



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRISTINO CASTRO PIAUÍ
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I

Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do

Centro de Atenção Psicossocial I - Cristino Castro/PI.



CAPS - Cristino Castro/PI

(1ª Edição – 2026)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1. Identificação Geral

- **Razão Social:** Secretaria Municipal de Saúde de Cristino Castro
- **Nome Fantasia:** SMS
- **Entidade Mantenedora:** Prefeitura Municipal de Cristino Castro
- **CNPJ:** 00.922.402/0001-43
- **Natureza Jurídica:** 103-1 - Órgão Público do Poder Executivo Municipal (Sistema Único de Saúde - SUS)

2. Localização e Contato

- **Endereço:** Av. Marcos Parente, 1071, Centro – Cristino Castro/PI
- **CEP:** 64920-000
- **E-mail:** saudepmcc2021@gmail.com

3. Atendimento e Estrutura

- **Convênios Atendidos:** SUS (Sistema Único de Saúde)
- **Unidades com Atividades de Enfermagem:**
 - Unidades Básicas de Saúde (UBS)
 - **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**
 - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/PMC)
 - Centro de Reabilitação (CR)
 - Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti)
 - Unidade Mista de Saúde (UMS)
 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTINO CASTRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)

Gestão Municipal

* Marisa Ferreira Rocha

Secretária Municipal de Saúde

I. Coordenação, Elaboração e Revisão Geral (GQS):

* Cristiane de Araújo Santos – Enfermeira

Coordenação de Gestão da Qualidade em Saúde

* Giovanna Jacobina Alencar – Enfermeira

Coordenação de Gestão da Qualidade em Saúde

II. Revisão Técnico - científica:

* Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima - Psicóloga

Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS)

* Wagnete Nunes da Silva Castro -Enfermeira

Assistencial

* Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira

Responsável Técnica (RT)

FICHA TÉCNICA

© 2026. Secretaria Municipal de Saúde de Cristino Castro/PI.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização desta obra, desde que citada a fonte. É vedada a utilização para fins comerciais. 1ª edição – 2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P685p Piauí. Prefeitura Municipal de Cristino Castro. Secretaria Municipal de Saúde.

Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do Centro de Atenção Psicossocial de Cristino Castro – PI / Secretaria Municipal de Saúde; organização de Cristiane de Araújo Santos, Giovanna Jacobina Alencar [et al.]. – 1. ed. – Cristino Castro, PI: SMS, 2026.

148 p.: il.

1. Enfermagem - Centro de Atenção Psicossocial. 2. Procedimento Operacional Padrão (POP). 3. Saúde Mental. I. Santos, Cristiane de Araújo. II. Alencar, Giovanna Jacobina. III. Piauí. Prefeitura Municipal de Cristino Castro. IV. Título.

CDU: 616-083(812.2)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. MATRIZ ORGANIZACIONAL DE CONTEÚDO (ESTRUTURA DOS POPS)	07
3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E REFERÊNCIAS NORMATIVAS	09
3.1. Marco Legal Principal	09
3.2. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	09
3.3. Diretrizes e Parâmetros Específicos do CAPS I	10
3.4. Diretrizes Político-Assistenciais Fundamentais	10
2.1. BLOCO I: GESTÃO DE FLUXO, PORTAS DE ENTRADA E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO	12
POP 001 – Acolhimento Universal, Triagem e Escuta Qualificada	13
POP 002 – Elaboração, Revisão e Monitoramento do PTS	19
POP 003 – Fluxo de Referência, Contrarreferência e Apoio Matricial	25
POP 004 – Gestão de Prontuários e Conformidade com a LGPD	32
POP 005 – Procedimento para Visita Domiciliar e Busca Ativa	38
2.2. BLOCO II: BIOSSEGURANÇA, INFRAESTRUTURA E SEGURANÇA AMBIENTAL	44
POP 006 – Higienização das Mãos e Uso de EPI	45
POP 007 – Limpeza e Desinfecção de Ambientes Coletivos	52
POP 008 – Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)	58
POP 009 – Organização, Inspeção e Segurança do Ambiente	64
2.3. BLOCO III: ASSISTÊNCIA DIRETA, LINHAS DE CUIDADO E TECNOLOGIAS.....	70
POP 010 – Atendimento Individual Multiprofissional	71
POP 011 – Condução de Oficinas Terapêuticas e Atividades Grupais	77
POP 012 – Abordagem Familiar, Grupos de Cuidadores e Codependência	83
POP 013 – Cuidados de Enfermagem e Atenção Integral em Tabagismo, Álcool e Outras Drogas	89
POP 014 – Aplicação de Práticas Integrativas e Complementares (PICS)	95
2.4. BLOCO IV: MANEJO DE CRISES, INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E SEGURANÇA DO PACIENTE	101

POP 015 – Acolhimento e Manejo de Crise Psicótica Aguda e Surto Psiquiátrico	102
POP 016 – Aplicação Excepcional de Contenção Mecânica Terapêutica de Segurança	108
POP 017 – Protocolo de Prevenção, Monitoramento e Manejo de Comportamento Suicida e Automutilação	114
POP 018 – Atendimento a Intercorrências e Urgências Clínicas na Unidade	120
POP 019 – Segurança na Administração, Controle e Farmacovigilância de Psicofármacos	126
POP 020 – Registro Clínico de Qualidade, Indicadores Assistenciais e Notificação Compulsória	133
5. REFERÊNCIA	139
6. APÊNDICES	144
Apêndice A – Modelo de Ficha de Acolhimento Noturno / Diurno	145
Apêndice B – Projeto Terapêutico Singular (PTS)	146
Apêndice C – Termo de Consentimento para Contenção Mecânica.....	147

1. INTRODUÇÃO

O Procedimento Operacional Padrão (POP) para unidades de saúde mental é um documento técnico-normativo que descreve, de forma minuciosa, os passos e as diretrizes institucionais para a realização de atividades específicas em uma unidade de saúde mental. No âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), este instrumento estabelece os fluxos vitais que organizam a rotina assistencial, incluindo informações e padronizações sobre os processos de triagem e acolhimento, avaliação diagnóstica multiprofissional, planejamento terapêutico, tratamento clínico-psicossocial e os cuidados contínuos para pacientes em tratamento, garantindo uma assistência universal, resolutiva e humanizada no território.

O objetivo principal do POP é garantir a padronização e a alta qualidade na execução das atividades assistenciais e administrativas, promovendo a segurança do paciente, a eficiência e a eficácia de todas as operações no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ele serve como um guia orientador permanente para direcionar os colaboradores sobre como realizar as tarefas cotidianas de forma correta, ética e segura, seguindo estritamente as diretrizes clínicas estabelecidas pelas políticas públicas de saúde mental e as metas de governança em saúde.

Para tanto, estes documentos descrevem passo a passo as atividades rotineiras a serem realizadas pela equipe multiprofissional, incluindo instruções detalhadas de manejo clínico, requisitos de biossegurança e segurança institucional, equipamentos e insumos necessários, medidas de controle interno de qualidade e a clara delimitação dos responsáveis técnicos por cada execução. Com isso, salvaguarda-se a atuação integrada de categorias como a medicina, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e enfermagem, ressaltando a cadeia de responsabilidades profissionais sob a supervisão do Enfermeiro RT (Responsável Técnico) e demais coordenadores de área.

Além disso, os POPs também auxiliam de forma estratégica na capacitação e integração de novos colaboradores, na manutenção da consistência operacional frente à rotatividade de pessoal e na identificação contínua de oportunidades de melhoria nos processos assistenciais através de auditorias. Ao seguir rigorosamente um Procedimento Operacional Padrão sob a validação da Coordenação de Gestão da Qualidade em Saúde, assegura-se a plena conformidade com as regulamentações vigentes (como as resoluções da ANVISA e do Ministério da Saúde), minimizam-se riscos clínicos e erros operacionais, e garante-se a entrega de serviços públicos

de saúde mental com alto padrão de qualidade, previsibilidade e confiabilidade aos usuários de todas as faixas etárias, incluindo aqueles com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

2. MATRIZ ORGANIZACIONAL DE CONTEÚDO (ESTRUTURA DOS POPS)

Para contemplar toda a complexidade do CAPS I, o manual fica organizado nos seguintes módulos e títulos padronizados:

Bloco I: Gestão de Fluxo, Portas de Entrada e Organização do Cuidado

- **POP 001 – Acolhimento Universal, Triagem e Escuta Qualificada:** Fluxo de recepção da demanda espontânea e referenciada de crianças, adultos e idosos, com classificação de risco psicossocial imediato.
- **POP 002 – Elaboração, Revisão e Monitoramento do Projeto Terapêutico Singular (PTS):** Padronização das etapas de discussão interdisciplinar, definição de metas de reabilitação e designação do Técnico de Referência.
- **POP 003 – Fluxo de Referência, Contrarreferência e Apoio Matricial na RAPS:** Trâmites de articulação e compartilhamento do cuidado com a Atenção Primária à Saúde (APS) e regulação via sistema Regula Piauí.
- **POP 004 – Gestão de Prontuários, Sigilo das Informações e Conformidade com a LGPD:** Regras para arquivamento, guarda, manuseio de prontuários e garantia de confidencialidade dos dados dos usuários.
- **POP 005 – Procedimento para Visita Domiciliar e Busca Ativa Territorial:** Diretrizes para deslocamento da equipe multiprofissional, mapeamento de vulnerabilidades no território e resgate de usuários faltosos.

