



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MARIANA HELENA BARBOZA GONÇALVES

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DA VILA ALMEIDA PARA AÇÕES DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES.

CAMPO GRANDE, 2025

MARIANA HELENA BARBOZA GONÇALVES

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DA VILA ALMEIDA PARA AÇÕES DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES

Trabalho de conclusão de curso apresentado como item obrigatório para a conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, sob orientação do tutor Dr. Fernando Pieretti Ferrari, na modalidade de projeto de intervenção.

CAMPO GRANDE, 2025

Dedico este trabalho a todas as almas.

Agradeço a Deus pela força e inspiração.
Agradeço a minha família pelo suporte e compreensão
infinitos. Agradeço ao Fernando, Márcia e Helizene por
tanta dedicação. Agradeço a todos os colegas por serem
tão generosos neste processo.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas
ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma
humana.
(Carl Jung)



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER



*imagem gerada por LuzIA



RESUMO

Gonçalves, Mariana Helena Barboza. Identificação das necessidades do cuidado em Saúde Mental no serviço de Pronto Atendimento da Vila Almeida para ações de educação permanente dos trabalhadores. Trabalho de conclusão de curso. (Curso de pós graduação lato sensu em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, 2025).

Introdução: A satisfação dos pacientes, principalmente do usuário em Saúde Mental é um indicador fundamental que reflete não apenas a qualidade do atendimento recebido, mas também o impacto desse atendimento na vida dos usuários. Ademais impacta-se acompanhantes, familiares e a própria equipe em saúde. No município de Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul, a Unidade de Pronto Atendimento Dr. Alessandro Martins de Souza Silva - UPA Vila Almeida, atende pacientes 24h por dia, nos sete dias da semana, destinando o cuidado à urgência e emergência. Tendo em vista que no bairro, próximo à unidade, há um Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS Vila Almeida, que atende usuários maiores de 18 anos com transtornos mentais graves, e que, em sua maioria, residem no bairro, é possível identificar que essa demanda é também absorvida pela UPA. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo principal possibilitar à equipe de urgência, um espaço de reflexão e de estratégias de qualificação do cuidado - colocando em pauta a atenção em saúde mental na educação permanente dentro da UPA Vila Almeida. Através de um diagnóstico situacional da atual assistência em saúde mental na unidade de urgência objetivou-se buscar meios de tornar a experiência mais confortável ao paciente, harmonizando o serviço. Para além disso possibilitar o protagonismo dos pacientes e acompanhantes dentro da unidade. **Método:** A pesquisa foi aplicada por meio de questionário, aplicado por assistentes sociais do serviço de pronto atendimento, no período de três semanas em outubro de 2024 por meio de pesquisa de opinião com um rol de trinta entrevistados – entre pacientes em internação, seus familiares e acompanhantes. Foram arguidos no que diz respeito ao ambiente, qualidade do atendimento prestado pelos profissionais de saúde, clareza das informações repassadas e satisfação geral com o serviço. **Resultados:** Realizou-se avaliação dos indicadores obtidos através da pesquisa de satisfação. O movimento de desinstitucionalização da Política Nacional de Humanização, de 2010, propõe um novo modelo assistencial priorizando a integração e manutenção do paciente na comunidade. No que diz respeito ao ambiente, 40% dos avaliados acredita que as instalações atuais da unidade são indiferentes e 26,6% acredita ser um ambiente hostil. No que diz respeito ao cuidado da equipe de saúde com os pacientes, mais da metade (16 pacientes), afirma que o tratamento é empático, 10% julgou desrespeitoso e o restante afirmou que o cuidado é impessoal. Levando a percepção de que o atendimento não foi humanizado ainda que profissional, para boa parte destes usuários. Sessenta por cento dos usuários afirmou que a atitude é apenas informativa, sem a preocupação em ser esclarecedora para quem está aguardando o tratamento adequado seja no CAPS ou no ambiente hospitalar. Dez por cento dos pacientes afirmou ainda não haver comunicação entre a equipe e o paciente. Lima (2013) nos traz que a informação deve ser transmitida de forma acolhedora, não encoberta por

arrogância. Considerações finais: Tendo em mente que sofrimento mental é uma demanda atual, crônica, que envolve, família, equipe, território e o indivíduo e que o processo de trabalho deve ser sempre reavaliado e reformulado nota-se quão valiosas são as informações trazidas pelo paciente e seus acompanhantes. Até porque o cuidado, onde quer que seja, sem humanização, já não é mais cuidado - e o domínio técnico sempre estará em segundo plano se comparado a competência humana.

Descritores: Sistema Único de Saúde. Atenção a Saúde. Assistência à Saúde Mental. Saúde Mental



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

SUMÁRIO

1. IMPACTO DA PÓS-GRADUAÇÃO NA MINHA VIDA PROFISSIONAL E PESSOAL.....	11
2. INTRODUÇÃO.....	12
3. OBJETIVOS.....	16
3.1. Objetivo geral	16
3.2. Objetivos específicos	16
4. PERCURSO DAS AÇÕES	
.....	17
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
.....	19
6. IMPLEMENTAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO	
.....	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
8. ANEXOS.....	
.....	23
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
.....	38

1. IMPACTO DA PÓS-GRADUAÇÃO NA MINHA VIDA PROFISSIONAL E PESSOAL

Sem dúvidas, a pós-graduação da Escola de Saúde Pública Jorge David Nasser, foi uma meta alcançada com sucesso. Há uma profissional antes e depois desse processo. O impacto foi significativo não somente em minha competência técnica mas na confiança em lidar com a complexidade da RAPS e dos pacientes. Me sinto habilitada, segura e com a sensação de ter ganhado um novo lar, pra onde eu possa voltar. Me sinto ESP.

