sempre o último recurso a ser utilizado. Assim, o trabalho de todas as esferas (federal, estadual, municipal), deve ser balizado a partir do princípio da construção de estratégias de cuidado no território e de acompanhamento longitudinal dos usuários, prospectando, futuramente, a diminuição da necessidade do acesso tão corriqueiro aos leitos de atenção à Saúde Mental da região;
- A regulação em saúde mental é fundamental para a Reforma Psiquiátrica e para a coordenação do cuidado. Desta forma, todas as solicitações de internação psiquiátrica devem seguir o fluxo pactuado para a realização da mesma, como descrito anteriormente. Disto decorre que os municípios não estão autorizados a encaminhar o usuário até o Hospital de referência sem a autorização da regulação, bem como os Hospitais de referência não estão autorizados a receber usuários sem a regulação. Acrescenta-se que os Hospitais de Referência não estão autorizados a receber usuários de outras Regiões de Saúde sem a regulação da 15ª CRS;

- Como a regulação da 15ª CRS funciona em horários restritos (de segunda à sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 16:30), o usuário que precisar de cuidados emergenciais fora do horário de funcionamento da regulação da 15ª CRS deverá ser atendido em serviço de urgência e emergência mais próximo do seu território, respeitando os direitos e a proteção das pessoas acometidas de sofrimento mental, sem qualquer restrição de acesso ou discriminação pela sua condição, como garantidos pela Lei 10216/2001. Desta forma, é vedada a negativa de acesso ao serviço de urgência e emergência de qualquer instituição de saúde ao usuário de saúde mental;
- Caso o município não conte com serviço de urgência e emergência, nestas situações específicas de atenção à crise fora do horário de funcionamento dos serviços de saúde municipais e de funcionamento da regulação da 15ª CRS, o atendimento deve ser buscado junto ao serviço de urgência e emergência referência para o seu município para estabilização do quadro. No dia seguinte, se ainda for avaliado a necessidade de cuidados intensivos em ambiente hospitalar, o município de origem deve iniciar o processo de solicitação da vaga via SISREG;
- Vale lembrar que nem toda situação de crise necessita de uma internação psiquiátrica, podendo ser manejada no município de origem do usuário com intensificação dos cuidados prestados como escutas, atendimentos individuais e em grupos, administração medicamentosa, entre outros;
- A legislação atual e os princípios da Reforma Psiquiátrica não permitem a existência de internações de caráter permanente. Assim, o período em que o usuário estiver internado deve ser utilizado pelos municípios para (re)organizar sua rede de atenção intersetorial (saúde, educação, assistência social, entre outros) para acolher o usuário em seu retorno, ampliando as possibilidades e estratégias de cuidado, retomando o mais breve possível os vínculos com seu território. Lembrando que a tomada de responsabilidade pelo território é uma diretriz ética e uma determinação constitucional (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2014), sendo fundamental para a garantia dos direitos dos usuários.
- Caso haja a necessidade de um período maior de internação, com ampla justificativa clínica de respaldo técnico, o Hospital emitirá laudo de justificativa onde conste a evolução do usuário durante a internação e os motivos pelo qual o mesmo deverá permanecer internado e encaminhará à 15ª CRS. O laudo deverá ser entregue com sete dias de antecedência à 15ª CRS que emitirá parecer.

- Em janeiro de 2015, houve uma reunião na 15ª CRS com os Hospitais de Referência com leitos em saúde mental da região, onde pactou-se a padronização da organização dos documentos de contra-referência a ser entregue aos municípios de origem do usuário pelo prestador na ocasião da alta (**ANEXO I e II**).
- O documento de referência necessário para o encaminhamento para a internação junto ao laudo médico, encaminhado pelo município de origem para o Hospital de referência será, a partir de agora, padronizado conforme o **ANEXO III**.
- O **ANEXO IV** traz a relação de documentos e materiais necessários para a internação.

Este documento foi elaborado pela equipe técnica da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Marília Pinto Bianchini

Psicóloga/DAS

Darci Prado

As. Social/ Setor de Planejamento

Dulce Prates

Enfermeira/ Setor de Planejamento

Rejane Guimarães

Chefe do Setor de Planejamento

Dorival Walfrid Werkhausen

Coordenador da 15ª CRS

ANEXO I

DATA: __/__/__

<i>Guia de Contra-referência para internação hospitalar em saúde mental</i>

Nome do Hospital:
Município:
Técnico de referência para contato:
Telefone para contato:

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome:	
Idade:	Sexo: () F () M
Mãe:	
Pai:	
Estado civil:	
Endereço completo: _____ _____	
Município de origem:	UF:
Profissão:	
Data da internação:	Data da alta:
Modalidade: () voluntária () involuntária () compulsória	
CID:	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO USUÁRIO

Nome:
Grau de parentesco:
RG:
Endereço completo: _____ _____

Telefones para contato:
<hr style="width: 30%; margin: auto;"/> Assinatura do responsável

Aspectos do acompanhamento durante a internação (descrever todos os itens):

Vínculo com a equipe:
Atividades que o usuário participou:
Atendimentos realizados:
Projeto terapêutico singular (objetivos da internação combinados entre equipe e usuário):
Participação da família:

Condições de alta (descrever todos os itens):

Evolução do quadro:
Medicamentos e dosagens para pós-alta hospitalar:
PTS (objetivos combinados entre equipe do hospital, equipe do município e usuário para o pós-alta):
Observações e recomendações:

Agendamento na pós-alta na rede:

Data do atendimento no município:
Local:
Profissional referência no município:
Telefone para contato:

