



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

MATHEUS AMARAL MAKRAKIS

**Criação da Linha de Cuidado Multidisciplinar de Saúde Mental do paciente adulto do
Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

Porto Alegre

2023

Matheus Amaral Makrakis

**Criação da Linha de Cuidado Multidisciplinar de Saúde Mental do paciente adulto do
Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
ao Programa de Residência Médica do Hospital de
Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para
a obtenção do título de especialista em Psiquiatria.

Orientadora: Fernanda Lúcia Capitanio Baeza

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Makrakis, Matheus Amaral

Criação da Linha de Cuidado Multidisciplinar de Saúde Mental do paciente adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Matheus Amaral Makrakis. -- 2023.

30 f.

Orientadora: Fernanda Lúcia Capitanio Baeza.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. linhas de cuidado. 2. fluxograma assistencial. 3. saúde mental. 4. qualidade assistencial. I. Baeza, Fernanda Lúcia Capitanio, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

Uma "linha de cuidado" é uma abordagem para a organização da assistência a pacientes que busca aprimorar a qualidade do cuidado, promover melhores práticas e integração de processos. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), embora haja vários protocolos assistenciais de saúde mental, eles são fragmentados. Este projeto visa elaborar uma linha de cuidado que integre recursos de saúde mental no hospital e na rede de atenção psicossocial de Porto Alegre. Os objetivos principais são padronizar a organização do cuidado em saúde mental no HCPA, envolvendo serviços como Psiquiatria, Psiquiatria de Adições, Enfermagem e Psicologia, bem como aprimorar informações e fluxos de trabalho. Os métodos incluem o mapeamento de materiais de orientação existentes, o uso de recursos do TelessaúdeRS e Linhas de Cuidado do Ministério da Saúde, tendo como produto final a criação de um hotsite com diagramas de navegação com as informações, além do mapeamento da jornada esperada para cada paciente dentro do HCPA. Em resumo, a criação da linha de cuidado busca unificar processos, promover melhores práticas e garantir a satisfação do paciente em saúde mental no HCPA.

Palavras-chave: linha de cuidado; fluxograma assistencial; saúde mental; qualidade assistencial.

ABSTRACT

A "care pathway" is an approach to organizing patient care that aims to enhance care quality, promote best practices, and integrate processes. At the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), despite having various mental health care protocols, they are fragmented. This project aims to develop a care pathway that integrates mental health resources within the hospital and the psychosocial care network of Porto Alegre. The main objectives are to standardize the organization of mental health care at HCPA, involving services such as Psychiatry, Addiction Psychiatry, Nursing, and Psychology, as well as improving information and workflow. Methods include mapping existing guidance materials, utilizing resources from TelessaúdeRS and the Ministry of Health's Care Pathways, resulting in the creation of a dedicated website with navigational diagrams containing information, along with mapping the expected patient journey within HCPA. In summary, the creation of the care pathway seeks to unify processes, promote best practices, and ensure patient satisfaction in mental health at HCPA.

Keywords: care pathway; care flowchart; mental health; care quality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LC	Linhas de Cuidado
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
SUS	Sistema Único de Saúde
EPA	Associação Europeia de Linhas de Cuidado
POP	Procedimento Operacional Padrão
GT	Grupo de Trabalho
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
1.1	JUSTIFICATIVA	100
1.2	OBJETIVOS	111
1.2.1	Objetivo geral.....	111
1.2.2	Objetivos específicos.....	111
2	MÉTODOS	122
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	188
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	221
	REFERÊNCIAS.....	22
	APÊNDICE 1 – FLUXOGRAMA DO PACIENTE AMBULATORIAL COM SOFRIMENTO PSÍQUICO IDENTIFICADO.....	25
	APÊNDICE 2 – FLUXOGRAMA DO PACIENTE INTERNADO COM SOFRIMENTO PSÍQUICO IDENTIFICADO.....	26
	APÊNDICE 3 – FLUXOGRAMA DO PACIENTE NA EMERGÊNCIA COM SOFRIMENTO PSÍQUICO IDENTIFICADO.....	27
	APÊNDICE 4 – FLUXOGRAMA DAS PORTAS DE ENTRADA DA SAÚDE MENTAL NO HCPA.....	28
	APÊNDICE 5 – FLUXOGRAMA DE EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS	29

1 INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados em saúde, segundo o Institute of Medicine, é avaliada pela extensão na qual os serviços ofertados aos indivíduos proporcionam melhorias nos resultados desejados para a saúde, baseando-se em evidências clínicas robustas e proporcionando cuidados de maneira técnica e culturalmente competente, com uma comunicação efetiva e tomada de decisões compartilhada (Deborah Seys et al. 2017).

Com esta finalidade, um dos recursos organizacionais que ganhou destaque no final do século XX foi a formalização do trabalho multidisciplinar através das Linhas de Cuidado Integradas, comumente chamadas de “Linhas de Cuidado” (LC).

Na literatura, existem múltiplas definições e constructos teóricos sobre o que pode ser considerada uma LC. Pela Associação Europeia de Linhas de Cuidado (EPA), existe o conceito de LC como “uma intervenção complexa voltada para a tomada mútua de decisões e organização de cuidados para um grupo específico de pacientes durante um período delimitado” (Deneckere et al. 2012). Em linhas gerais, pode-se dizer que uma LC é o mapeamento da “jornada” de um paciente, que objetiva definir “ações sejam realizadas pelas pessoas certas, na ordem correta, no momento adequado, no local apropriado, resultando no desfecho desejado.” (Allen, Gillen, e Rixson 2009)

As características de uma linha de cuidado incluem: um objetivo bem definido; elementos-chave do cuidado com base em evidência de melhores práticas; a facilitação da comunicação entre os membros da equipe e com pacientes e familiares e a coordenação do processo assistencial, organizando as funções e sequenciando as atividades da equipe multiprofissional assistencial.

Os objetivos de uma linha de cuidado foram definidos pelo Ministério da Saúde como:

- (a) Orientar o serviço de saúde de forma a centrar o cuidado no paciente em suas necessidades;
- (b) Demonstrar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção e (c) estabelecer o “percurso assistencial” ideal dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades. (“Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária”, [s.d.]

Pode-se resumir que o objetivo de uma linha de cuidado é melhorar a qualidade do cuidado em todo o processo, melhorando os resultados da assistência ao paciente, promovendo a sua segurança, aumentando a satisfação do mesmo e otimizando o uso de recursos disponíveis.