Apaixonada desde sempre pela área da psiquiatria, hoje tenho uma visão mais holística. Essa mudança de perspectiva permite que eu desenvolva estratégias integrativas, compreendendo agora o verdadeiro significado do trabalho em rede. Médicos, enfermeiras, psicólogas, gestores construindo o saber juntos. Hoje já não faz mais sentido trabalhar sozinha.

O profissional de saúde desempenha um papel fundamental como agente formador e transformador na sociedade, indo além do cuidado clínico e da promoção da saúde. Educando, capacitando e é também um facilitador de mudanças sociais. Ao longo da minha jornada, ouvi inúmeras vezes a palavra "competência". Mas o que isso realmente significa?

Combinar autonomia, pensamento crítico e trabalho em equipe tem sido uma inspiração para a minha prática diária. Todo mundo é sabido de alguma coisa! Tentei absorver algo novo de tudo o que sempre esteve ao meu redor. Minha percepção do funcionamento do SUS foi transformada e, com isso, outros desafios foram surgindo. A metodologia ativa não foi uma novidade para mim, mas sim a metodologia ativa dentro da interprofissionalidade.

Fernando, como tutor, realmente foi um facilitador que soube, de forma leve, valorizar as potencialidades de cada discente e nos tirar da zona de conforto, explorando as dificuldades como pontos a lapidar e não defeitos a serem escondidos. Isso facilitou muito a aprendizagem mútua e a reflexão, mostrando-se interessado no nosso processo e respeitando o contexto de cada um.

Em um grupo heterogêneo, mas unido num mesmo propósito, vivi experiências gratificantes. Pude enxergar que políticas públicas têm sido fatores cruciais na quebra de ciclos intergeracionais de pobreza e exclusão social. Me senti parte do problema antes de me ver como parte da solução. Tive o privilégio de colocar isso em pauta nas reuniões de educação em saúde na unidade de pronto atendimento onde agora sou diretora técnica e percebo, mesmo que discretamente, que algumas mudanças e reflexões têm sido alcançadas. Por meio de cada colega, com suas características, formações, momentos pessoais e profissionais, me senti

inspirada, já não era mais por mim. Parcerias foram formadas. Laços foram construídos. A tal rede se consubstanciou.

Me vejo hoje defensora do controle social e da reforma psiquiátrica na minha comunidade. O aprendizado por meio das oficinas, por exemplo, me instruiu sobre como replicar os conhecimentos adquiridos na pós no meu ambiente de trabalho. Nem só com e-Docs e ofícios se capacita uma equipe. É necessário estar juntos, tomar decisões de forma coletiva e pactuada, articulando as realidades dos mundos de trabalho, e isso só é possível em uma equipe integrada, treinada. Isso só é possível numa equipe disposta e uníssona.

Reconheço que ampliei meu conhecimento e habilidades teóricas; porém, vejo que a competência atitudinal tem se alargado proporcionalmente à medida que o modelo de medicina biologicista, prescritiva e até informativa vem sendo superado. Descobri recursos, ferramentas, estratégias, profissionais incríveis e essa experiência acadêmica trouxe também autoconhecimento. Essa jornada de autodescoberta não só me fez sentir pertencente a esse movimento, mas também me capacitou a oferecer um apoio mais empático e consciente aos meus pacientes. Além disso, acredito valorizar ainda mais minha equipe de trabalho, compreendendo melhor, inclusive, as limitações existentes no processo de trabalho atual — só que agora, capacitada para transformá-lo dentro da minha governabilidade, mesmo que a passos de formiga.

Por fim, a pós-graduação em Saúde Mental, materializada pelas mãos de tanta gente competente, fomentou uma paixão contínua pelo aprendizado e pela pesquisa na área de Saúde Mental. Me identifico hoje como mulher, mãe, médica, antimanicomialista, capsvara e "mentaleira". Uma defensora da Saúde Mental, engajada em promover conscientização e desestigmatizar o transtorno mental na sociedade11

2. INTRODUÇÃO

O aperfeiçoamento da democracia no Brasil tem exigido dos órgãos públicos a adoção de modelos de gestão que ampliem a sua capacidade de atender, com mais eficácia e efetividade, às crescentes demandas da sociedade brasileira.

A qualidade dos serviços de saúde tem se tornado um tema central nas discussões sobre a eficácia e eficiência dos sistemas únicos de saúde brasileiro. Apesar dos significativos avanços alcançados nos anos recentes, a Administração Pública ainda necessita aperfeiçoar seus sistemas e tecnologias de gestão, com vistas à prestação de serviços públicos de melhor qualidade (Ministério do Planejamento, 2013).

No município de Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul, a Unidade de Pronto Atendimento Dr. Alessandro Martins de Souza Silva - UPA Vila Almeida, atende pacientes 24h por dia, nos sete dias da semana, destinando o cuidado à urgência e emergência. Tendo em vista que no bairro, próximo à unidade, há um Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS Vila Almeida, que atende usuários maiores de 18 anos com transtornos mentais graves, e que, em sua maioria, residem no bairro, é possível identificar que essa demanda é também absorvida pela UPA.