Data do contato com o município e quem realizou:

Nome legível e função do técnico responsável pelo preenchimento:

ANEXO II

__/__/2015

<i>Guia de contra-referência – internação em saúde mental</i>

NOME DO USUÁRIO:	
IDADE:	CID:
MUNICÍPIO DE ORIGEM:	
DATA DE INTERNAÇÃO:	DATA DE ALTA:
MODALIDADE DE INTERNAÇÃO: () voluntária () involuntária () compulsória	
TELEFONE (S) PARA CONTATO: () ()	

Aspectos Médicos:

1. Diagnóstico:

2. Evolução do quadro:

3. Prescrição de medicações no pós- alta:

Profissional responsável pelo preenchimento:

Nome(s):

Parecer Psicológico e Social

NOME:	
IDADE:	CID:
MUNICÍPIO DE ORIGEM:	
DATA DA INTERNAÇÃO:	DATA DA ALTA:
MODALIDADE DE INTERNAÇÃO: () voluntária () involuntária () compulsória	
TELEFONE (S) PARA CONTATO: () ()	

**Espaço para descrever a evolução psicológica e social do usuário durante a internação

Documentação fornecida ao paciente durante o tratamento: (EXEMPLOS)

- Atestado/ Auxílio Doença, Laudo, Receita Médica, Declaração, Ofício/Compulsória.

Recomendações Terapêuticas: (EXEMPLOS)

- Acompanhamento Psicológico (Paciente e Família)
- Acompanhamento Clínico ou Psiquiátrico (Fármacos)
- Acompanhamento Social (Para a família)

OBSERVAÇÕES: (EXEMPLO)

O paciente deverá voltar para a reavaliação no dia.....de 2015 com a Equipe Multidisciplinar da Unidade de Saúde Mental de Jaboticaba.

Profissional responsável pelo preenchimento:

Nomes: _____

Telefone para contato: (xx)_____ Falar com:_____

e-mail: _____

ANEXO III:

__/__/2015

*Documento de Referência para encaminhamento de usuário à
internação em leito integral de saúde mental da 15ªCRS*

NOME DO USUÁRIO:	
DATA DE NASCIMENTO: __/__/__	RG:
ENDEREÇO:	
MUNICÍPIO:	
TELEFONE(S):	

RESPONSÁVEL (se houver):

NOME:
VÍNCULO COM O USUÁRIO: () pai() mãe() irmã(o)() outro: _____
ENDEREÇO:
TELEFONE(S) PARA CONTATO:

INTERNAÇÃO:

MODALIDADE DE INTERNAÇÃO: () voluntária () involuntária () compulsória
O USUÁRIO JÁ FOI INTERNADO EM LEITOS INTEGRAIS EM SAÚDE MENTAL ANTERIORMENTE? () sim. Quantas vezes? _____ () não.
PERÍODO DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO:

CONDIÇÕES CLÍNICAS:

<p>Queixas clínicas associadas?</p> <p>() Não</p> <p>() Sim. Quais? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
*Anexar exames básicos já realizados. Ex: provas hepáticas, lipidograma, hemograma
plaquetas, glicemia de jejum, entre outros.

Fez/faz uso de medicação controlada? () Não. () Sim. Quais? _____ _____
Já realizou avaliação psiquiátrica anteriormente? () Sim () Não

ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DO USUÁRIO NO MUNICÍPIO:

Atendimentos que participa (ex: atendimento psicológico, acompanhamento psiquiátrico, visita domiciliar, atendimento grupal em oficina terapêutica, etc): _____ _____ _____ _____ _____
INSTITUIÇÕES QUE O ACOMPANHAM NO MUNICÍPIO E TELEFONES PARA CONTATO: (exemplo: NAAB, CRAS, CAPS, Conselho Tutelar): _____ _____ _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA DO USUÁRIO:

NOME:
INSTITUIÇÃO:
PROFISSÃO:
TELEFONE(S) PARA CONTATO:

OBS: Este documento acompanha o laudo médico.

É imprescindível o preenchimento claro e completo das informações.

ANEXO IV

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INTERNAÇÃO:

- Documento de identidade;
- Cartão SUS;
- Laudo médico;
- Exames clínicos realizados.

MATERIAIS:

- **Higiene:** sabonetes, shampoo, desodorante, creme dental, escova dental, aparelhos descartáveis de barbear e/ou depilação, absorventes;
- **Material para chimarrão:** bomba, cuia, erva mate, térmica;
- **Se o paciente for fumante:** cigarros em quantidade suficiente para todo o período da internação;
- **Roupas de verão:** No mínimo 3 calças ou 3 bermudas, 5 camisetas, 1 moletom, 1 jaqueta, 4 peças íntimas, 3 pares de meia, pijama.
- **Roupas de inverno:** No mínimo 3 calças ou 3 bermudas, 5 camisetas, 2 moletoms, 2 blusões, 1 jaqueta, pijama, 5 peças íntimas, 3 pares de meia.
- **Calçados:** 1 par de chinelo/pantufa e 1 par de sapato fechado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 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 outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF, 2012.

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO. Regulação Hospitalar em Saúde Mental. Escrito por Jaqueline Monteiro, Mary Nunes, Maria Regina Melo, Iversom Brandão e Flávio Medáglio. Rio Grande do Sul, s.d.

RIO GRANDE DO SUL. Lei n° 9.716, de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. Porto Alegre, RS, 1992.

_____. Nota técnica: Orientações para acompanhamento de usuários em processo de desinstitucionalização pelas redes de atenção psicossocial dos municípios. Porto Alegre, 2014.