Bloco II: Biossegurança, Infraestrutura e Segurança Ambiental

- **POP 006 – Higienização das Mãos e Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI):** Critérios de biossegurança para a equipe técnica e assistencial dentro da unidade de saúde mental.
- **POP 007 – Limpeza e Desinfecção de Ambientes Coletivos:** Rotina de higienização de espaços comuns, com foco em salas de oficinas, áreas de convivência e refeitório.

- **POP 008 – Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) e Descarte de Perfurocortantes:** Fluxo de segregação, acondicionamento e descarte de lixo infectante, químico e materiais perfurocortantes.
- **POP 009 – Organização, Inspeção e Segurança do Ambiente (Controle de Objetos de Risco):** Protocolo de varredura ambiental e vigilância preventiva para detecção de materiais que possam ser utilizados como armas ou instrumentos de auto/Heteroagressão.

Bloco III: Assistência Direta, Linhas de Cuidado e Tecnologias Psicossociais

- **POP 010 – Atendimento Individual Multiprofissional:** Parâmetros de atuação clínica integrada e interconsultas (Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Medicina).
- **POP 011 – Condução de Oficinas Terapêuticas, Rodas de Conversa e Atividades Grupais:** Metodologia participativa e organização de grupos operativos adaptados aos diferentes ciclos de vida dos usuários.
- **POP 012 – Abordagem Familiar, Grupos de Cuidadores e Manejo de Codependência:** Diretrizes para suporte aos familiares de crianças, adultos e indivíduos em sofrimento decorrente do uso de substâncias.
- **POP 013 – Cuidados de Enfermagem e Atenção Integral em Tabagismo, Álcool e Outras Drogas:** Abordagem psicossocial baseada nas diretrizes de Redução de Danos e reabilitação da autonomia.
- **POP 014 – Aplicação de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na RAPS:** Inserção de recursos terapêuticos complementares regulamentados como ferramentas de alívio do estresse e sofrimento psíquico.

Bloco IV: Manejo de Crises, Intercorrências Clínicas e Segurança do Paciente

- **POP 015 – Manejo de Crise Psíquica Aguda, Surto e Agitação Psicomotora:** Técnicas de descalonamento, contenção verbal e abordagem comportamental segura em ambiente ambulatorial.
- **POP 016 – Contenção Mecânica Segura:** Critérios técnicos restritos, justificativas éticas, monitoramento clínico contínuo e aplicação da técnica de 5 pontos, em estrita conformidade com as resoluções profissionais.

- **POP 017 – Protocolo de Prevenção, Monitoramento e Manejo de Comportamento Suicida e Automutilação:** Identificação precoce de sinais de alerta, estratificação de risco e vigilância protetiva intensiva na unidade.
- **POP 018 – Atendimento a Intercorrências e Urgências Clínicas na Unidade:** Primeiros socorros e estabilização de episódios de crise convulsiva, engasgo (OVACE) e síncope antes da remoção pelo serviço de emergência.
- **POP 019 – Segurança na Administração, Controle e Farmacovigilância de Psicofármacos:** Rotina técnica supervisionada pelo Enfermeiro RT para triagem de receitas, aplicação dos "Nove Certos" na medicação psicotrópica e busca ativa de reações adversas severas.
- **POP 020 – Registro Clínico de Qualidade, Indicadores Assistenciais e Notificação Compulsória:** Critérios para evolução multiprofissional em prontuário e preenchimento imediato das fichas de notificação compulsória de violências autoprovocadas ou interpessoais.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E REFERÊNCIAS NORMATIVAS

A Política Nacional de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturada por um arcabouço normativo rígido de leis, portarias e diretrizes federais. Este conjunto legal garante a liberdade, a cidadania e o direito ao tratamento comunitário, servindo como base para a validação técnica de todos os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) contidos neste manual.

3.1. Marco Legal Principal

- **Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei Antimanicomial):**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei assegura os direitos fundamentais dos usuários, veda qualquer tipo de tratamento desumano ou discriminatório e estabelece de forma imperativa a priorização de serviços de base comunitária e de caráter aberto, restringindo a internação psiquiátrica a situações excepcionabilíssimas.

3.2. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

- **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011:**

Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS. Ela estabelece as diretrizes e articula organicamente os pontos de atenção — desde a Atenção Básica até os serviços hospitalares e de urgência — para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

- **Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017:**

Consolidam as normas sobre as redes de atenção de saúde e o financiamento do SUS. Estes instrumentos unificam as regras de funcionamento, as diretrizes operacionais e os parâmetros de repasse e custeio financeiro federal destinados à manutenção da RAPS e de seus componentes essenciais.

3.3. Diretrizes e Parâmetros Específicos do CAPS I

Instrumento Normativo	Escopo de Aplicação no CAPS I
Portaria GM/MS nº 336/2002	Define e organiza as modalidades assistenciais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estabelece o CAPS I como um serviço de base territorial voltado para municípios e regiões com população entre 15.000 e 70.000 habitantes , encarregado do atendimento interdisciplinar de transtornos mentais graves e persistentes e demandas de substâncias psicotrópicas para todas as faixas etárias.
Portaria GM/MS nº 130/2012	Redefine as diretrizes de funcionamento e os parâmetros assistenciais e populacionais dos CAPS. Fixa os critérios de financiamento, as competências das equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais) e os mecanismos de controle de qualidade do cuidado ofertado.

3.4. Diretrizes Político-Assistenciais Fundamentais

Todas as rotinas descritas neste manual devem obrigatoriamente seguir os quatro pilares doutrinários da atenção psicossocial:

- **Base Comunitária e Territorial:** O cuidado clínico-institucional deve ocorrer de forma descentralizada e integrada ao território vivido pelo paciente, fortalecendo a manutenção dos laços familiares, comunitários e sociais.
- **Desinstitucionalização:** Promoção de práticas que visem a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, incentivando a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania por meio de dispositivos abertos de cuidado.
- **Autonomia e Direitos Humanos:** Respeito intransigente à singularidade e dignidade do usuário, proibição terminante de isolamento punitivo e obrigatoriedade da aplicação do consentimento informado e da contratualidade nas decisões terapêuticas.
- **Cuidado Multidisciplinar:** Ações assistenciais ancoradas na construção coletiva do **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**, integrando saberes de diferentes categorias profissionais para responder à complexidade das demandas biopsicossociais do indivíduo.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



BLOCO I: GESTÃO DE FLUXO, PORTAS DE ENTRADA E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 001 ACOLHIMENTO UNIVERSAL, TRIAGEM E ESCUTA QUALIFICADA	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 4
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos – Enfermeira, Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar – Enfermeira, Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga, CRP- 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias – Enfermeira, Coren/PI nº 182.935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima – Enfermeira, Coren/PI nº 267.112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	

1 OBJETIVO

Padronizar o processo de recepção, escuta qualificada e classificação de risco psicossocial de indivíduos que buscam o CAPS I, por demanda espontânea ou referenciada. Garantir o acesso universal e humanizado de usuários de todas as faixas etárias (crianças, adultos e idosos) e com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, identificando prioridades clínicas e definindo o desfecho assistencial seguro.