Em três anos trabalhando como plantonista e há pouco mais de três meses como Diretora Técnica responsável pelos médicos da unidade, percebo uma heterogeneidade no manejo desses pacientes, por toda a equipe. Mesmo com formação no atendimento de resposta rápida, há dificuldade e/ou falta de instrução ao cuidado humanizado desse grupo de pacientes. A Constituição da República Federativa do Brasil estabelece direitos fundamentais para os cidadãos, como o direito à vida, à liberdade e à igualdade, e assegura a proteção do Estado a esses direitos (BRASIL, 2025) e a Lei nº 10.216/2001 visa garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial de saúde mental, buscando integrar a pessoa ao seu contexto social e comunitário (BRASIL, 2001).

A pesquisa de Dassoler (2020) analisa as dificuldades no processo de implementação da reforma psiquiátrica, considerando as transformações no contexto social e político do país, que muitas vezes enfraquecem as políticas públicas de saúde mental. Dentre os desafios mencionados, destacam-se a escassez de recursos, a falta de formação adequada para os profissionais de saúde mental, e a resistência de parte da sociedade e dos próprios profissionais

em adotar modelos de cuidado que priorizem a comunidade e a atenção psicossocial em detrimento da internação hospitalar.

Barbosa constatou em sua pesquisa sobre o atendimento de usuários de substâncias psicoativas em pronto atendimento que os serviços que abrangem o atendimento de pacientes em sofrimento psíquico têm sido guiados por julgamento moral e preconceito, não havendo uma padronização do cuidado, deixando o paciente inseguro. Os profissionais conhecidos como "cavalos batizados" descritos por Nations (2007)— muitas vezes, só sabem cuidar da doença, mas não da pessoa por trás daquela situação.

Aos familiares fica o desafio lidarem com o sofrimento psíquico de seus entes queridos, incluindo o estigma social, a falta de compreensão sobre as condições de saúde mental e o impacto emocional da situação. O artigo de Lima (2013) enfatiza que o acolhimento aos familiares não deve se limitar apenas ao apoio técnico e informativo, mas também deve considerar os aspectos emocionais e psicossociais que envolvem o cuidado. Tendo isso em vista, os acompanhantes também são inseridos na pesquisa.

A satisfação dos pacientes, principalmente dos usuários de Saúde Mental, é um indicador fundamental que reflete não apenas a qualidade do atendimento recebido, mas também o impacto desse atendimento na vida dos usuários. O Programa Gespública do Ministério do Planejamento, criado em 2013, tem como foco avaliar a satisfação dos cidadãos em relação aos serviços públicos, buscando compreender como os usuários percebem os serviços de saúde. Isso é crucial para identificar áreas que necessitam de melhorias e para promover um ambiente mais acolhedor e eficaz para quem procura ajuda.

Quando os usuários da rede expressam suas percepções sobre a qualidade do atendimento como um todo, as instituições têm a oportunidade de identificar lacunas no serviço e adaptar suas práticas de acordo.

Somado a isso, a Política Nacional de Humanização de 2010, afirma que o avanço das políticas de concepção de Estado mínimo e a reconfiguração da máquina estatal, juntamente com a dinâmica da expansão e da acumulação predatória do capital, tem produzido efeitos devastadores, como a precarização das relações de trabalho, a perda de emprego e a crescente privatização dos sistemas de seguridade social, alijando grande parte da população da garantia de condições de existência.

Acrescenta-se a isso a Política Nacional de Humanização (PNH), defende ainda que os trabalhadores sejam estimulados a discutir sobre o seu ambiente de trabalho, expondo suas necessidades e expectativas em relação ao espaço em que irão passar grande parte do seu tempo. A avaliação da satisfação dos pacientes também se faz importante por diversas razões. Pacientes satisfeitos tendem a ter melhores resultados de saúde, pois estão mais propensos a seguir recomendações médicas e retornar a consultas regularmente na atenção primária.

As habilidades relacionais fortificam o vínculo e a co-responsabilidade. Nations (2007) já havia constatado que, indiscutivelmente, a competência humana do profissional é mais valorizada do que seu know-how técnico. Sem afetividade entre a equipe e o paciente, a potência terapêutica da relação é enfraquecida, e desvelar essa apreciação leiga é indispensável para humanizar o cuidado e garantir a cidadania (NUNES, 2007).

Para mais, em um contexto onde os recursos são limitados, compreender as necessidades dos usuários pode auxiliar gestores e profissionais da saúde a direcionarem esforços e investimentos de maneira mais estratégica, alinhando-se às expectativas dos pacientes. Segundo Nunes (2023) esse ciclo de feedback não apenas motiva os profissionais a buscarem novas competências, mas reforça os pontos positivos e promove uma cultura de aprendizado que valoriza a experiência do paciente como parte do processo de cuidado.

Dessa forma, os resultados obtidos visam desencadear um desejável processo de transformação organizacional, visando a melhoria na satisfação do usuário em saúde mental na UPA Vila Almeida e a adequação do processo de trabalho, refletindo inclusive na satisfação do próprio trabalhador. A aplicação das diretrizes da Política Nacional de Humanização e a adoção de práticas que promovam uma relação mais afetiva e humanizada com o paciente são passos valiosos para garantir não apenas a qualidade do atendimento, mas também a satisfação dos usuários e a melhoria no ambiente de trabalho para os profissionais de saúde.

O aprimoramento contínuo do cuidado e da qualidade no atendimento de saúde mental nas unidades de emergência é fundamental para garantir a eficiência dos serviços públicos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Possibilitar à equipe, espaço de reflexão e de estratégias de qualificação do cuidado em serviço mental na UPA Vila Almeida.