Essas linhas de cuidado, embora amplamente empregadas em procedimentos hospitalares cirúrgicos, ainda não encontraram uma adoção bem estabelecida em áreas mais

complexas, como a saúde mental. Este cenário é particularmente desafiador devido às necessidades complexas próprias da área, que demanda serviços provenientes de diversas áreas e níveis de complexidade. (Wakefield e Peet 2003)

As linhas de cuidado já estudadas e aplicadas em pacientes cirúrgicos, clínicos e neurológicos (Choong et al. 2000; Bailey et al. 1998; Quaglini et al. 2004), foram associadas com melhores resultados para o paciente, para a equipe e processos de cuidado mais bem organizados. Exemplos de melhores resultados para o paciente incluem menos complicações pós-operatórias e redução do tempo de internação. Ademais, foi constatado que os custos hospitalares eram significativamente mais baixos quando as linhas de cuidado foram introduzidas. (Rotter et al. 2010; Austin et al. 2015). Em segundo lugar, houveram múltiplos efeitos positivos nas equipes, incluindo melhor comunicação entre as equipes, melhor documentação entre os profissionais, melhores relações de equipe e menor risco de burnout entre os integrantes da equipe (Deneckere et al. 2013).

Os resultados também foram avaliados no contexto do cuidado integral do paciente, com um estudo demonstrando um impacto positivo na organização e coordenação do cuidado no tempo de internação e também durante o seguimento pós-alta (Deneckere et al. 2013).

No contexto da saúde mental, evidenciou-se que o caminho trilhado pelos pacientes com necessidade de tratamento especializado carece de padronização, sendo múltiplo e de difícil predição, o que resulta em atraso no tratamento necessário (Steel et al. 2006). O reconhecimento de sintomas no momento adequado e referenciamento do usuário por um caminho direto é de suma importância para a garantia de melhores desfechos clínicos.

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o princípio que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades ressaltando também a importância da integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (Alves, [s.d.]). Para assegurar a integralidade, é necessário, então, o planejamento do mapa de ações a serem percorridas em sua trajetória, em um determinado período e para uma determinada patologia, como proposto pelo constructo teórico da linha de cuidado.

Atualmente, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre dispõe de diversos protocolos institucionais, procedimentos operacionais padrão e outros materiais que guiam o resultado esperado de situações específicas dentro do cuidado em saúde mental do paciente adulto. Porém, estes materiais abordam cada situação de maneira isolada e fragmentada, sem integração entre os processos. Além disso, existem lacunas de conhecimento a respeito da integração entre

os processos que ocorrem dentro do HCPA e na Rede de Atenção Psicossocial do município de Porto Alegre.

Este trabalho explora a implementação e os benefícios das Linhas de Cuidado, especialmente no contexto da saúde mental, onde a integração de ações se apresenta como um objetivo estratégico nos cuidados de saúde. A criação de uma linha de cuidado que integre os recursos intra e extra-hospitalares em saúde mental para pacientes do HCPA poderá representar um grande ganho em termos de qualidade assistencial.

1.1 JUSTIFICATIVA

Existe uma grande quantidade de evidência na literatura demonstrando uma extensa variabilidade variação no alinhamento entre a organização e implementação do cuidado de pacientes com diretrizes baseadas em evidência (Leoni et al. 2013; Chamie et al. 2011; McGlynn et al. 2003). Além disso, a concordância sobre o que constitui um cuidado adequado ao paciente é relativamente baixa na literatura. Portanto, há um crescente interesse e pressão por melhorias na qualidade do cuidado em saúde e na sua organização de maneira mais eficiente.

Diante desse contexto, surge a necessidade de estabelecer uma linha de cuidado, levando em consideração a realidade do HCPA e sua integração na rede de atenção psicossocial. Este constitui o primeiro passo para avaliar o impacto dessa abordagem na qualidade e eficiência da organização, por meio do mapeamento e integração de materiais já existentes e aprovados pelas equipes multidisciplinares do hospital, bem como dos recursos disponíveis em outros sites governamentais.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Considerando o contexto onde será aplicado e os objetivos teóricos de uma linha de cuidado, esse trabalho se propõem a realizar a padronização da organização e orientação do atendimento do paciente adulto em Saúde Mental dentro do HCPA, realizando a integração das ações dos serviços da Psiquiatria, Psiquiatria de Adições, Enfermagem e Psicologia na descrição da trajetória adequada a ser percorrida pelo paciente em diversos pontos de atendimento no Hospital. O foco principal deste projeto é guiar os profissionais de saúde e gestores para as melhores práticas no cuidado com estes pacientes.

1.2.2 Objetivos específicos

Criação de um hotsite para organização de fluxogramas nos diferentes níveis assistenciais, estruturando os trajetos já existentes dentro da área multidisciplinar de Saúde Mental, que serão disponibilizados para os diversos profissionais do HCPA, também envolvidos no cuidado destes pacientes;

Facilitar o acesso, por meio do hotsite, de materiais já estabelecidos para a educação continuada de profissionais sobre temas de saúde mental, como, por exemplo, materiais do TelessaúdeRS e também das Linhas de Cuidado do Ministério da Saúde;

Realizar a sinalização de possíveis problemas identificados durante o desenvolvimento do trabalho aos setores envolvidos, projetando melhorias nas informações disponibilizadas e nos fluxos já existentes de cada serviço, bem como nos meios de acesso a estas informações nos sites e sistema do hospital (AGHuse);

Melhorar a comunicação multidisciplinar no planejamento dos cuidados dos pacientes, através do diálogo entre as diferentes áreas envolvidas no percurso assistencial do paciente em saúde mental;

2 MÉTODOS

Um passo inicial na elaboração de uma linha de cuidado envolve o mapeamento dos procedimentos habituais e das trajetórias já estabelecidas em uma instituição. Isso serve como base para discussões em grupos multidisciplinares sobre a necessidade de ajustes em fluxos específicos e também possibilita a identificação de rotas possivelmente não reconhecidas pelos profissionais da instituição.

Portanto, foi realizado um mapeamento dos diversos materiais de orientação à assistência já criados pelos serviços de Psiquiatria, Psiquiatria de Adição, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia, como, protocolos institucionais, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), informações contidas nas solicitações de interconsultas ambulatoriais e outras informações de acesso próprias de cada serviço.

Além disso, foram buscados materiais das plataformas TelessaúdeRS e das Linhas de Cuidado do Ministério da Saúde que abordem questões de saúde mental, para referenciamento de maiores informações sobre os transtornos e situações abordadas na linha de cuidado aqui criada.

A organização deste material se deu através de um hotsite, contendo diagramas de navegação para cada área de assistência dentro do hospital - sendo estas, nominalmente: ambulatorios (gerais e da psiquiatria), emergência, internação (gerais e da psiquiatria) e hospital-dia. Além das áreas assistenciais intra-hospitalares, inclui-se um diagrama informativo sobre as portas de entrada possíveis nas agendas de Saúde Mental do HCPA, para pacientes provenientes da Atenção Primária à Saúde (APS). Dentro de cada diagrama, foram conectados, via hyperlinks, os protocolos e documentos pertinentes para cada situação de um paciente em atendimento.

Durante o desenvolvimento do hotsite, utilizando os recursos disponibilizados pelo HCPA, enfrentamos desafios significativos relacionados à formatação e organização dos materiais em fluxogramas, conforme inicialmente planejado. Isso ocorreu devido às limitações do programa Google Sites, que restringe a criação direta desses fluxogramas em sua interface. Em resposta, decidimos organizar os fluxogramas em PDFs interativos, proporcionando maior fluidez e acesso a uma quantidade mais abrangente de informações dentro da interface. Esses PDFs foram categorizados por áreas assistenciais e integrados em um hotsite, que serviu como a página inicial de navegação.