2 ABRANGÊNCIA

Aplica-se integralmente aos setores de recepção, triagem administrativa e salas de atendimento multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do Município de Cristino Castro/PI.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Recepcionistas / Equipe de Apoio	Realizar a recepção cordial, identificação civil inicial e encaminhamento imediato do usuário ao profissional do acolhimento do dia, vedada

	qualquer prática de filtragem diagnóstica ou imposição de barreiras burocráticas.
Equipe Multiprofissional Técnico-Assistencial (<i>Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais e Médicos</i>)	Executar a escuta qualificada, aplicar os critérios de classificação de risco psicossocial, registrar as informações em prontuário e deliberar o desfecho condizente.
Enfermeiro RT (Responsável Técnico):	Supervisionar e gerenciar a escala diária de acolhimento profissional, garantindo a continuidade do fluxo e a conformidade ética e técnica da assistência direta.

4 DEFINIÇÃO

- **Acolhimento:** Postura ética e técnica de recepção que pressupõe a escuta do usuário em suas demandas, a responsabilização pelo seu sofrimento e a resolutividade do cuidado, rompendo com a lógica exclusivista da triagem burocrática.
- **Escuta Qualificada:** Tecnologia leve de cuidado em saúde desenvolvida pela equipe multiprofissional para apreender o sofrimento psíquico em sua dimensão existencial, subjetiva e social, identificando as necessidades de saúde para além do diagnóstico sintomático.
- **Classificação de Risco Psicossocial:** Processo dinâmico de avaliação assistencial que visa estratificar o grau de vulnerabilidade, sofrimento mental e urgência do caso, determinando o tempo de resposta e o recurso terapêutico necessário.

5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala de atendimento privativa (garantindo isolamento acústico e visual);
- Prontuário clínico individual (físico ou eletrônico) e Ficha de Acolhimento Inicial padronizada;
- Protocolo/Guia de Classificação de Risco Psicossocial institucional;
- Computador com acesso à internet e sistema de informação em saúde;
- Esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro e oxímetro de pulso (para intercorrências e triagem física basal).

6. PROCEDIMENTO

- **Passo 1: Recepção e Identificação Administrativa**
 - O usuário e/ou seu acompanhante são recebidos na recepção da unidade. A equipe de apoio realiza o cadastro basal (Nome, Cartão SUS, data de nascimento e endereço) sem retenção de fluxo e encaminha o caso imediatamente para a sala de acolhimento do dia.
- **Passo 2: Acomodação e Ambientação**
 - O profissional responsável pelo acolhimento recebe o usuário e acompanhantes na sala privativa, apresenta-se pelo nome e função, e assegura um ambiente de fala livre e confidencial.
- **Passo 3: Condução da Escuta Qualificada**
 - Investigar o motivo principal da busca pelo serviço (queixa principal) através de perguntas abertas, observando o comportamento, o humor, a orientação têmporo-espacial e o nível de organização do pensamento.
 - Mapear o histórico psicossocial, ciclo de vida, dinâmica familiar (identificando cuidadores ou redes de apoio) e o uso de álcool, tabaco ou outras substâncias psicoativas.
- **Passo 4: Avaliação de Riscos Emergenciais**
 - Avaliar ativamente a presença de ideação ou plano suicida, comportamentos de automutilação, sinais de agitação psicomotora, heteroagressividade, episódios alucinatórios/delirantes ativos ou sinais físicos de abstinência e intoxicação por substâncias.
- **Passo 5: Aplicação da Classificação de Risco Psicossocial**
 - Estratificar o caso em uma das três cores de diretriz assistencial:
 - **Vermelho (Urgência/Emergência Crítica):** Risco iminente de auto ou Heteroagressão, surto psicótico agudo, intoxicação/abstinência severa. *Conduta:* Atendimento médico/enfermagem imediato e estabilização na unidade ou acionamento do serviço de urgência.
 - **Amarelo (Prioridade Moderada):** Sofrimento psíquico intenso e persistente, histórico recente de tentativas de autoextermínio sem planejamento atual imediato, conflitos familiares graves, uso nocivo de substâncias com quebra de funcionalidade. *Conduta:* Atendimento pela equipe multiprofissional no mesmo dia para intervenção breve e agendamento de PTS.
 - **Verde (Eletivo/Casos Leves ou Moderados Estabilizados):** Demandas de sofrimento psíquico leve, ansiedade leve, solicitações de orientações ou

encaminhamentos burocráticos. *Conduta:* Inclusão no fluxo de agendamentos ou direcionamento para a Atenção Primária à Saúde.

- **Passo 6: Desfecho e Encaminhamento Responsável**

- *Caso CAPS I:* Se preenchidos os critérios para o serviço (transtorno mental grave e persistente ou dependência química complexa), proceder com a abertura formal do prontuário institucional e agendamento da reunião de equipe para elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- *Caso Fora do Escopo:* Se o caso apresentar perfil para a Atenção Primária, realizar a contrarreferência responsável por escrito para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência do usuário.

7 CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Estabelecer relação de confiança e escuta empática ativa, validando o sofrimento manifestado pelo usuário e familiares.
- Aferir e monitorar dados vitais (PA, FC, FR, Temperatura e Glicemia capilar) em usuários que manifestem queixas físicas associadas, tremores ou suspeita de intoxicação/abstinência.
- Promover ambiente terapêutico calmo, com redução de estímulos luminosos e sonoros para pacientes em quadros de ansiedade severa ou agitação inicial.
- Orientar o usuário e a família de forma clara quanto ao funcionamento da unidade, horários de atendimento técnico e canais de comunicação em saúde mental.
- Registrar na evolução de enfermagem o estado mental observado (aspecto, fala, coerência, afeto, psicomotricidade) e a conduta adotada no acolhimento.

8 OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de quebra de sigilo profissional:** É terminantemente proibido realizar o acolhimento ou escuta de queixas na recepção ou em corredores. Portas devem permanecer fechadas durante o atendimento.
- **Risco de escalonamento de violência (Heteroagressividade):** Na organização física da sala de acolhimento, o profissional deve posicionar sua mesa/cadeira de modo a ficar mais próximo da porta de saída do que o paciente, facilitando a evasão segura em caso de fúria psicótica.

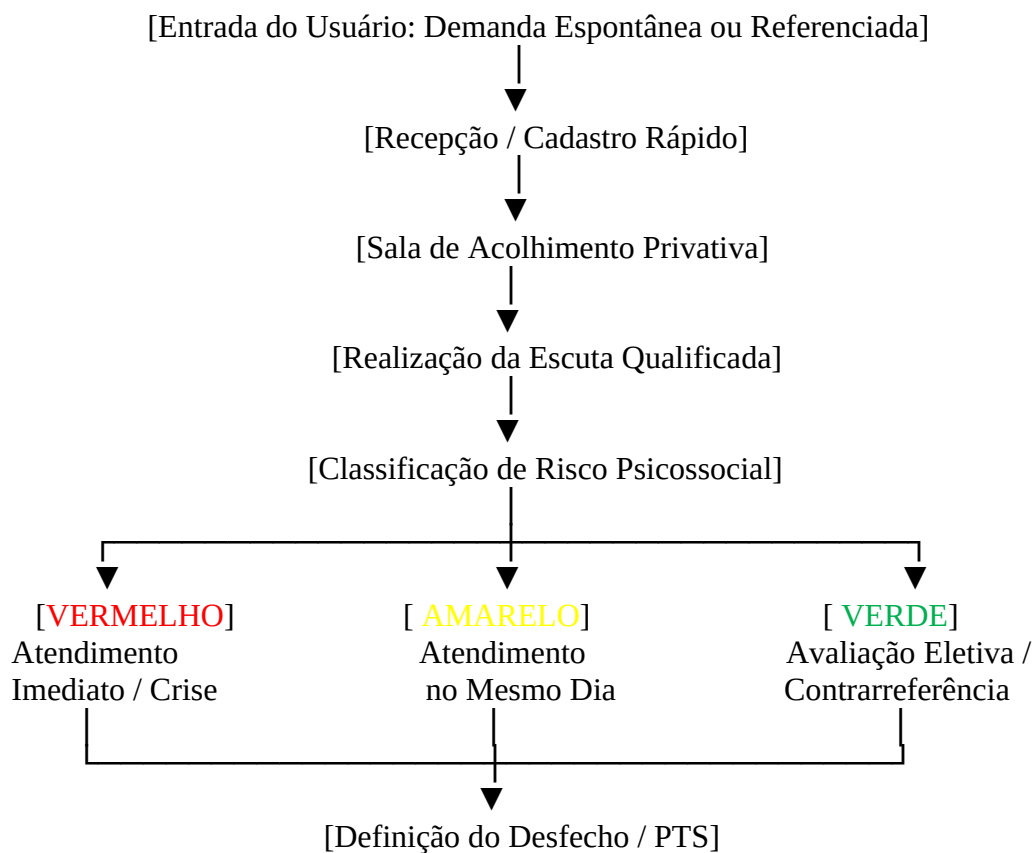
Evitar deixar objetos perfurocortantes (tesouras, canetas pontiagudas, grampeadores) expostos sobre a mesa.