3.2. Objetivos específicos

- Realizar um diagnóstico situacional sobre o atendimento do paciente em saúde mental na unidade de urgência;
- Aprimorar o processo de trabalho na unidade por meio dos protocolos operacionais;
- Harmonizar o serviço entre os servidores da rede;
- Tornar a experiência mais confortável ao paciente e para o trabalhador em saúde;
- Aumentar o protagonismo do usuário e possibilitar voz ativa aos mesmos;
- Priorizar a satisfação da população e levantar dados concretos a serem apresentados em educação permanente em saúde.

4. PERCURSO DAS AÇÕES

Ao se estabelecer que o cuidado tanto do usuário do SUS, quanto entre os profissionais não deve ser dissociado. Esta pesquisa visa a melhora do cuidado em saúde mental, implementando um processo de avaliação da satisfação dos pacientes e seus acompanhantes na Unidade de Pronto Atendimento Vila Almeida. O público-alvo foram os trabalhadores da unidade de saúde, e os instrumentos utilizados foram a pesquisa de opinião - com os pacientes e familiares - e as reuniões de educação permanente em saúde já bem estruturadas na unidade.

Num primeiro momento, em meados de setembro, me reuni com as assistentes sociais (AS) fixas da unidade, que muito colaborativas se dispuseram a aplicar o instrumento e as escolhi com base no perfil acolhedor das mesmas.

As AS foram treinadas para abordar pacientes e acompanhantes de forma empática, explicando a importância da pesquisa e incentivando a sua participação. E claro, respeitando a recusa daqueles que não se sentissem confortáveis para tal. A pesquisa foi aplicada diariamente no período de uma semana em outubro de 2024, na Unidade de Pronto Atendimento, com a ajuda da gerência e destas assistentes sociais.

Os dados coletados foram organizados e analisados por mim, em novembro de 2024, utilizando métodos estatísticos para identificar padrões e áreas que necessitam de melhorias. Fiquei surpresa com os resultados e me enxerguei parte do problema.

O percurso metodológico se deu em duas etapas: a primeira por meio do questionário estruturado, elaborado com perguntas que abordam diferentes aspectos da experiência do paciente, incluindo, ambiente, qualidade do atendimento prestado pelos profissionais de saúde, clareza das informações recebidas e satisfação geral com o serviço.

As perguntas foram formuladas em formato de escala Likert para facilitar a análise e aplicada em pacientes que estavam em observação na enfermaria, bem como seus acompanhantes. A inclusão dos acompanhantes foi fundamental, pois eles também vivenciaram a experiência do atendimento e podem fornecer insights valiosos sobre a qualidade do serviço e a enfermaria se justifica por um tempo adequado para percepção da rotina do serviço.

Na segunda etapa do projeto, em janeiro de 2025, um relatório foi elaborado com os resultados da pesquisa, destacando os pontos fortes e as áreas que precisam ser aprimoradas. Esse relatório foi compartilhado com a gerência da unidade e discutido em reunião com os médicos, assistentes sociais e outros colaboradores envolvidos no atendimento, através da Educação Permanente em Saúde - excetuando-se a enfermagem por motivo de remanejamento

da responsável técnica a época, mas que mesmo à distância por questões de saúde fez questão de receber os resultados obtidos.

Tendo em vista que apesar da ação da enfermagem, grande atuante no cuidado não ter sido direta no processo da avaliação, é indissociável o papel da enfermagem na qualidade do cuidado. Vejo ainda que a relação entre médicos e AS foi estreitada. Hoje há uma comunicação direta entre as duas categorias e um modelo de cuidado que enxerga mais a comunidade e a atenção psicossocial.

Após a reunião com os colaboradores e tendo em vista a atuação dentro da minha governabilidade, adequamos a rotina médica através de um novo Protocolo de Operacional Padrão em março de 2025.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação dos indicadores obtidos através da pesquisa de satisfação com trinta usuários em saúde mental internados na UPA Vila Almeida juntamente aos seus acompanhantes foi analisada em janeiro de 2025.

No que diz respeito ao ambiente, 40% dos avaliados acredita que as instalações atuais da unidade são indiferentes, e 26,6% acredita ser um ambiente hostil. O movimento de desinstitucionalização da Política Nacional de Humanização, de 2010, propõe um novo modelo assistencial priorizando a integração e manutenção do paciente na comunidade. Parte dessa percepção hostil do espaço é da própria equipe que acredita que este paciente não deveria estar ali, uma lógica produtoras de mais adoecimento (Souza, 2013).

No que diz respeito ao cuidado da equipe de saúde com os pacientes, mais da metade (16 pacientes), afirma que o tratamento é empático, 10% julgou desrespeitoso e o restante afirmou que o cuidado é impessoal. Levando a percepção de que o atendimento não foi humanizado ainda que profissional, para boa parte destes usuários.

Tal fato se corrobora na questão seguinte que abordou a comunicação entre profissionais e pacientes onde 60% afirmou que a atitude é apenas informativa, sem a preocupação em ser esclarecedora para quem está aguardando o tratamento adequado seja no CAPS ou no ambiente hospitalar.

Dez por cento dos pacientes afirmou ainda não haver comunicação entre a equipe e o paciente. Lima (2013) nos traz que a informação deve ser transmitida de forma acolhedora, não encoberta por arrogância. Um profissional competente deveria aliviar a preocupação, acolher.

Em sua pesquisa, Gomes (2002), revela que experiência de adoecer é uma dimensão subjetiva com impacto social. Pacientes esperam uma ligação empática, uma conversa aberta e que o profissional em saúde seja um operador do cuidado, independente da categoria.