A utilização dos documentos do TelessaúdeRS, como o manual de regulação, referenciados dentro desses diagramas visam a melhor qualificação dos encaminhamentos a

serem realizados para determinado paciente - diferenciando o paciente que pode iniciar seu acompanhamento na atenção primária à saúde do paciente que se beneficiaria de uma interconsulta com um dos serviços de saúde mental, e qual agenda seria a mais adequada para aquele paciente.

Para a criação desta linha de cuidado, fora necessário também a comunicação com os serviços envolvidos na assistência ao paciente adulto em saúde mental, com a pretensão de atualizar os protocolos já existente e resolver eventuais inconsistências que possam surgir quando unidos aos protocolos de outros serviços, estabelecendo o melhor caminho de continuidade entre os mesmos.

Concomitantemente à escrita e realização deste projeto, ocorriam reuniões semanais de um Grupo de Trabalho (GT) no HCPA, dedicado às consultorias de Saúde Mental durante a internação. Uma etapa crucial para a elaboração dos fluxogramas envolveu a comunicação com os membros deste GT, visando obter informações sobre os textos e critérios já estabelecidos para cada agenda de consultoria. Esses textos foram, então, integrados aos fluxogramas relacionados à internação. No momento da publicação deste trabalho, o GT ainda não havia estabelecido os critérios das consultorias de Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem Psiquiatria de Adição.

Os critérios das consultorias ambulatoriais de Psiquiatria foram incorporados de duas maneiras: (a) Os critérios preexistentes no AGHUse foram inclusos conforme estabelecidos pelas equipes responsáveis pela agenda; (b) Para as agendas que não tinham critérios definidos no AGHUse, elaborou-se um texto sugerindo critérios com base nos protocolos do Telessaúde e no conhecimento assistencial dessas agendas. Esses textos foram discutidos com as equipes responsáveis por cada agenda e incluído nos arquivos.

O diagrama sobre as portas de entrada a partir da APS foi desenvolvido considerando principalmente os critérios estabelecidos nos protocolos do TelessaúdeRS, que quais pacientes atendem aos critérios para encaminhamento a serviços especializados. Além disso, a Matriz de Agravo vs. Nível de Atenção do Município de Porto Alegre foi referenciada para definir os critérios que distinguem situação clínicas por tipo de assistência indicada. Por exemplo, os pacientes destinados a ambulatórios hospitalares daqueles direcionados a Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Na elaboração do diagrama referente às emergências psiquiátricas, além de consultar documentos internos do HCPA, como os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) relativos à Avaliação de Risco de Suicídio e Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, foi desenvolvido um texto conciso e acessível sobre avaliação de ideação suicida aguda, baseado

no material presente nas Linhas de Cuidado do Ministério da Saúde sobre Depressão. Além disso, redigiu-se um segundo texto, contendo informações sobre situações que não são atribuições do plantão da Psiquiatria, como, por exemplo, a comunicação de más notícias. Foram incluídas também orientações sobre a notificação compulsória imediata de casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovoçada e violência sexual, juntamente com a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal ou Autoprovoçada.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O emprego das Linhas de Cuidado (LCs) como um mecanismo para formalizar procedimentos operacionais em contextos multidisciplinares ganhou destaque no final dos anos 90 (Campbell et al. 1998). A concepção das LCs surgiu diante da observação da considerável variabilidade nos cuidados prestados a pacientes com determinadas patologias, tanto entre equipes de profissionais distintas quanto entre os cuidados oferecidos e as evidências presentes nas diretrizes clínicas para essas condições. Em resposta à necessidade de maior organização, aprimoramento da qualidade do cuidado e busca por uma abordagem mais eficiente em termos de custo, surgiu a ideia da organização do cuidado por meio das chamadas Linhas de Cuidado Integradas.

Desde sua concepção, as LCs são consideradas intervenções complexas, compostas por vários componentes que podem agir de forma independente ou interdependente, sendo, apesar de difíceis de serem definidas, essenciais para o funcionamento da intervenção. Por serem intervenções multifacetadas, as LCs abordam diversos aspectos da qualidade do cuidado, aumentando a probabilidade de impactar positivamente na melhoria do cuidado e na segurança do paciente em comparação com intervenções que tratam apenas de um aspecto isoladamente.

A aplicação das LCs para outras condições clínicas foi estudada, tendo sido encontrada associação com melhores resultados para o paciente, para a equipe e processos de cuidado mais bem organizados, conforme mencionado anteriormente. De maneira mais específica, um estudo demonstrou que as LCs tiveram impacto positivo na percepção dos profissionais de saúde sobre a organização dos processos de cuidado, especialmente entre os médicos. Além disso, uma publicação observou efeitos positivos no ambiente de trabalho, na composição das equipes, na gestão de conflitos, no clima de inovação nas equipes e na melhoria geral do nível de organização dos processos de cuidado. Esse mesmo estudo evidenciou uma redução do risco de burnout, associada a pontuações mais baixas nos escores de exaustão emocional (Deneckere et al. 2013).

Outro achado de significativa importância foi a redução significativa de complicações intra-hospitalares associadas à implementação de Linhas de Cuidado (LCs). Essas reduções foram observadas em condições como fraturas da cabeça do fêmur, ressecções intestinais, gastrectomias, ventilação mecânica, ressecção prostática transuretral e artroplastias de quadril e joelho (Choong et al. 2000; Delaney et al. 2003; Kiyama et al. 2003; Marelich et al. 2000; Aizawa et al. 2002; Dawsey et al. 1999). Uma revisão ressaltou que essa diminuição de complicações não teve impacto negativo nos custos ou no tempo de permanência dos pacientes.

Além dessa redução, fora constatado também que a implementação das LCs resultara na melhor qualidade da documentação hospitalar (Rotter et al. 2010).

Apesar dos resultados positivos associados ao uso de LCs, alguns estudos levantam preocupações, especialmente na área da saúde mental. As LCs têm sido predominantemente utilizadas em grupos homogêneos de pacientes com doenças comuns e previsíveis. Considerando a natureza multifacetada das condições na saúde mental, juntamente com a necessidade de individualização dos cuidados de acordo com cada paciente, há apreensões em relação à aplicação das LCs nesse contexto.

Uma pesquisa indicou que, embora muitos médicos reconheçam a importância da prática baseada em evidências e a necessidade de padronização nos cuidados, persistem atitudes negativas em relação às LCs. Uma das preocupações levantadas diz respeito à perda de autonomia nas decisões clínicas e à natureza prescritiva associada à utilização deste mecanismo organizacional (Wakefield e Peet 2003).