- **Risco de subestimação do comportamento suicida:** Toda e qualquer verbalização, direta ou velada, sobre o desejo de morrer ou automutilação deve receber classificação de alto risco e ser imediatamente compartilhada com a supervisão clínica e médica.

9 REGISTROS

- Ficha de Acolhimento Inicial padronizada;
- Evolução multiprofissional no prontuário físico ou eletrônico do usuário;
- Livro ou planilha digital de registro de demandas espontâneas e triagens;
- Ficha de Notificação Compulsória do SINAN (em casos detectados de violência doméstica, autoprovocada ou abusos).

10 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Federal 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece as diretrizes de funcionamento e competências dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 002 ELABORAÇÃO, REVISÃO E MONITORAMENTO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos – Enfermeira, Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar – Enfermeira, Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga, CRP- 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias – Enfermeira, Coren/PI nº 182.935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima – Enfermeira, Coren/PI nº 267.112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar a construção, aplicação, revisão e o monitoramento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os usuários assistidos no CAPS I. Garantir que as ações de cuidado sejam centralizadas nas necessidades subjetivas e sociais do sujeito, articulando saberes multiprofissionais e estimulando a autonomia de indivíduos em todos os ciclos de vida, bem como daqueles com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a toda a equipe técnico-assistencial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do Município de Cristino Castro/PI durante as reuniões de equipe, estudos de caso e atendimentos de planejamento clínico.			
3. DEFINIÇÕES Projeto Terapêutico Singular (PTS): Dispositivo pedagógico-terapêutico que consiste em um conjunto de propostas de condutas clínicas e psicossociais articuladas de forma integrada para um sujeito individual ou coletivo, construído a partir de uma discussão interdisciplinar.			

- **Técnico de Referência (TR):** Profissional da equipe multiprofissional do CAPS I responsável por acompanhar de forma mais próxima e longitudinal o usuário e sua família, atuando como o principal elo entre o sujeito, a equipe e a rede de cuidados.
- **Contratualidade:** Pactuação explícita, consciente e horizontalizada estabelecida entre o usuário, sua família e a equipe de saúde sobre as metas, atividades e responsabilidades descritas no plano terapêutico.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe Multiprofissional (<i>Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais</i>)	Participar ativamente das reuniões coletivas de diagnóstico, propor intervenções baseadas em suas respectivas núcleos de saber, assumir a função de Técnico de Referência quando designados e executar as ações pactuadas.
Técnico de Referência (TR)	Coordenar o preenchimento da ficha de PTS, articular os encontros com o usuário e familiares para contratualização, monitorar o cumprimento das metas estabelecidas e convocar a equipe para revisões de fluxo.
Enfermeiro RT (Responsável Técnico)	Auditar periodicamente o cumprimento dos prazos de elaboração e revisão dos PTS registrados em prontuário e coordenar discussões de casos de alta complexidade.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Prontuário clínico individual (físico ou eletrônico) unificado;
- Ficha de Registro e Acompanhamento de PTS institucionalizada;
- Sala de reuniões privativa para o colegiado de equipe;
- Material de expediente (canetas, impressos, pastas organizadoras).

6. PROCEDIMENTO

- **Passo 1: Identificação de Elegibilidade e Diagnóstico Inicial**

- Após o acolhimento inicial (POP 001), o caso identificado com perfil para o CAPS I é levado para a primeira Reunião de Equipe Interdisciplinar subsequente. O profissional que acolheu apresenta a síntese do sofrimento mental, vulnerabilidades e potenciais do usuário.

- **Passo 2: Análise Multidimensional (Estudo do Caso)**

- A equipe debate o caso avaliando quatro dimensões essenciais:
 1. *Dimensão Orgânica/Clínica:* Sintomatologia atual, comorbidades, padrão de uso de substâncias, padrão de sono e autocuidado.
 2. *Dimensão Psíquica:* Estrutura de pensamento, afetividade, ideação, mecanismos de defesa e recursos internos de enfrentamento.
 3. *Dimensão Social/Familiar:* Vínculos afetivos, dinâmica residencial, rede comunitária de apoio, situação habitacional e financeira.
 4. *Dimensão de Vulnerabilidade e Direitos:* Histórico de violências sofridas ou praticadas, desfiliação social ou barreiras de acesso.

- **Passo 3: Definição de Metas e Ações Terapêuticas**

- O colegiado estipula metas terapêuticas divididas em:
 1. *Curto Prazo (Urgentes):* Estabilização de crises, controle de abstinência, alívio do sofrimento agudo e manejo de risco de autoextermínio.
 2. *Médio/Longo Prazo (Reabilitação):* Inserção em oficinas terapêuticas, psicoterapia, fortalecimento de vínculos familiares, retorno escolar ou reinserção no mercado de trabalho.

- **Passo 4: Designação do Técnico de Referência (TR)**

- A equipe define o TR do usuário baseando-se no vínculo inicial estabelecido no acolhimento, na afinidade metodológica da demanda principal (ex: demandas predominantemente sociofamiliares podem priorizar o Serviço Social; demandas de medicação/cuidados físicos complexos, a Enfermagem; sofrimento subjetivo crônico, a Psicologia) e na capacidade de absorção da carga horária do profissional.

- **Passo 5: Contratualização com o Usuário e Família**

- O TR reúne-se com o usuário e, sempre que possível, com seus familiares/cuidadores para apresentar a proposta elaborada pela equipe. As ações são debatidas, ajustadas de

acordo com o desejo e o consentimento do paciente e formalizadas em assinatura mútua na Ficha de PTS.

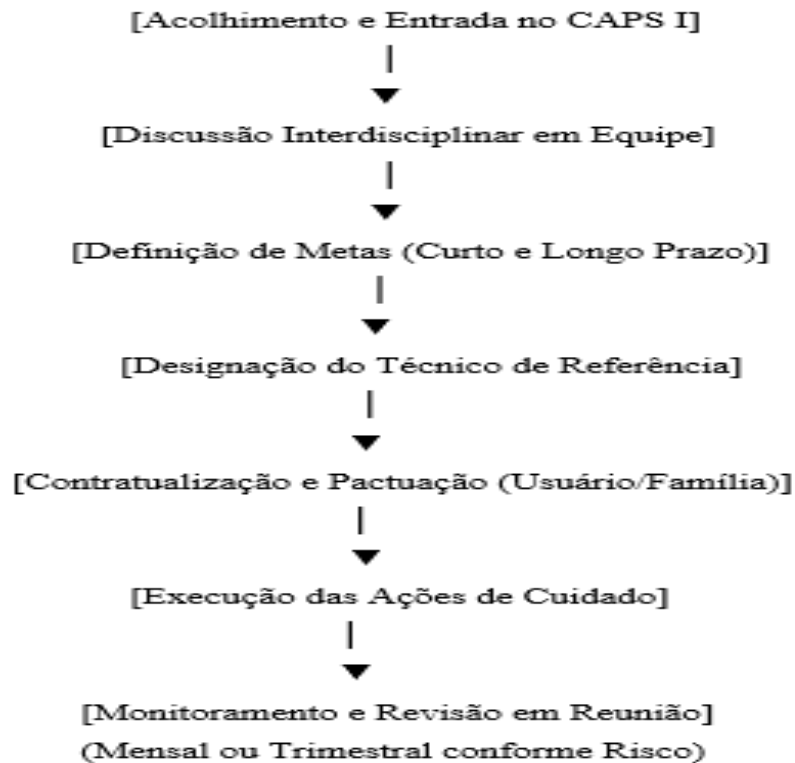
- **Passo 6: Monitoramento e Revisão Periódica**

- O PTS deve ser reavaliado sistematicamente pelo TR e pela equipe nas reuniões colegiadas seguindo os prazos máximos de vigência:
 1. *Casos de Alta Vulnerabilidade/Agudos (Vermelho/Amarelo):* Revisão a cada **15 ou 30 dias**.
 2. *Casos Estabilizados/Crônicos (Verde):* Revisão a cada **90 dias**.
- Durante a revisão, avalia-se a resolutividade das ações, a adesão do usuário, efeitos colaterais medicamentosos e a necessidade de desospitalização ou alta/contrarreferência para a Atenção Primária (POP 003).