Quando questionados sobre o fator mais relevante quando se pensa em humanização do cuidado numa unidade de urgência, 73% afirmou que uma boa comunicação é o fator primordial. Nations (2007) afirma que a avaliação do usuário consegue ir além do estar satisfeito, a viva voz do paciente é uma racionalidade leiga, uma crítica, uma confluência de problemas coletivos. A viva voz do paciente legitima sua cidadania.

Com base nos resultados obtidos, um plano de ação foi desenvolvido para implementar melhorias nos serviços oferecidos por meio de Educação Permanente. O que inclui, melhoria nas instalações físicas da unidade, que mesmo em reforma, já regularizou a sala de acolhimento das assistentes sociais, que por hora era uma sala compartilhada com a enfermeira

administrativa - que não propiciava um atendimento humanizado e acolhedor.

E por fim, o Protocolo Operacional Padrão (POP) de Rotinas Médicas da UPA Vila Almeida foi reformulado em março de 2025, inserindo as questões mais relevantes obtidas na pesquisa referente ao ano de 2024, para tornar o processo de trabalho mais organizado e mais confortável para pacientes e profissionais.

A principal adaptação se deu na inserção de um boletim médico para o paciente, familiares e acompanhantes, com horários diários para que haja uma melhor comunicação entre a equipe médica e as famílias e melhor organização dos acompanhantes, não sendo restrito a esse horário. Almejando assim até diminuir o número de evasões desses pacientes, que é tão comum por não saberem o que está acontecendo e conseqüentemente o sofrimento psíquico destes.

Para além disso, a pesquisa de satisfação seguirá como um projeto anual planejado agora para o mês de Janeiro - tendo em vista que é o mês dedicado à conscientização sobre a Saúde Mental. E devido a importância da reavaliação constante, atualização de protocolos e conduta e reflexão crítica do processo de trabalho nas unidades de urgência e emergência.

6. IMPLEMENTAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO

Toda atividade cotidiana tem características únicas, sem as quais não poderia existir. Dentre essas características, o precedente é especialmente relevante.

A filósofa Agnes Heller, em 1992, afirmou que os indivíduos agem reproduzindo ações anteriores, realizadas por outras pessoas na mesma situação. Esta tem efeitos negativos se a percepção do precedente impede de captar o novo. Agora quando facilita o entendimento e simplifica o processo de trabalho proporciona consistência. Atuando positivamente na redução de incertezas e aumentando a confiança nas escolhas feitas.

Sendo assim, serviços que abrangem o atendimento de pacientes em sofrimento psíquico não podem ser guiados por julgamento moral e preconceito. Os pronto atendimentos são locais importantes no percurso desses usuários na rede, sendo espaço de sensibilização e intervenções breves.

Nesse sentido este projeto de intervenção abre um precedente para implementação de um instrumento de pesquisa simples, que pode ser realizado por qualquer profissional da saúde, para constantes ajustes na ambiência, empoderamento do paciente, tornando a convivência mais humana, mesmo num serviço de urgência.

Apesar das dificuldades descritas, acredito que a trajetória valeu a pena no sentido de colocar em pauta o sofrimento psíquico dos pacientes. Desvelar o cuidado em saúde mental e o acolhimento que tornam o cuidado mais humanizado. Acredito que é possível abranger ainda mais essa avaliação dentro da unidade.

Em um futuro próximo, quem sabe, outras categorias profissionais adotem em seu processo de trabalho o controle social e o bem estar holístico do paciente e dos colaboradores.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma lição impactante nessa pesquisa é que nem sempre o domínio técnico nos propicia uma visão holística, e que a competência humana do profissional é mais valorizada do que seu know how técnico .

O sofrimento mental em particular é uma demanda crônica que envolve, família, equipe, território e o indivíduo. Por vezes me questionei sobre a relevância do cuidado humanizado em urgência, e concluo que o cuidado, onde quer que seja, sem humanização, já não é mais cuidado.

O acolhimento se materializa através da escuta qualificada e também da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e possibilidade de resposta do serviço.

Os resultados obtidos foram pauta em discussão entre os responsáveis técnicos e administrativos da unidade, e posteriormente repassados aos pares. Esta pesquisa embasou alterações no protocolo de rotinas médicas da unidade, a fim de aprimorar o processo de comunicação entre médicos, pacientes e familiares, estipulando por exemplo, boletins médicos diários com informações esclarecedoras que pactuem a co-responsabilização entre profissionais, família e paciente.

Trazer maior protagonismo ao usuário e minimizando conflitos entre a equipe. Visando sempre fortalecer a rede de cuidado. Identificar mais profissionais sensibilizados para a proposta para montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário da unidade.

Por fim, é preciso demarcar a indissociável relação entre gestão e atenção - pois não há como desatar os modos de produzir saúde dos modos de gerir essa produção. Tornando o processo de pactuação, uma construção constante e coletiva.

ANEXOS

Anexo 1

PESQUISA DE OPINIÃO DOS USUÁRIOS

Como você avalia o ambiente desse serviço?

- acolhedor
- indiferente
- hostil

2) O que você acha do cuidado da equipe de saúde com os pacientes?

- empático
- desrespeitoso
- impessoal

3) Como você avalia a comunicação entre os profissionais e pacientes?

- esclarecedora
- informativa
- não há comunicação

4) Qual dos itens é mais importante para o acolhimento humanizado do paciente em saúde mental na unidade?