Outro ponto apontado como potencialmente desfavorável no emprego das LCs é a supressão do componente "humano" do cuidado, elemento crucial na área de saúde mental. Alguma evidência desse possível impacto negativo já foi identificada em um estudo de LCs sobre AVC, área em que o aspecto humano também é fundamental. Observou-se que, embora as LCs tenham contribuído para melhorias em vários procedimentos técnicos (como o uso de tomografias), algumas delas resultaram em menor avaliação de satisfação por parte dos pacientes e em redução nos escores de qualidade de vida (Kwan e Sandercock 2002).

Ao considerar os aspectos positivos e negativos delineados, faz-se necessário a síntese dos resultados para uma conclusão abrangente sobre o impacto dessa tecnologia no cuidado em saúde. Em resposta a essa indagação, um estudo propôs que a questão não seria a eficácia absoluta ou ineficácia das LCs, mas sim em compreender "quando, para quem e em quais circunstâncias" elas se mostram efetivas ou inefetivas (Allen, Gillen, e Rixson 2009).

Nesta perspectiva, as LCs emergem como eficazes no manejo do cuidado de situações caracterizadas por trajetórias relativamente previsíveis, garantindo intervenções clínicas e avaliações no momento apropriado, resultando em aprimoramento da qualidade e eficiência do serviço. Além disso, revelaram-se eficazes na promoção da adesão a diretrizes e protocolos clínicos, contribuindo para a redução da variação na prática clínica. Outros aspectos destacados incluem aprimoramento na documentação, na comunicação com pacientes e outros profissionais, bem como na orientação da prática profissional.

Contrastando, o uso de LCs mostrou-se ineficaz em impulsionar mudanças na qualidade do serviço quando aplicado a grupos de pacientes com trajetórias altamente variadas,

em circunstâncias em que os serviços já se fundamentam nas melhores evidências disponíveis e quando a prática multiprofissional está consolidada. Além disso, destacou-se que a implementação de LCs demanda mecanismos de suporte para garantir sua adoção na prática, um desafio que pode ser difícil de superar sem uma gestão apropriada de recursos destinados a esse fim.

No que tange à importância do engajamento de diversos profissionais de saúde na elaboração e implementação da LC para pacientes em saúde mental no HCPA, destacam-se as descobertas de um estudo que evidenciou o papel fundamental de médicos de outras especialidades, especialmente os generalistas, nos percursos em direção ao cuidado em saúde mental (Steel et al. 2006). Assim, o apoio à capacidade desses profissionais em tomar decisões informadas sobre encaminhamentos no momento adequado e para o local apropriado assume prioridade na assecuração desse cuidado. Outros estudos já atestaram que o médico generalista figura como o ponto de contato mais comum no encaminhamento para especialistas em saúde mental (Gater et al. 1991; Gormley e O’Leary 1998). A média de tempo até o acesso aos serviços de saúde mental foi de 6.3 meses, com significativa variabilidade, sendo que 25% dos respondentes alcançaram o cuidado em menos de 2 meses, enquanto uma proporção semelhante levou mais de 2 anos para alcançar o atendimento adequado (Steel et al. 2006).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado final deste trabalho, criou-se um hot site intitulado “Linhas de Cuidado de Saúde Mental do HCPA”, onde foram organizados os fluxogramas criados para publicação e uso da comunidade interna do HCPA. Neste segmento, serão apresentados os fluxogramas criados e suas particularidades, bem como limitações encontradas no seu processo de criação.

O primeiro diagrama desenvolvido aborda pacientes ambulatoriais com sofrimento psíquico identificado (Apêndice 1). Iniciamos a árvore de decisões com uma definição concisa, estabelecida pelo GT dedicado às consultorias em Saúde Mental mencionado anteriormente, para identificar situações emergenciais em saúde mental. Se a situação de emergência for identificada (resposta "Sim"), o usuário é direcionado para uma segunda página específica sobre Emergências Psiquiátricas. Caso contrário (resposta "Não"), apresentamos as cinco agendas de psiquiatria que aceitam interconsultas ambulatoriais até a publicação deste trabalho, juntamente com os critérios para cada agenda, acessíveis por meio de interação com o mouse. Se nenhum dos critérios para interconsulta ambulatorial estiver presente, o fluxograma direciona o usuário para os "Critérios para acompanhamento em serviço especializado", um hyperlink para os Protocolos de Regulação Ambulatorial do Telessaúde RS da Psiquiatria Adulto, acompanhado por um guia para a realização de um encaminhamento qualificado.

O segundo diagrama trata de pacientes internados com sofrimento psíquico identificado (Apêndice 2). Similar ao diagrama anterior, este inicia-se com a decisão sobre a presença de uma situação emergencial. Se a situação de emergência for identificada (resposta "Sim"), o usuário é novamente direcionado para uma segunda página específica sobre Emergências Psiquiátricas. Caso a resposta seja "Não", são apresentados os critérios definidos, até o momento, pelo GT para as consultorias da Psiquiatria Geral, Psiquiatria Forense, Psiquiatria de Adição e Psicologia. Uma limitação deste fluxograma é a ausência dos critérios para outras duas agendas disponíveis, as consultorias em Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem Psiquiatria de Adição. Além disso, o fluxograma inclui os "Critérios para acompanhamento em Serviço Especializado", utilizando o material do Telessaúde RS, com o objetivo de um planejamento terapêutico pós-alta qualificado.

O terceiro fluxograma aborda pacientes no setor de emergência com sofrimento psíquico identificado (Apêndice 3). Mesmo na emergência, é necessário distinguir situações emergenciais em psiquiatria, que exigem o chamado do plantão da psiquiatria, de situações que podem ser avaliadas pela consultoria dentro de 24 horas. O fluxograma apresenta as consultorias disponíveis para a Emergência do HCPA, com seus respectivos critérios. Devido ao alto fluxo de atendimentos e à natureza aguda do setor, a discussão sobre o encaminhamento

dos pacientes para outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não é abordada neste fluxograma.

O quarto fluxograma possui uma função primariamente informativa, abordando as Portas de Entrada dos pacientes adultos da Saúde Mental no HCPA por meio da APS (Apêndice 4). Este diagrama inicia destacando os critérios necessários para o acompanhamento em serviço especializado, incluindo os critérios específicos para cada ambulatório com agenda de primeira consulta disponível. Além disso, o fluxograma explora a diferenciação de critérios, utilizando a Matriz de Agravo vs. Nível de Atenção em um hyperlink, para distinguir pacientes com critérios de acompanhamento em serviço especializado que podem ser atendidos em ambulatório hospitalar daqueles com perfil para atendimento no CAPS II HCPA.

O quinto e último fluxograma está disponível como uma página adicional nos diagramas anteriores, abordando as Emergências Psiquiátricas (Apêndice 5). Neste fluxograma, foram incorporados documentos e POPs já existentes sobre Avaliação do Risco de Suicídio (acessível através do botão "Risco de Suicídio") e Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (acessível através do botão "Violência Sexual"). O propósito deste fluxograma é proporcionar, de maneira rápida e intuitiva, os materiais necessários para um atendimento inicial qualificado dos pacientes, incluindo o número do bipe da Psiquiatria Geral que deve ser acionado nessas situações. Uma limitação identificada na elaboração deste fluxograma foi a ausência, até o momento, de um POP específico sobre Agitação Psicomotora / Risco de Agressão para servir como referência.