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Inserir o usuário em atividades de autocuidado, gerenciamento de higiene corporal e rotinas diárias conforme metas estabelecidas no PTS.
- Monitorar de forma continuada a adesão à terapêutica medicamentosa prescrita, rastreando barreiras de compreensão e instruindo o uso correto através de ferramentas visuais.
- Realizar consultas de enfermagem de acompanhamento com foco no exame físico e mental para os usuários sob sua responsabilidade direta como TR.
- Estimular e agendar a participação do usuário nas atividades coletivas, grupos operativos e oficinas de reabilitação psicossocial indicadas no plano.
- Articular com a família do usuário estratégias de suporte domiciliar, reduzindo fatores estressores ambientais e identificando sinais precoces de recaída psíquica ou por uso de substâncias.

8. FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Ficha de Registro de PTS (Anexa ao prontuário, assinada pela equipe, usuário e responsável);
- Evoluções multiprofissionais e de enfermagem datadas no prontuário;
- Livro de Atas das Reuniões de Equipe / Discussão de Casos.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Burocratização do PTS:** O PTS não pode se tornar um formulário estático preenchido apenas para fins de cumprimento de metas administrativas. Ele deve traduzir a dinâmica real e viva do tratamento do usuário.
- **Risco de Desresponsabilização da Equipe:** A designação de um Técnico de Referência (TR) não isenta os demais membros da equipe multiprofissional do cuidado com o usuário. O TR coordena o plano, mas a execução das linhas de cuidado permanece compartilhada por todos.

- **Risco de Perda de Vínculo:** Nos casos de usuários faltosos às atividades descritas no PTS, o TR deve acionar imediatamente os mecanismos de busca ativa territorial e visita domiciliar antes que ocorra a descontinuidade do tratamento.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático de Matriciamento e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 003 FLUXO DE REFERÊNCIA, CONTRARREFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL NA RAPS	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 7
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos – Enfermeira, Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar – Enfermeira, Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga, CRP-21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias – Enfermeira, Coren/PI nº 182.935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima – Enfermeira, Coren/PI nº 267.112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar os fluxos de encaminhamento, retorno e compartilhamento do cuidado de usuários com demandas de saúde mental entre o CAPS I, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Garantir a continuidade assistencial, a corresponsabilização e a resolutividade territorial por meio de critérios claros de referência, contrarreferência e das ações de apoio matricial.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se integralmente à equipe multiprofissional do CAPS I do Município de Cristino Castro/PI, às Equipes de Saúde da Família (ESF) do território municipal e ao setor de regulação em saúde mental.			
3. DEFINIÇÕES Referência: Fluxo de encaminhamento do usuário da Atenção Primária para um serviço de maior complexidade tecnológica (como o CAPS I), quando as necessidades de saúde mental ultrapassam a capacidade resolutiva da equipe generalista.			

- **Contrarreferência:** Fluxo de retorno do usuário do serviço especializado (CAPS I) para o acompanhamento longitudinal na Atenção Primária, após a estabilização do quadro clínico e psicossocial agudo.
- **Apoio Matricial (Matriciamento):** Arranjo organizacional e prática técnico-pedagógica realizada por equipes especializadas (CAPS I) junto às equipes de referência da APS (ESF), visando compartilhar casos, construir propostas terapêuticas conjuntas e aumentar a capacidade resolutiva de saúde mental no território.
- **Núcleo de Regulação Municipal:** Instância administrativa centralizada da Secretaria Municipal de Saúde encarregada de gerenciar, autorizar e agendar no sistema Regula Piauí todas as demandas especializadas e internações.
- **Rede de Retaguarda Hospitalar:** Unidades de saúde hospitalares pactuadas para receber casos de urgência, estabilização clínica ou internação psiquiátrica que extrapolem a capacidade de manejo ambulatorial do CAPS I.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe Multiprofissional (<i>Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais</i>)	Planejar, agendar e executar as reuniões periódicas de Matriciamento com as ESF; emitir relatórios de contrarreferência detalhados e alimentar o sistema de regulação.
Técnico de Referência (TR)	Identificar o momento oportuno de contrarreferência do usuário do CAPS I e realizar o contato direto com a equipe de saúde da família do território correspondente.
Enfermeiro RT (Responsável Técnico) / Coordenador do CAPS I	Supervisionar o cumprimento dos cronogramas de Matriciamento, gerenciar as solicitações inseridas no sistema Regula Piauí e garantir que nenhuma contrarreferência seja feita sem o devido relatório técnico assinado.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Ficha de Referência e Contrarreferência Padronizada da RAPS;
- Cronograma de Matriciamento Municipal pactuado entre as coordenações;
- Prontuário individual do usuário;
- Contatos de emergência do Núcleo de Regulação Municipal e das unidades hospitalares parceiras;
- Serviço de remoção/ambulância municipal (acionado em casos de transferência de urgência).

6. PROCEDIMENTO

- **Passo 1: Fluxo de Referência (Entrada no CAPS I)**
 - O usuário que apresenta sofrimento psíquico grave e persistente ou demandas severas por uso de álcool e outras drogas é identificado pela Equipe de Saúde da Família (ESF).
 - A ESF preenche a Ficha de Referência com a descrição clínica detalhada, justificativa e histórico de intervenções já realizadas na APS, inserindo o pedido no fluxo de triagem do CAPS I ou regulando via sistema estadual, conforme protocolo municipal.
- **Passo 2: Recepção da Referência e Triagem de Elegibilidade**
 - A coordenação técnica do CAPS I analisa as fichas de referência recebidas.
 - Casos que atendem aos critérios de gravidade do CAPS I são agendados para o Acolhimento Inicial (POP 001). Casos de baixa ou média complexidade (transtornos leves, lutos não complicados, ansiedade leve) são devolvidos com orientação de manejo clínico para a APS.
- **Passo 3: Ações de Apoio Matricial (Matriciamento)**
 - A equipe do CAPS I segue um cronograma fixo mensal de visitas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Cristino Castro/PI para a realização de reuniões de Matriciamento.
 - Durante as reuniões, a equipe especializada do CAPS I e os profissionais da ESF realizam discussões conjuntas de casos complexos do território, definem se o caso necessita ser referenciado, realizam atendimentos conjuntos (interconsultas) ou pactuam o monitoramento compartilhado na própria UBS.
- **Passo 4: Processo de Contrarreferência Responsável (Saída do CAPS I)**
 - O Técnico de Referência (TR) do CAPS I identifica que o usuário atingiu os critérios de estabilização do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), apresentando remissão de sintomas agudos e reabilitação de sua funcionalidade social.

- O TR propõe a contrarreferência na Reunião de Equipe do CAPS I. Uma vez aprovada, o TR emite o Relatório de Alta do CAPS I com o plano de cuidados sugerido para a continuidade na APS (orientações medicamentosas, sinais de alerta para recaídas e periodicidade de consultas).
- **Passo 5: Vinculação e Monitoramento do Retorno à APS**
 - O CAPS I encaminha o relatório físico ou eletrônico para o Enfermeiro ou Médico da ESF de referência do usuário.
 - A equipe do CAPS I utiliza a próxima reunião de Matriciamento com aquela unidade para formalizar verbalmente a passagem do caso, assegurando que o usuário seja acolhido na UBS sem sofrer descontinuidade de seu tratamento ou de seu acesso a psicofármacos.

Fluxo de Urgência, Emergência e Hospitalização (Manejo de Crise Extrapolada)

Quando o usuário apresentar crise psíquica aguda, surto ou agitação psicomotora intransigente que esgote as possibilidades de manejo ambulatorial da unidade, a equipe técnica deverá aplicar o seguinte fluxo de encaminhamento:

- **Passo 3 (Crise): Estabilização Inicial e Direcionamento do Caso**
 - A equipe de enfermagem e médica do CAPS I realiza a contenção verbal, medicamentosa ou mecânica protetiva do paciente (conforme pops 015 e 016) e preenche o laudo médico descritivo de solicitação de vaga hospitalar para acompanhar o paciente até a rede de retaguarda.
- **Passo 4 (Crise): Encaminhamento para Retaguarda Regional (Bom Jesus/PI)**
 - **Casos de Urgência e Estabilização Imediata:** Pacientes que necessitam de intervenção médica de urgência para estabilização de episódios agudos, intoxicações ou intercorrências clínicas severas devem ser encaminhados para a **UPA de Bom Jesus**.
 - **Casos de Internação Clínica/Psiquiátrica Regional:** Pacientes que necessitam de internação hospitalar de curta permanência para manejo clínico da crise ou desintoxicação devem ser encaminhados para o **Hospital Regional Manoel de Sousa Santos (Bom Jesus/PI)**.
 - *Nota:* O transporte e acionamento clínico ocorrem em articulação direta com a retaguarda regional e com o suporte administrativo municipal correspondente para garantir a recepção da equipe hospitalar de Bom Jesus/PI.