- espaço físico adequado
- agilidade no atendimento
- boa comunicação

Anexo 2 - POP ROTINAS MÉDICAS

P.O.P
ROTINAS MÉDICAS

UPA 24h Vila Almeida

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO

ROTINAS MÉDICAS

1. ADMINISTRATIVO

a. APRESENTAÇÃO

- i. Ao chegar para assumir o plantão, o médico deverá:
 1. Apresentar-se ao setor do(a) enfermeiro(a) administrativo(a);
 2. Comunicar o Setor que irá assumir (consultório, enfermaria ou emergência);
 3. Assinar folha de presença ou planilha de plantão
 4. Assinar folha de conferência (anotar pagamentos de horas, plantão eventual ou folha de frequência);
- ii. Todos os documentos citados encontram-se na sala do(a) enfermeiro(a) administrativo(a);
- iii. Apresentar-se ao controle de fluxo, comunicando ao servidor responsável pela função, qual sala/consultório irá atender, bem como o setor que irá assumir (consultório, enfermaria ou emergência)
- iv. Ponto eletrônico – chegada e saída.
 1. É obrigatório o uso do ponto eletrônico.

b. HORÁRIO:

- i. Cumprimento do horário do plantão é obrigatório
- ii. Tolerância:
 1. 15 minutos em plantão de 6 horas;
 2. 30 minutos em plantão de 12 horas;

3. Atraso deverá ser compensado no mesmo período do plantão;
 4. Atrasos superiores a tolerância, serão comunicados ao Supervisor médico.
- iii. Eventualidades podem ocorrer, em situações de atrasos imprevistos entrar em contato com DT ou gerente da unidade. Nessas situações os atrasos médicos podem ser justificados e autorizados pelas chefias imediatas;
 - iv. Atrasos injustificados são passíveis de perda do plantão.
- c. CARGA HORÁRIA:
- i. A carga horária semanal da folha de frequência do servidor deverá ser cumprida em cada mês.
 - ii. Pagamentos de horas, deverão ser combinados com o DT;
 1. As horas deverão ser pagas no mês corrente, e em dias com necessidade da escala.
 - iii. O cumprimento da carga horária é de responsabilidade do servidor;
- d. PLANTÕES EVENTUAIS:
- i. As vagas de plantões eventuais são de posse da direção técnica, sendo ofertadas conforme vacância, e prioridade, definidas por antiguidade da solicitação da vaga para o DT;
 - ii. Planilhas lançadas no mesmo dia deverão ser assinadas no mesmo dia do plantão;
 - iii. Planilhas retroativas terão 48 horas úteis para serem assinadas; salvo último dia do mês (até 10h do próximo dia útil);
 - iv. Planilhas devem ser assinadas em duas vias;

- v. Não rasurar as planilhas de forma alguma, comunicar o(a) enfermeiro(a) administrativo(a) em caso de inconsistências;
- vi. Em caso de dúvidas entrar em contato com a sala de gestão.

e. FOLHA DE FRÊQUENCIA:

- i. A assinatura da folha é de responsabilidade do servidor;
- ii. Anotar no rodapé da folha os pagamentos de horas a lápis;
 - 1. Ex. dia 14 PH do dia 06.
- iii. Assinar o rodapé;
 - 1. O rodapé da folha de frequência deverá ser assinado no primeiro dia de plantão;
 - 2. Caso esteja sem a assinatura, a sua folha perde validade.
- iv. A folha de frequência, deve ser preenchida até o último dia do seu plantão de folha.

f. ATESTADO MÉDICO:

- i. Deverão ser entregues até 48h úteis do dia da ausência, salvo último dia do mês (até 10h do próximo dia útil);
- ii. Em situações de impossibilidade de entrega de atestado, enviar foto do documento para a gerência;
- iii. Atestados iguais ou superiores a 4 dias, serão encaminhados para BOMEPE (perícia).

2. PLANO DE CAPACIDADE PLENA (PCP):

- a. A equipe médica:
 - i. Clínicos: 6-7 médicos;

ii. Pediatria*: 2 médicos;

*devido a reforma a configuração será alterada conforme necessidade.

b. Divisão das equipes:

i. Emergência: 1 médico clínico responsável;

ii. Sala de Observação: 1 médico clínico responsável;

iii. Consultórios: 4 a 6 médicos (conforme disponibilidade);

iv. Em caso de desfalque na escala por qualquer motivo, o número de médicos nos consultórios será alterado, nunca emergência e observação;

CLÍNICA				
	06 a 07 CLÍNICOS	05 a 06 CLÍNICOS	03 a 04 CLÍNICOS	2 CLÍNICOS
EMERGÊNCIA	UM MÉDICO	UM MÉDICO	UM MÉDICO	UM MÉDICO
OBSERVAÇÃO	UM MÉDICO	UM MÉDICO	UM MÉDICO	UM MÉDICO
CONSULTÓRIOS	04 ou 05 em atendimento nos consultórios	03 ou 04 em atendimento nos consultórios	01 ou 02 em atendimento nos consultórios	Sem atendimento, até chegada da equipe de apoio

v. Em caso de dúvidas contatar o DT da unidade.

c. Pediatria:

i. Os pediatras no período do plantão, serão responsáveis pelas divisões dos setores;

ii. Deverão priorizar as reavaliações e as emergências;

iii. Deverão priorizar os atendimentos conforme classificação;

PEDIATRIA				
	05 a 06 PEDIATRAS	03 a 04 PEDIATRAS	2 PEDIATRAS	1 PEDIATRA
EMERGÊNCIA	EQUIPE RESPONSÁVEL	EQUIPE RESPONSÁVEL	Os médicos pediatras ficarão responsáveis pelos atendimentos classificados como vermelho, amarelos e suturas, bem como as reavaliações. Também darão suporte ao auxiliar em condutas quando forem solicitados pelos clínicos.	O único médico da unidade, ficará responsável pelas emergências.
OBSERVAÇÃO	EQUIPE RESPONSÁVEL	EQUIPE RESPONSÁVEL		O único médico da unidade, ficará responsável pelas intercorrências e reavaliações.
CONSULTÓRIOS	Todos em atendimento nos consultórios	Todos em atendimento nos consultórios	Atendimento será realizado pela equipe da clínica, conforme classificação.	Atendimento será realizado pela equipe da clínica, conforme classificação.