Adicionalmente, foram redigidos e incorporados os textos intitulados "Situações para chamar o plantão da psiquiatria" e "Situações que não são atribuições do plantão da psiquiatria". Estes textos têm como objetivo exemplificar os contextos em que o plantão da psiquiatria geral se mostra útil e necessário, bem como aqueles que podem ser gerenciados de outras maneiras, seja pelas consultorias ou pela própria equipe assistente. Esses textos não visam limitar as atribuições do plantão, nem fornecer uma lista exaustiva, mas sim educar e informar os profissionais do HCPA.

Como demonstrado em outros estudos, é importante ressaltar que a construção e implementação de uma linha de cuidado é um processo custoso em termos de tempo, financeiros e de esforços (Seys et al. 2019). Apesar de seus vários benefícios relatados, sabe-se que diversas barreiras e limitação surgem no período de implementação destas tecnologias, inclusive em serviços de saúde mental, como, por exemplo, baixa aderência, ausência de treinamento adequado, falta de plano claro de implementação e de suporte continuado (Jones 2000). Em um estudo, a maior barreira encontrada foi a carência de planejamento de recursos

para apoiar a implementação e o necessário desenvolvimento da equipe e processo de mudança (Rees et al. 2004). Dessa forma, este estudo buscou realizar o mapeamento da organização do cuidado em saúde mental do HCPA, com o objetivo de superar as barreiras e limitações identificadas. O processo teve início pela avaliação do panorama geral da jornada desses pacientes, identificando eventuais irregularidades ao longo desse percurso, conforme destacado neste estudo, visando a discussão destas e fomentando a contínua reavaliação destes processos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto teve como principal objetivo estruturar uma linha de cuidado em saúde mental para pacientes adultos no HCPA. Como mencionado anteriormente, a criação de linhas de cuidado é um processo custoso em termos de tempo, recursos financeiros e esforços. Além disso, requer um suporte contínuo e ajustes frequentes, considerando as barreiras internas e externas que possam surgir durante a implementação. Apesar das limitações deste trabalho, ele estabelece um modelo inicial integrado para a jornada do paciente em saúde mental. No entanto, não se propõe a ser um modelo definitivo e fechado para o cuidado desses pacientes. É imperativo que os fluxogramas sejam discutidos e revisados periodicamente pelas equipes multidisciplinares envolvidas na sua criação, com ajustes contínuos para evitar a rigidez de uma linha de cuidado "prescritiva" e preservar o elemento humano crucial no cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AIZAWA, T. et al. Impact of a clinical pathway in cases of transurethral resection of the prostate. *Nihon Hinyokika Gakkai zasshi. The Japanese journal of urology*, v. 93, n. 3, p. 463–468, 2002.
- ALLEN, D.; GILLEN, E.; RIXSON, L. Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: What works, for whom, in which circumstances? *International journal of evidence-based healthcare*, v. 7, n. 2, p. 61–74, 2009.
- ALVES, B. Lei no 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/>>. Acesso em: 22 nov. 2023.
- AUSTIN, J. M. et al. National hospital ratings systems share few common scores and may generate confusion instead of clarity. *Health affairs (Project Hope)*, v. 34, n. 3, p. 423–430, 2015.
- BAILEY, R. et al. Impact of clinical pathways and practice guidelines on the management of acute exacerbations of bronchial asthma. *Chest*, v. 113, n. 1, p. 28–33, 1998.
- CAMPBELL, H. et al. Integrated care pathways. *BMJ*, v. 316, n. 7125, p. 133–137, 1998.
- CHAMIE, K. et al. Compliance with guidelines for patients with bladder cancer: Variation in the delivery of care. *Cancer*, v. 117, n. 23, p. 5392–5401, 2011.
- CHOONG, P. F. M. et al. Clinical pathway for fractured neck of femur: a prospective, controlled study. *The Medical journal of Australia*, v. 172, n. 9, p. 423–426, 2000.
- DAWSEY, M. M. et al. Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study. *The Medical journal of Australia*, v. 170, n. 2, p. 59–62, 1999.

DELANEY, C. P. et al. Prospective, randomized, controlled trial between a pathway of controlled rehabilitation with early ambulation and diet and traditional postoperative care after laparotomy and intestinal resection. *Diseases of the colon and rectum*, v. 46, n. 7, p. 851–859, 2003.

DENECKERE, S. et al. The European quality of care pathways (EQCP) study on the impact of care pathways on interprofessional teamwork in an acute hospital setting: study protocol: for a cluster randomised controlled trial and evaluation of implementation processes. *Implementation science: IS*, v. 7, n. 1, 2012.

DENECKERE, S. et al. Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways: A cluster randomized controlled trial. *Medical care*, v. 51, n. 1, p. 99–107, 2013.

GATER, R. et al. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological medicine*, v. 21, n. 3, p. 761–774, 1991.

GORMLEY, N.; O'LEARY, D. Time to initial medical presentation in a first-admission group with depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, v. 97, n. 2, p. 166–167, 1998.

JONES, A. Implementation of hospital care pathways for patients with schizophrenia. *Journal of nursing management*, v. 8, n. 4, p. 215–225, 2000.

KIYAMA, T. et al. Clinical significance of a standardized clinical pathway in gastrectomy patients. *Nippon Ika Daigaku zasshi [Journal of Nippon Medical School]*, v. 70, n. 3, p. 263–269, 2003.

KWAN, J.; SANDERCOCK, P. *In-hospital care pathways for stroke*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, , 22 abr. 2002. (Nota técnica).

LEONI, M. et al. Variation among local health units in follow-up care of breast cancer patients in Emilia-Romagna, Italy. *Tumori*, v. 99, n. 1, p. 30–34, 2013.

Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária. Disponível em:
<<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>>. Acesso em: 22 nov. 2023

MARELICH, G. P. et al. Protocol weaning of mechanical ventilation in medical and surgical patients by RespiratoryCare practitioners and nurses. *Chest*, v. 118, n. 2, p. 459–467, 2000.

MCGLYNN, E. A. et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *The New England journal of medicine*, v. 348, n. 26, p. 2635–2645, 2003.

QUAGLINI, S. et al. Economic benefit from clinical practice guideline compliance in stroke patient management. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, v. 69, n. 3, p. 305–315, 2004.

REES, G. et al. Joint working in community mental health teams: implementation of an integrated care pathway. *Health & social care in the community*, v. 12, n. 6, p. 527–536, 2004.

ROTTER, T. et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *The Cochrane library*, 2010.