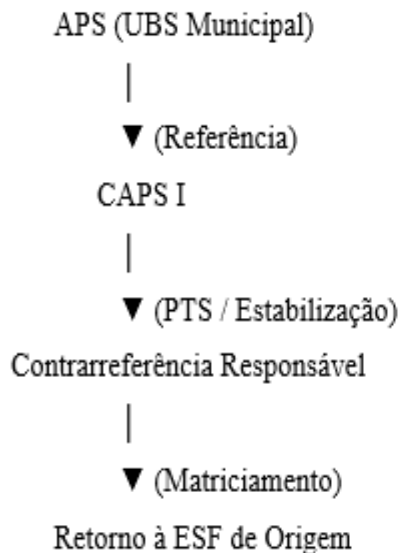
- **Passo 5 (Crise): Encaminhamento para Alta Complexidade Psiquiátrica (Teresina/PI)**
 - **Casos de Extrema Gravidade / Refratários:** Usuários em surto psicótico severo prolongado, risco de auto/heteroextermínio continuado ou quadros psiquiátricos graves de difícil manejo que esgotem os recursos da retaguarda regional de Bom Jesus, devem ser encaminhados ao **Hospital Areolino de Abreu em Teresina/PI**.
 - Este fluxo exige obrigatoriamente a emissão de laudo médico psiquiátrico detalhado e a tramitação do processo pelo Núcleo de Regulação Municipal para a obtenção de vaga de alta complexidade do estado, contando com a disponibilização de ambulância municipal com equipe assistencial de acompanhamento para o transporte seguro até a capital.

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

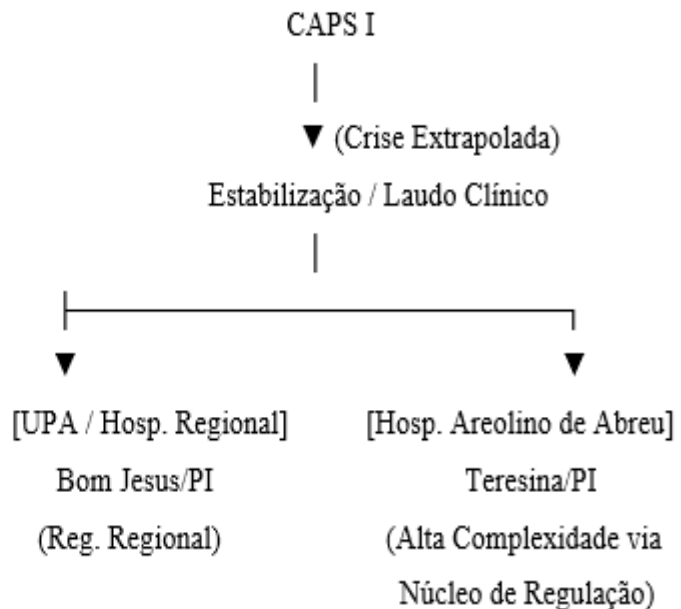
- Emitir parecer técnico de enfermagem na Ficha de Contrarreferência, detalhando o plano de adesão à medicação e o padrão de autocuidado desenvolvido pelo usuário durante a permanência no CAPS I.
- Realizar consulta de enfermagem de transição com o usuário e a família no momento da alta do CAPS I, sanando dúvidas sobre as receitas médicas vigentes e orientando sobre os fluxos de atendimento na UBS.
- Participar ativamente das reuniões de apoio matricial com a APS, trocando saberes com os enfermeiros de saúde da família sobre o manejo de psicofármacos e administração de injetáveis de depósito.
- Checar e atualizar o esquema de imunização e exames de rotina física do usuário antes de repassar o cuidado integral para a atenção básica.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

[Fluxo Ambulatorial Habitual]



[Fluxo de Urgência e Internação]



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Ficha de Encaminhamento / Guia de Referência e Contrarreferência preenchida;
- Livro de Atas ou Relatório Técnico das Reuniões de Matriciamento por território/UBS;
- Evolução de alta registrada no prontuário clínico.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Encaminhamento "Adulterado" (Empurro de Pacientes):** O CAPS I não deve aceitar encaminhamentos da APS que contenham apenas pedidos isolados de consultas com psiquiatra ou renovações de receitas, sem uma descrição do caso e histórico de ações realizadas na UBS.
- **Risco de Abandono de Tratamento na Alta:** A contrarreferência burocrática (apenas entregar um papel de alta na mão do usuário) gera altos índices de abandono e recaída (porta giratória). O contato direto entre os profissionais do CAPS I e da UBS durante o Matriciamento é obrigatório para mitigar esse risco.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático de Matriciamento e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 004 GESTÃO DE PRONTUÁRIOS, SIGILO DAS INFORMAÇÕES E CONFORMIDADE COM A LGPD	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos – Enfermeira, Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar – Enfermeira, Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga, CRP- 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias– Enfermeira, Coren/PI nº 182.935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima – Enfermeira, Coren/PI nº 267.112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar a organização, o manuseio, a guarda, o transporte e o descarte de registros nos prontuários (físicos ou eletrônicos) dos usuários do CAPS I. Garantir a proteção integral dos dados pessoais sensíveis, salvaguardando o sigilo profissional, a privacidade e os direitos fundamentais de liberdade e dignidade dos pacientes em estrita conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e normativas éticas.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a todos os servidores públicos, estagiários, prestadores de serviços, equipe administrativa e equipe multiprofissional com atuação direta ou indireta no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do Município de Cristino Castro/PI.			
3. DEFINIÇÃO • Dado Pessoal Sensível: Dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural.			

- **Prontuário do Usuário:** Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico.
- **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei nº 13.709/2018):** Legislação brasileira que regula as atividades de tratamento de dados pessoais e que confere proteção especial aos dados de saúde (dados sensíveis).
- **Segredo Profissional / Sigilo:** Obrigação legal e ética das profissões de saúde e administrativas de não revelar fatos de que tenham conhecimento no exercício de suas funções, ressalvados os casos previstos em lei.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe Administrativa / Recepção	Realizar o arquivamento, protocolo de retirada, controle de acesso e proteção física dos prontuários contra visualização de terceiros na recepção.
Equipe Multiprofissional Técnico-Assistencial	Realizar registros clínicos fidedignos, legíveis e completos; manter o sigilo absoluto das sessões e atendimentos; zelar pela não exposição de prontuários em mesas ou telas abertas.
Enfermeiro RT / Coordenação do CAPS I	Atuar como fiscalizador da conformidade do fluxo, auditar a qualidade e legibilidade dos registros e gerenciar as autorizações formais de acesso e cópias do prontuário.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Arquivo físico de prontuários com chaves ou controle de acesso restrito;
- Computadores com senhas individuais, intransferíveis e bloqueio automático de tela;
- Carimbos profissionais e canetas de tinta azul ou preta (para prontuários físicos);
- Formulário padrão de "Termo de Consentimento e Autorização para Compartilhamento/Cópia de Prontuário";
- Fragmentadora de papel (para documentos descartáveis com dados de usuários).

6. PROCEDIMENTO

- **Passo 1: Identificação Civil e Abertura do Registro**

- No momento do cadastro, coletar apenas os dados estritamente necessários para a finalidade assistencial (Nome, CNS, RG, CPF, filiação, endereço e contatos).
- É proibido coletar ou registrar dados de convicção religiosa, orientação política ou filiação sindical, a menos que tragam impacto direto e estritamente clínico ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), sob justificativa da equipe técnica.

- **Passo 2: Registro de Evoluções e Guarda de Documentos**

- Todas as evoluções clínicas em prontuário devem ser datadas, cronológicas, claras, sem rasuras ou corretivos, contendo a assinatura e carimbo do profissional.
- Documentos externos trazidos pelo paciente (laudos, receitas, exames) devem ser anexados ao prontuário e jamais deixados soltos na recepção ou em mesas de atendimento.