3. CONSULTÓRIO:

- a. Ao assumir seu consultório, comunicando previamente o controle de fluxo, o médico deverá aguardar o controle direcionar suas fichas para atendimento e deslocamento dos pacientes.
 - i. O Controle, realizará a chamada dos pacientes e os posicionará próximo ao seu consultório;
 - ii. O controle fará chamadas em parcelas, ao final do atendimento de cada parcela, comunicar ao controle. Ele aguardará seu intervalo para realizar nova chamada;
- b. Os pacientes atendidos podem ser redirecionados da seguinte maneira:
 - i. Alta:
 1. Com receitas, orientações, declarações e atestados conforme o médico julgar necessário.
 - ii. Sala de alta após:
 1. Encaminhar o paciente com prescrição médica, identificado como alta após;
 2. Seguir o Fluxo em anexo.

iii. Sala de observação (Setor Verde):

1. Ao encaminhar o paciente para o setor o médico deverá prescrever o paciente (incluir na prescrição os medicamentos de uso contínuo caso seja necessário) e inseri-lo no SIGS;
2. Passar o caso para o médico responsável pelo setor, em acordo decidir quem irá reavaliar o paciente, caso for necessário;
3. Em caso de necessidade de encaminhamento via CORE, o médico que atendeu o paciente em consultório deverá encaminhar no sistema e comunicar ao médico responsável do setor.

iv. Emergência:

1. Ao encaminhar para o setor o médico deverá prescrever o paciente, caso exista alguma dúvida da prescrição, discutir o caso com o médico responsável do setor;
2. Passar o caso para o médico responsável do setor;
3. O caso deverá ser discutido e em comum acordo deverá ser definido quem irá encaminhar o paciente via core (em algumas situações a definição do caso será posterior a admissão do paciente, dessa forma o médico do setor da emergência assume o caso).
4. O médico do setor deve avaliar todos os pacientes admitidos no setor.

- c. Garantir que todos os atendimentos médicos ocorram dentro do tempo previsto em Classificação de Risco;
- d. Registrar anamnese e exame físico;
- e. Registrar CID e código de procedimento:

- i. CID: quatro dígitos, quando existir (J11.8)
- ii. Procedimento:
 - 1. 96: primeiro atendimento;
 - 2. 29: reavaliação, segundo atendimento, observação;
 - 3. 66: sutura.
- f. Letra legível nos casos de receituário manual e prescrever nos receituários padrão da unidade
- g. Fichas onde o paciente não respondeu a chamada:
 - i. Anotar NRC e o horário
 - 1. Ex. NRC 14:30;
 - 2. Após três chamadas o atendimento pode ser encerrado.
- h. Comunicar ao controle de fluxo quando for encaminhar paciente ao core, realizar sutura ou prescrever o paciente, devido ao tempo gasto, para o mesmo possa coordenar a sequência de fichas a serem chamadas (comunicação é essencial nesse processo);
- i. Preencher solicitação de exames corretamente nos formulários padrão da unidade: Laboratoriais, RX, ECG, entre outros;
- j. Médicos deste setor serão responsáveis por atendimento de fichas amarelas, verdes e azuis, bem como realizar procedimentos como sutura;
- k. Em caso de dúvida com o fluxo, entrar em contato com o Diretor Técnico da unidade.

4. ENFERMARIA:

- a. Médico responsável do setor, após a apresentação da chegada, deverá comparecer ao setor para assumi-lo, bem como comunicar à equipe de enfermagem e ao enfermeiro(a) do setor;

- b. Reavaliar os pacientes da enfermaria e definir condutas;
- c. Atualizar os pacientes no sistema do CORE, PEC E SIGS, inseri-los, caso haja necessidade, bem como responder aos questionamentos em tempo hábil;
- d. Prescrever os pacientes até as 13 horas;
 - i. Validade da prescrição: 13:00h do dia até as 13:00 do dia seguinte.
 - ii. Atentar-se para as medicações de uso contínuo, caso necessário incluir na prescrição;
- e. Encaminhar o paciente para emergência, se houver necessidade;
- f. Discutir o caso clínico, caso o médico do consultório encaminhe paciente para a enfermaria;
- g. No período vespertino, o médico do setor, ficará responsável pelas intercorrências, novas admissões, bem como auxiliar a equipes em demandas solicitadas;
- h. Solicitar transporte quando for caso, junto ao SAMU ou transporte privado;
- i. Solicitar vaga em unidade terciária privada, quando for o caso;
- j. A passagem de plantão, via censo, placar ou pessoalmente, é obrigatório;
- k. Solicitar junto ao DT, avaliação especializada (cardiologia, neurologia, cirurgia vascular, cirurgia geral ou ultrassonografia).
- l. Em caso de dúvida com o fluxo, entrar em contato com o Diretor Técnico da unidade.
- m. O boletim médico deve ocorrer as 11h30 e 17h30, sendo um informativo aos pacientes, acompanhantes ou familiar visitador.