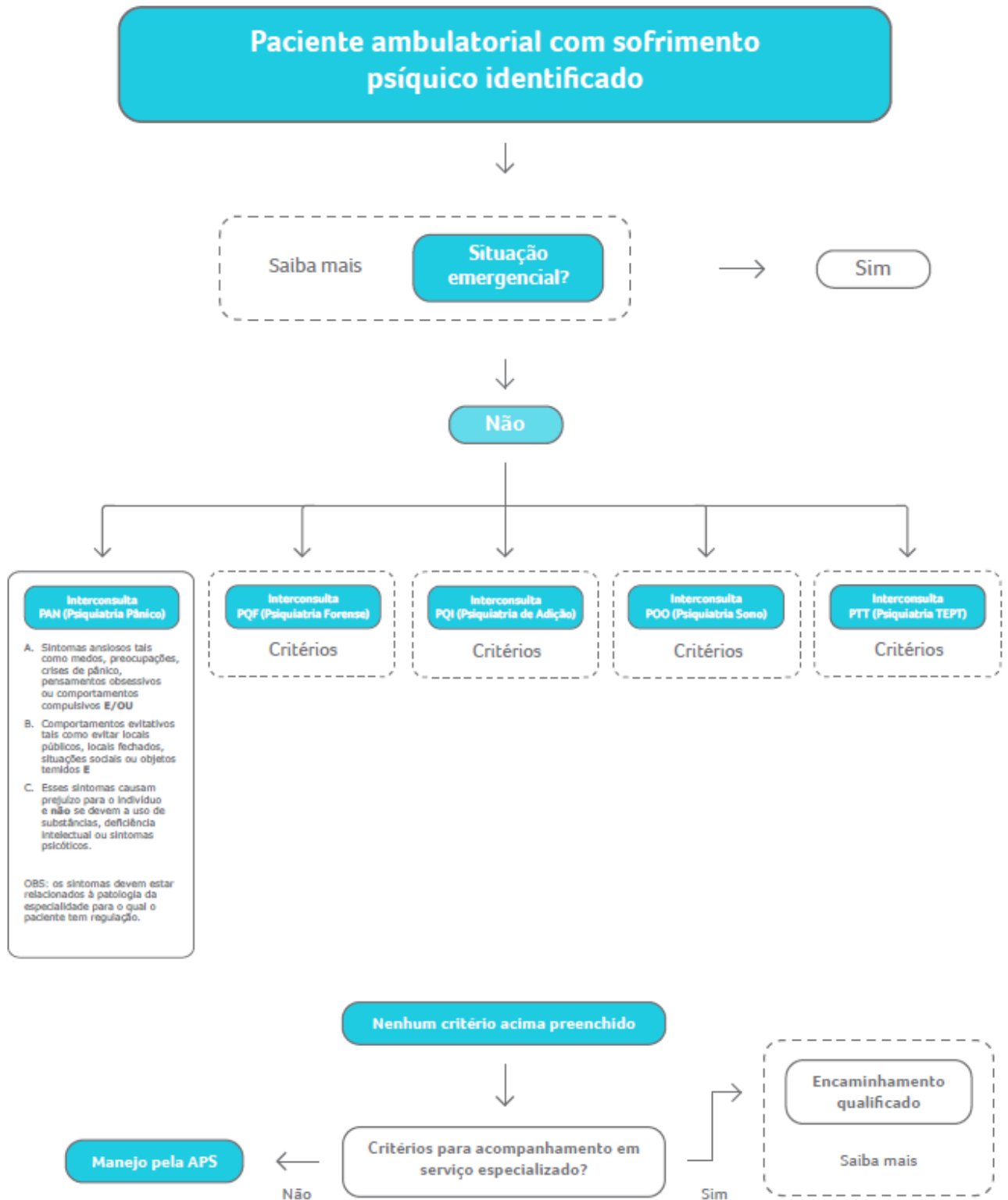
SEYS, D. et al. Better organized care via care pathways: A multicenter study. *PloS one*, v. 12, n. 7, p. e0180398, 2017.

SEYS, D. et al. Care pathways are complex interventions in complex systems: New European Pathway Association framework. *International journal of care coordination*, v. 22, n. 1, p. 5–9, 2019.

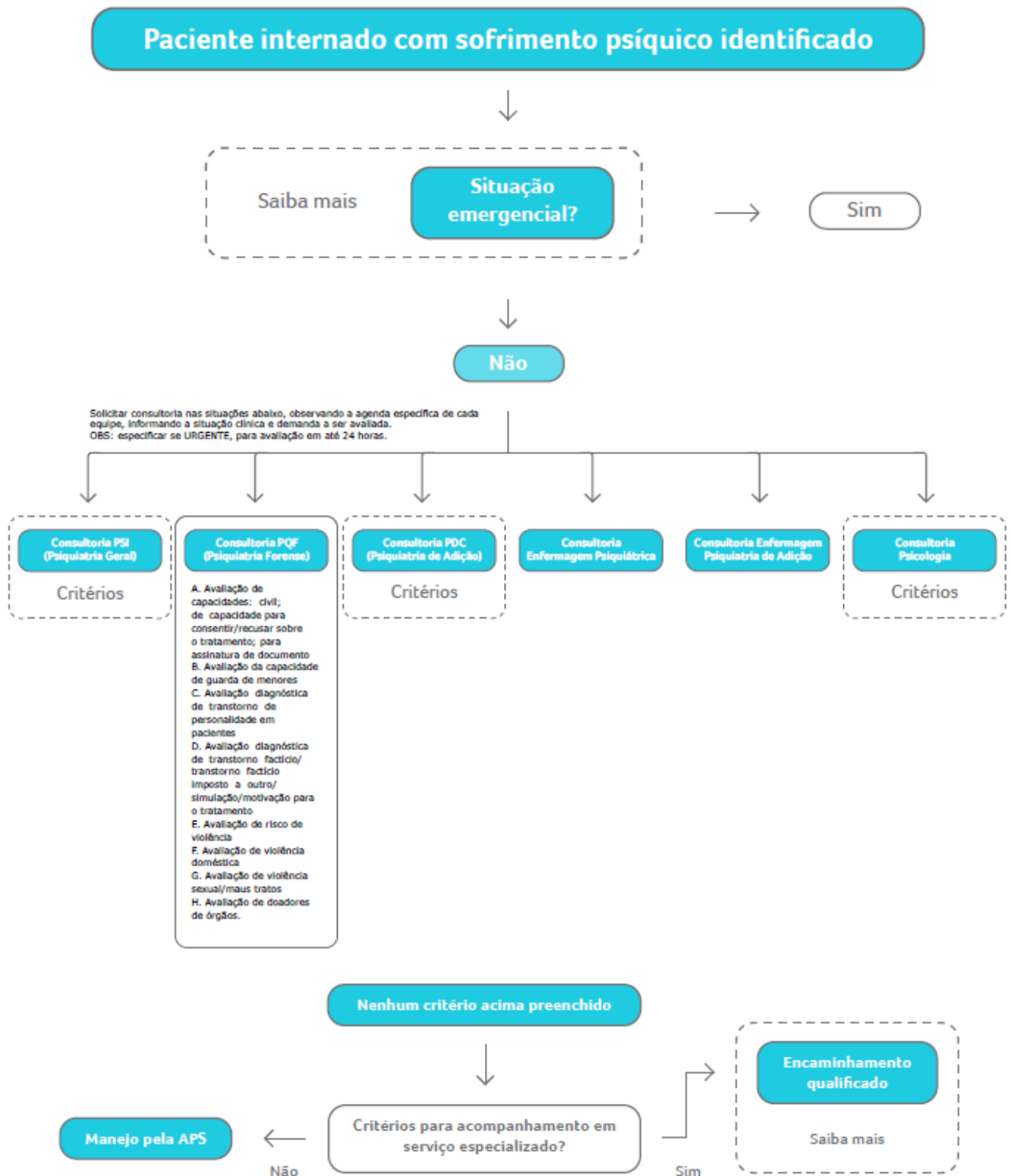
STEEL, Z. et al. Pathways to the first contact with specialist mental health care. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, v. 40, n. 4, p. 347–354, 2006.