- **Passo 3: Controle de Acesso e Manuseio Físico/Digital**

- O arquivo físico de prontuários deve permanecer trancado. A retirada do prontuário é restrita ao atendimento clínico do dia, devendo ser retirado pelo administrativo e entregue diretamente ao profissional assistencial em mãos.
- Ao se afastar do computador, o profissional deve obrigatoriamente bloquear a tela do sistema eletrônico (Atalho: Windows + L) para impedir o acesso visual de terceiros a dados de saúde de usuários.

- **Passo 4: Manutenção do Sigilo nas Áreas de Convivência**

- Discussões clínicas de casos de usuários restringem-se às reuniões coletivas da equipe do CAPS I (POP 002) ou reuniões de apoio matricial (POP 003). É terminantemente vedado debater diagnósticos, nomes, intercorrências ou comportamentos de pacientes na recepção, corredores ou áreas comuns com circulação de público.

- **Passo 5: Solicitação de Cópias e Compartilhamento de Informações**

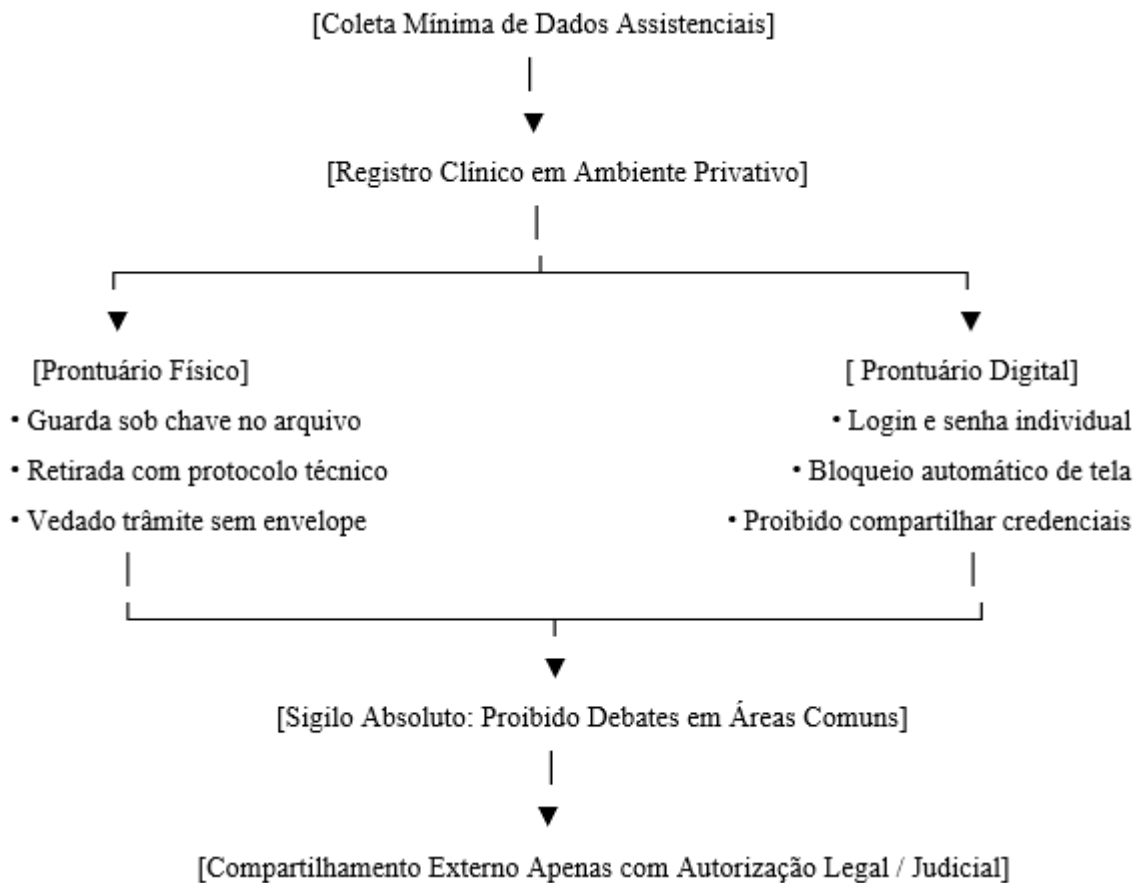
- O prontuário é de propriedade do paciente, ficando sob a guarda e custódia da Secretaria Municipal de Saúde. O fornecimento de cópia integral ou parcial só será realizado mediante solicitação por escrito assinada pelo próprio usuário (se maior de idade e capaz) ou por seu responsável legal, ou por ordem judicial expressa.

- O preenchimento e envio de dados para o Núcleo de Regulação Municipal ou hospitais parceiros (POP 003) deve limitar-se aos laudos clínicos formais, trafegando em envelopes lacrados ou sistemas oficiais criptografados.

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Garantir o registro fidedigno e confidencial de todas as intervenções de enfermagem, medicações administradas e intercorrências comportamentais presenciadas.
- Orientar o usuário e sua rede de apoio/familiares quanto ao seu direito de privacidade e quanto aos limites legais do sigilo profissional durante o acolhimento técnico.
- Revisar periodicamente se as fichas de registro vacinal, exames clínicos e evoluções de enfermagem anexadas ao prontuário estão organizadas e devidamente identificadas, mitigando o risco de troca de informações entre prontuários de homônimos.
- Garantir a destruição mecânica (via fragmentadora) de qualquer rascunho de papel, lista de presença interna de oficinas ou anotações assistenciais provisórias que contenham nomes e dados dos usuários após a inserção definitiva das informações no prontuário oficial.

8. FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Prontuário Individual do Usuário (Físico ou Eletrônico);
- Livro ou Ficha de Protocolo de Retirada e Devolução de Prontuários do Arquivo;
- Formulário de Requerimento de Cópia de Prontuário / Termo de Consentimento Informado.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Vazamento de Dados na Recepção:** Painéis de chamadas visuais ou fichas de agendamento não devem expor o diagnóstico ou CID do usuário. A listagem de pacientes do dia deve ficar posicionada de forma que os usuários que aguardam atendimento na recepção não consigam ler as informações de terceiros.

- **Risco de Compartilhamento de Senhas:** O uso de credenciais e senhas eletrônicas de colegas de trabalho configura infração gravíssima de segurança da informação e da LGPD. Cada profissional responde legalmente por qualquer ato ou registro inserido sob seu login.
- **Exceção Legal ao Sigilo (Risco Iminente):** O sigilo profissional não é absoluto e pode ser quebrado em situações extremas de justa causa, tais como: risco iminente de autoextermínio (suicídio) ou Heteroagressão fatal, suspeita ou confirmação de violência doméstica contra crianças, adolescentes, idosos ou mulheres vulneráveis (que exigem Notificação Compulsória Imediata – POP-VE- 001/020).

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem** em vigor.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA / CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resoluções vigentes sobre guarda de prontuários, sigilo profissional e direito ao acesso à informação.**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 005 PROCEDIMENTO PARA VISITA DOMICILIAR E BUSCA ATIVA TERRITORIAL	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar- Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias -Enfermeira nº 182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar as ações de planejamento, execução e registro das Visitas Domiciliares e das estratégias de Busca Ativa Territorial realizadas pela equipe multiprofissional do CAPS I. Garantir o monitoramento longitudinal, o resgate de usuários faltosos com Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) ativos e a abordagem humanizada diretamente no território, fortalecendo o vínculo com as famílias e a articulação comunitária.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se integralmente à equipe multiprofissional e de apoio técnico do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do Município de Cristino Castro/PI, estendendo-se às áreas urbanas, rurais e ribeirinhas do território de cobertura municipal.			
3. DEFINIÇÃO • Visita Domiciliar (VD): Tecnologia de intervenção em saúde que consiste no deslocamento de profissionais ao espaço habitacional do usuário, visando diagnosticar vulnerabilidades, realizar manejos clínicos/psicossociais e avaliar a dinâmica familiar in loco. • Busca Ativa Territorial: Ação proativa e vigilante da equipe de saúde mental para localizar, acompanhar ou resgatar usuários com histórico de abandono de tratamento, faltas recorrentes			

ou em situação de vulnerabilidade extrema no território, evitando o agravamento de crises e reinternações.