5. EMERGÊNCIA:

- a. Médico responsável do setor, após a apresentação da chegada, deverá comparecer ao setor para assumi-lo, bem como comunicar à equipe de enfermagem e ao enfermeiro(a) do setor;
- b. Reavaliar o paciente do setor e definir condutas;
- c. Atualizar o paciente no sistema CORE, PEC E SIGS, ou inseri-lo, bem como responder aos questionamentos em tempo hábil;
- d. Discutir o caso clínico, caso o médico do consultório encaminhe paciente para a emergência;
- e. Ao encaminhar paciente para enfermaria, o médico da emergência, deverá passar o caso para o médico da enfermaria, bem como encaminhá-lo prescrito e se for o caso já inserido no sistema core.
- f. Medicamento de alta vigilância como benzodiazepínicos, prescrever em receituário branco também, para controle da farmácia;
- g. Lembrar-se de prescrever por escrito todos os medicamentos prescritos verbalmente durante as intercorrências;
- h. Solicitar transporte quando for caso, junto ao SAMU ou transporte privado e atualizar o quadro clínico sempre que necessário ou a cada período.
- i. Solicitar vaga em unidade terciária privada, quando for o caso;
- j. A presença do médico neste setor, é de suma importância, em casos de necessidade de ausência comunicar a equipe e informar onde estará, bem como deixar contato de telefone;
- k. A passagem de plantão presencial é de caráter obrigatório;
- l. Solicitar junto ao DT, avaliação especializada (cardiologia, neurologia, cirurgia vascular, cirurgia geral ou ultrassonografia).
- m. Em caso de dúvida com o fluxo, entrar em contato com o Diretor Técnico da unidade.

- n. O boletim médico deve ocorrer as 11h30 e 17h30, sendo um informativo aos pacientes ou familiar visitador.

6. CAPACITAÇÕES E PROTOCOLOS

- a. Ocorrerão capacitações e reuniões de educação permanente durante o ano;
- b. A presença é facultativa, segundo a Resolução nº399 Sesau, porém é de suma importância a presença para a evolução no atendimento, buscando assim uma melhoria contínua no processo de trabalho
- c. É impreterível a adesão dos servidores aos protocolos existentes na unidade.
 - i. Vale ressaltar que cada unidade devido a sua configuração pode ter um protocolo de fluxo específico. É importante estar atento a cada particularidade.

7. RESPONSABILIDADE MÉDICA:

- a. Previamente existem médicos, que assumem os setores da observação e emergência, porém eventualidades ocorrem, e pode ser necessário que outro médico assuma o setor;
- b. Todos os médicos devem estar aptos para assumir qualquer setor;
- c. Não existe plantão específico para atendimento em consultório ou “fichas”, o remanejamento pode ser necessário a qualquer momento;
- d. Ao assumir um plantão em um serviço de urgência e emergência, o médico assume o compromisso com o plantão, bem como o atendimento dos pacientes que buscam pela assistência;
- e. Ao assumir um plantão eventual, o médico é responsável pelo plantão, ausência injustificada, é passível de sanções administrativas;

- f. Nos serviços 24h de urgência e emergência, não existe meta ou cota de atendimentos, nesses casos existem demandas que devem ser atendidas na medida do possível;
- g. Referenciar e contra referenciar é de competência médica;
- h. Resolutividade, proatividade, empatia, trabalho em equipe, educação, são características essenciais para o médico.
- i. Criar um ambiente, que apesar de todos os imbróglis, podemos conviver e trabalhar em equipe com harmonia, não somente com colegas médicos, mas com todas as categorias.
- j. É dever de todos os médicos zelar pelo Estar Médico

Dra. Mariana H. Barboza Gonçalves
Diretor Técnico

Evelyn Godoi da Costa Medina
Enfermeira Responsável Técnica

Celso R. Ferreira Marcos Chaia
Gerente Administrativo

Mayara de Sousa dos Santos
Apoio Administrativo

Campo Grande, março de 2025

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. **Programa Gespública: pesquisa de satisfação: conceitos e orientações**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2013.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2010. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetopdf
. Acesso em: 1 jun. 2025.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
. Acesso em: 1 jun. 2025.
5. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em:
1 jun. 2025.
6. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.
7. BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 1 jun. 2025.
8. CAMPOS, C. J. G.; TEIXEIRA, M. B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 141–149, jun. 2001. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000200008>. Acesso em: 1 jun. 2025.
9. DASSOLER, V. A.; PALOMBINI, A. de L. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe3, p. 278–291, out. 2020.

10. LIMA, C. B.; BRÊDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. S. Acolhimento ao familiar da pessoa em sofrimento psíquico nos estudos de enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 571–580, out./dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3124/pdf>. Acesso em: 1 jun. 2025.
11. NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. A. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900016>. Acesso em: 1 jun. 2025.
12. NUNES, A. A. S. et al. Promoção da saúde do trabalhador e humanização no trabalho: relato das atividades realizadas na atenção primária e secundária. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 44, n. 2, p. 127–136, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2023v44n2p127>. Acesso em: 1 jun. 2025.
13. REFORMA Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de nov. de 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 1 jun. 2025.
14. SABEH, A. C. B. et al. Assistência à saúde mental nos serviços médicos de emergência: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 37, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.53486>. Acesso em: 1 jun. 2025.
15. SOUZA, M. C. B. de M.; BARBOSA, S. P. Atendimento aos usuários de substâncias psicoativas em pronto atendimento: perspectiva dos profissionais de saúde. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 82–87, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v9i2p82-87>. Acesso em: 1 jun. 2025.
16. MATTOS, Mússio Pirajá et al. Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção. *Psicossocial: revisão integrativa da literatura. Saúde em Debate* [online]. v. 44, n. 127. Rio de Janeiro – RJ: 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012724>