WAKEFIELD, S.; PEET, M. Developing integrated care pathways in mental health: The critical success factors. *Journal of integrated care pathways*, v. 7, n. 1, p. 47–49, 2003.

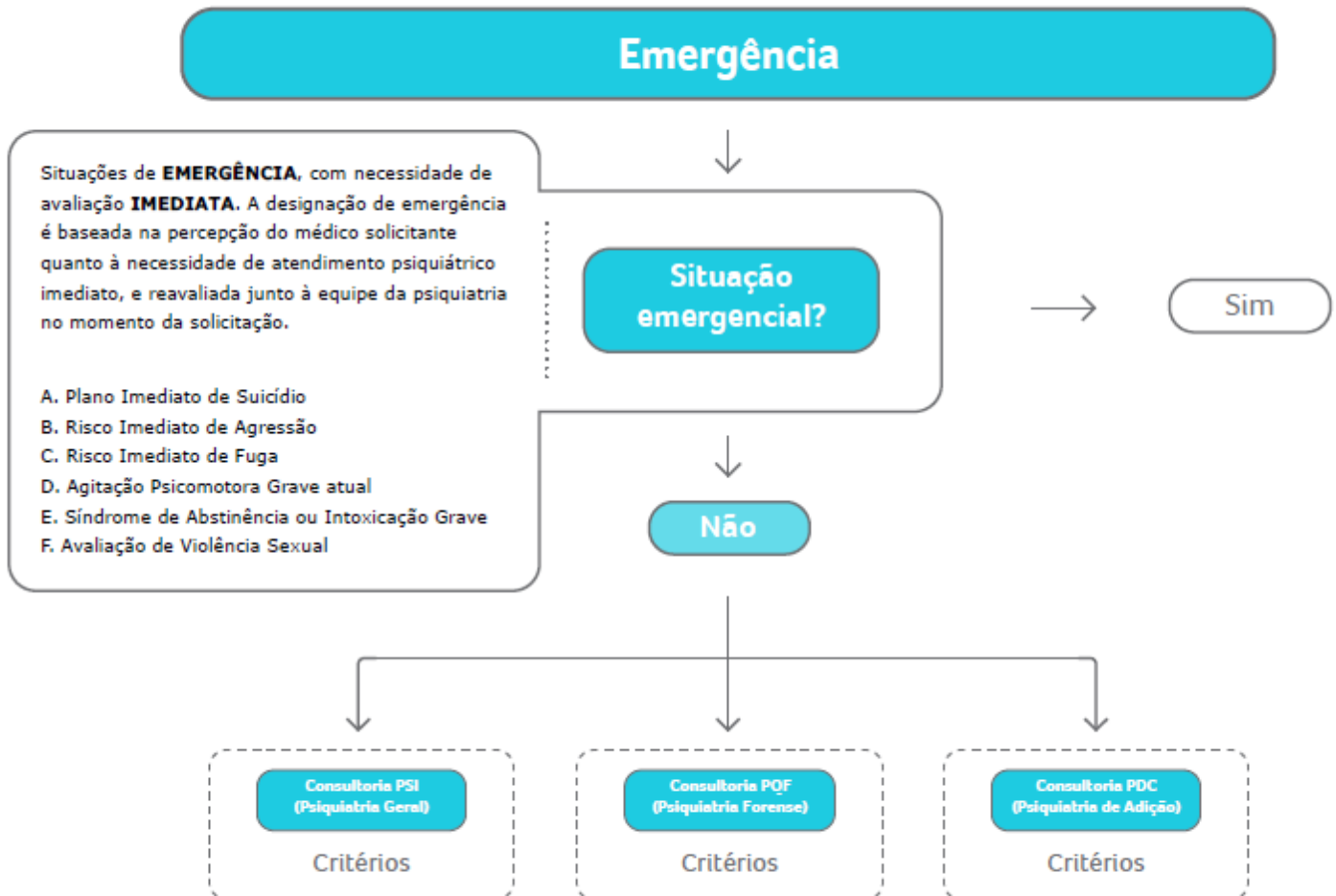
APÊNDICE 1 – FLUXOGRAMA DO PACIENTE AMBULATORIAL COM SOFRIMENTO PSÍQUICO IDENTIFICADO



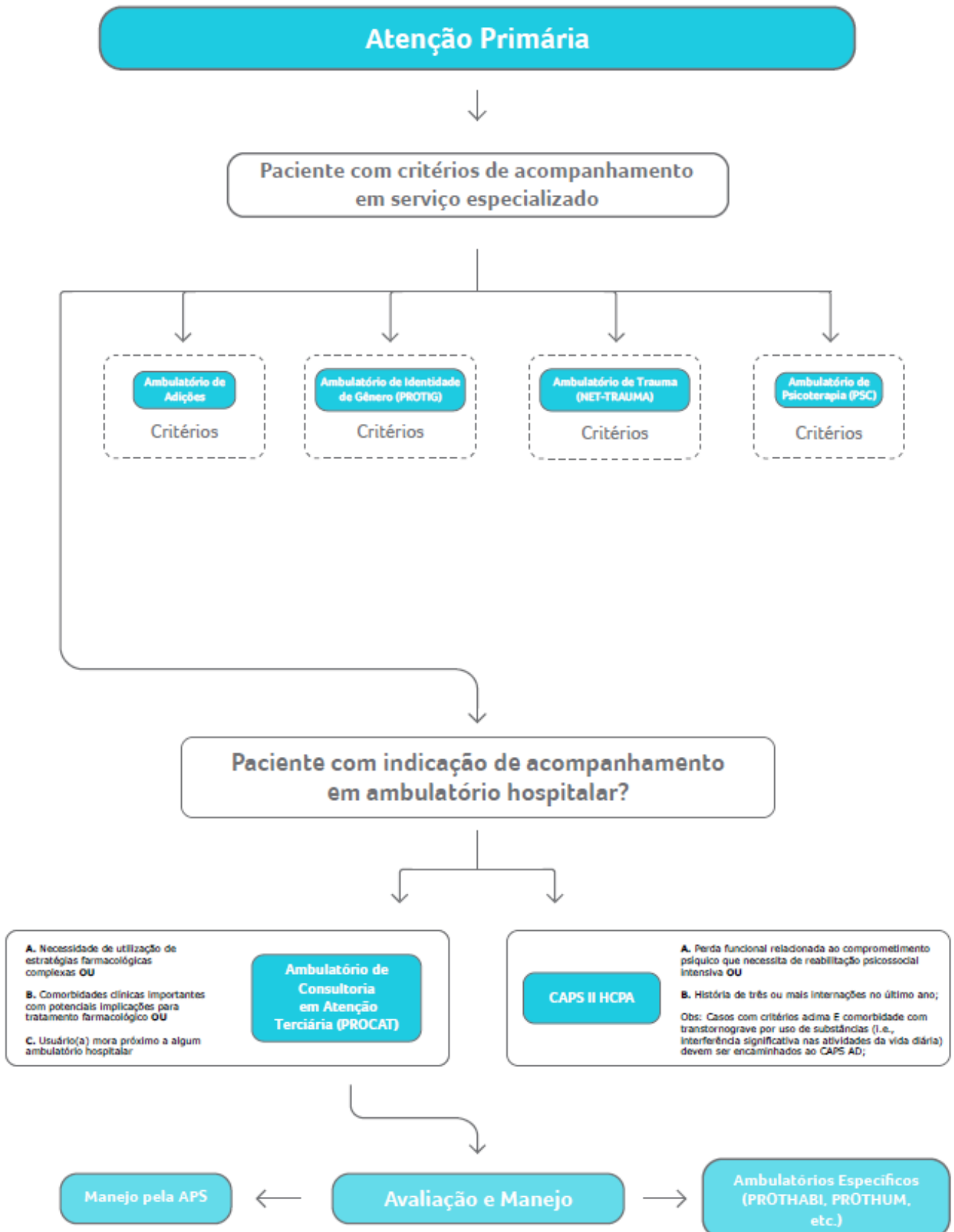
APÊNDICE 2 – FLUXOGRAMA DO PACIENTE INTERNADO COM SOFRIMENTO PSÍQUICO IDENTIFICADO



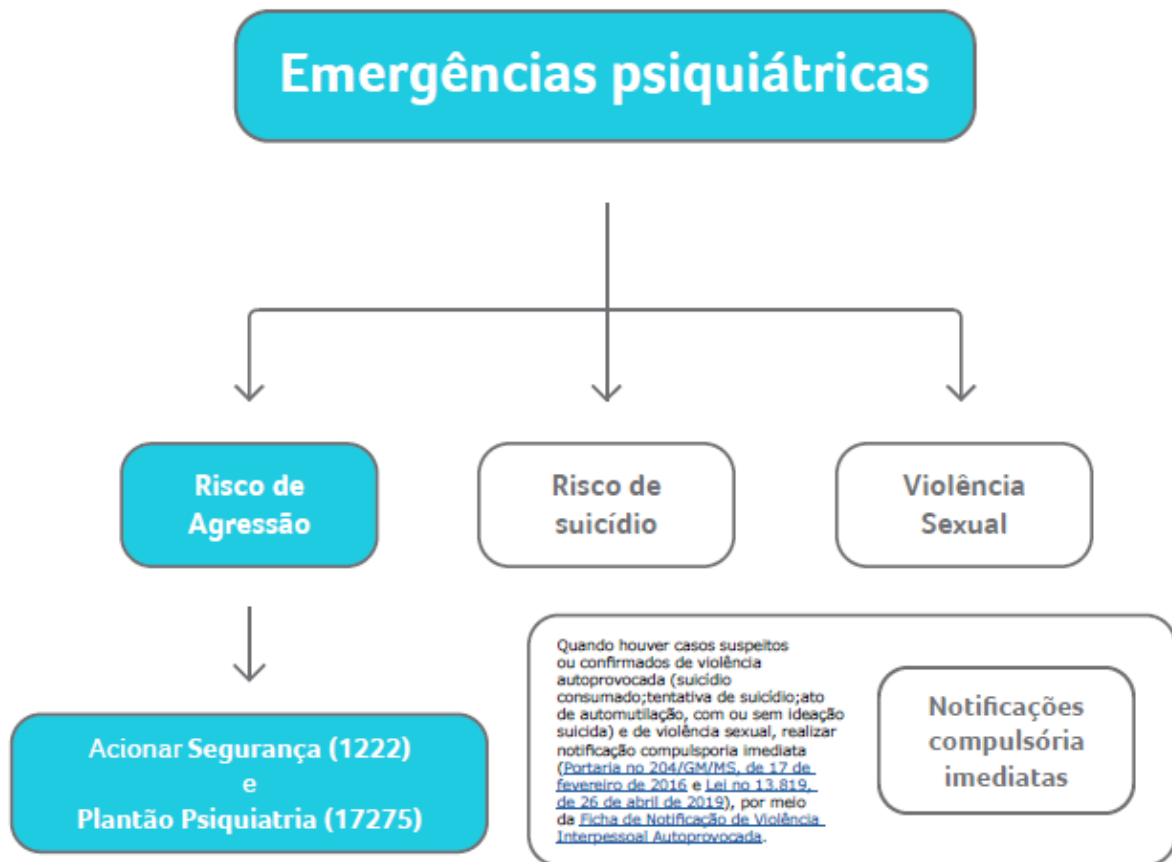
APÊNDICE 3 – FLUXOGRAMA DO PACIENTE NA EMERGÊNCIA COM SOFRIMENTO PSÍQUICO IDENTIFICADO



APÊNDICE 4 – FLUXOGRAMA DAS PORTAS DE ENTRADA DA SAÚDE MENTAL NO HCPA



APÊNDICE 5 – FLUXOGRAMA DE EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS



Situações para chamar o plantão da psiquiatria:

Suicidalidade aguda:

- Ideia/Desejo de suicídio ATUAIS com PLANO concreto
- Plano de alta letalidade (Arma de fogo, ingesta medicamentosa, pular de lugar alto)
- Acesso a meios letais
- Desespero e desesperança visíveis
- Risco de auto ou heteroagressão (Paciente com comportamento agressivo)
- Risco de exposição moral por comportamento desorganizado
- Sintomas psicóticos com alto risco de auto agressão ou exposição:

Exemplos:

- Alucinações auditivas que mandam "se matar"
- Delírios de que já está morto ou que os órgãos estão podres

Situações que não são atribuições do plantão da psiquiatria:

- Comunicação de más notícias;
- Sintomas depressivos/ansiosos sem risco agudo de suicídio (Ex. paciente choroso, ; pensamento de morte sem ideação)
- Dificuldade de comunicação entre equipe e paciente ;
- Avaliação de capacidade civil para decisões sobre tratamento/alta;
- Agilizar pendências da equipe da consultoria da Psiquiatria Geral;
- Não adesão ao tratamento proposto, quando preservado a capacidade de entendimento;