- **Territorialização:** Processo de reconhecimento e apropriação do espaço geográfico, social e cultural onde a população vive, permitindo que as ações do CAPS I se alinhem à realidade comunitária do usuário.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Técnico de Referência (TR)	Identificar a necessidade da VD ou Busca Ativa com base no PTS; realizar o planejamento técnico do caso e conduzir a abordagem ao usuário e à família no domicílio.
Equipe Multiprofissional Técnico-Assistencial	Participar do deslocamento territorial em duplas ou trios; executar os procedimentos clínicos, psicossociais ou de enfermagem preconizados e registrar as evoluções.
Motorista / Setor de Transportes	Conduzir a equipe em veículo oficial do município de forma segura; zelar pelo cumprimento do cronograma de rotas e apoiar na identificação dos endereços no território.
Enfermeiro RT / Coordenador do CAPS I	Gerenciar o cronograma semanal de saídas de campo; validar o plano de visitas da equipe e articular o suporte logístico e de transporte junto à Secretaria de Saúde.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Veículo oficial da frota municipal com motorista;
- Prontuário individual do usuário (ou ficha de evolução de campo impressa);
- Maleta de campo de Enfermagem (contendo esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, Glicosímetro e insumos básicos);

- Caixa térmica de transporte de imunobiológicos ou psicofármacos injetáveis (quando houver indicação de administração domiciliar);
- Dispositivo de comunicação (telefone corporativo da unidade para contato de emergência).

6. PROCEDIMENTO

- **Passo 1: Identificação da Demanda e Critérios de Elegibilidade**

- O Técnico de Referência (TR) deve propor a realização da Visita Domiciliar ou da Busca Ativa durante as Reuniões de Equipe (POP 002), baseando-se nos seguintes critérios prioritários:
 - Usuário faltoso às atividades do PTS com suspeita ou histórico de recaída psíquica aguda ou por uso de substâncias;
 - Usuário em processo de desinstitucionalização (pós-alta de internação hospitalar de Bom Jesus ou Teresina - POP 003);
 - Necessidade de avaliação diagnóstica da dinâmica residencial, sobrecarga do cuidador ou condições de moradia;
 - Impossibilidade física ou geográfica de locomoção do usuário até a sede do CAPS I.

- **Passo 2: Planejamento Prévio e Articulação Territorial**

- Definir os profissionais que realizarão a atividade (obrigatoriamente em dupla ou trio assistencial, combinando diferentes núcleos de saber, como Enfermagem e Serviço Social).
- Sempre que possível, realizar contato prévio via telefone com o usuário ou familiar para pactuar o dia e o turno da visita, respeitando a privacidade do lar (exceto em buscas ativas de urgência por risco de vida).
- Em territórios cobertos pela Atenção Primária, realizar contato prévio com o Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família (ESF) ou com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) da microárea para alinhar o compartilhamento do cuidado (POP 003).

- **Passo 3: Deslocamento e Conduta de Abordagem no Domicílio**

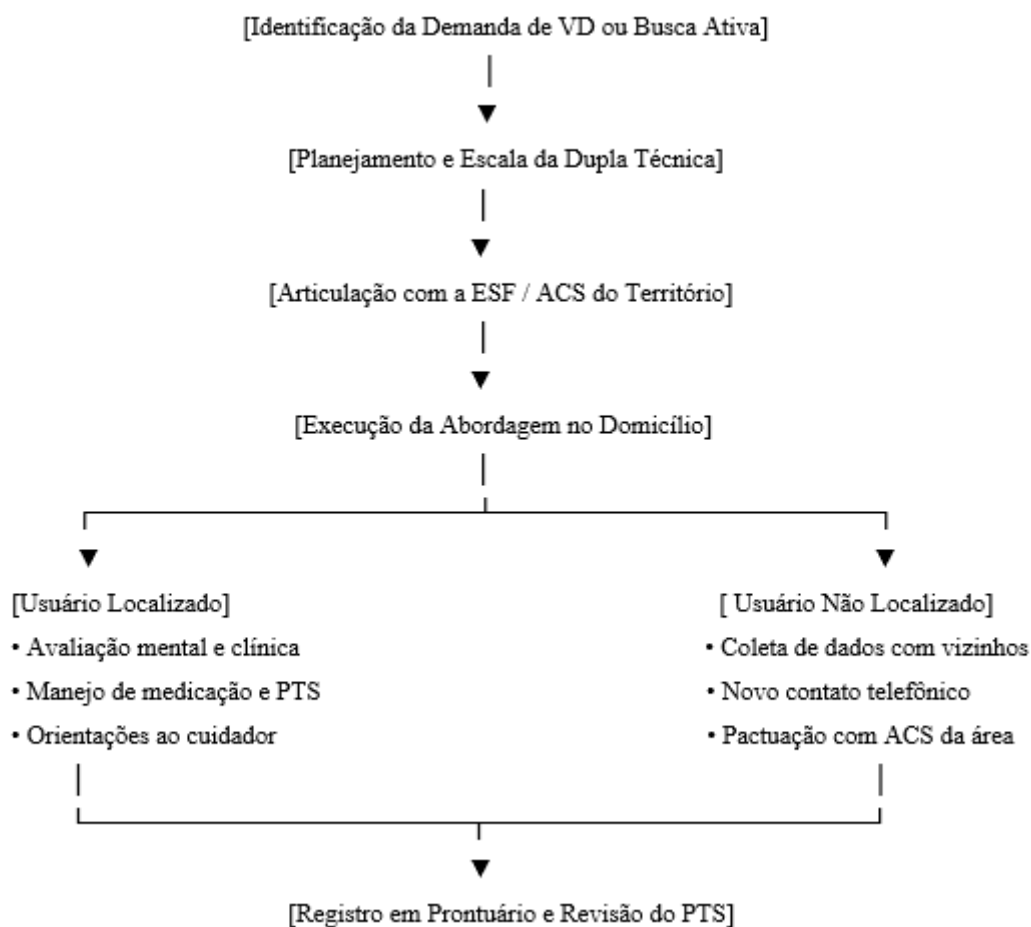
- Ao chegar à residência, a equipe deve se identificar cordialmente, explicar o motivo da visita de forma humanizada e solicitar permissão para entrar.

- Conduzir a abordagem focando na escuta qualificada do usuário e de seus familiares, observando aspectos como: organização do ambiente, interações familiares, rede de apoio vicinal, e estocagem/adesão às medicações psicotrópicas.
- **Passo 4: Execução de Cuidados e Manejos Clínicos**
 - Realizar a avaliação do estado mental e físico atual do usuário. Caso haja prescrição médica vigente e indicação no PTS, a enfermagem realiza a administração de psicofármacos de depósito ou outros procedimentos necessários, seguindo rigorosos critérios de biossegurança.
 - Prestar orientações detalhadas aos cuidadores sobre o manejo de crises leves no ambiente doméstico, redução de danos (se aplicável), e organização da rotina diária.
- **Passo 5: Retorno, Discussão do Caso e Registro Clínico**
 - Ao retornar à unidade, a dupla/trio deve evoluir imediatamente os achados, condutas e pactuações realizadas no prontuário do paciente (POP 004).
 - Apresentar os desdobramentos da visita na reunião colegiada subsequente para readequação do PTS, mantendo o monitoramento compartilhado com a ESF do território.

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Avaliar os parâmetros clínicos e fisiológicos do usuário (sinais vitais, nível de hidratação, padrão de sono e queixas somáticas) durante a permanência no domicílio.
- Realizar a conferência direta dos frascos e cartelas de medicamentos psicotrópicos em posse do paciente, identificando erros de dosagem, automedicação, validade dos fármacos e riscos de superdosagem acidental.
- Executar técnicas assépticas estritas para procedimentos injetáveis realizados no ambiente domiciliar, garantindo o transporte seguro de perfurocortantes em recipiente rígido próprio para descarte posterior na unidade (POP 008).
- Identificar e registrar sinais de negligência, maus-tratos ou privação de cuidados básicos à saúde do usuário vulnerável, reportando imediatamente ao assistente social e ao enfermeiro RT para acionamento das redes de proteção.

8. FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Ficha de Planejamento e Roteiro de Visita Domiciliar;
- Evolução multiprofissional e de enfermagem detalhada no prontuário clínico;
- Folha de produtividade e mapa de quilometragem de deslocamento do veículo;
- Ficha de notificação de violências (SINAN), se detectada situação passível de registro legal.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Exposição da Imagem do Usuário (Estigma):** Para mitigar o preconceito social associado à saúde mental em municípios de pequeno e médio porte, o veículo oficial utilizado nas visitas domiciliares comuns deve, preferencialmente, ser discreto. É expressamente vedado aos profissionais expor em público o motivo psiquiátrico da visita a vizinhos ou terceiros.

- **Risco à Segurança Física da Equipe:** Em cenários de busca ativa em que o paciente se encontre em surto psicótico severo, agitação psicomotora violenta ou com posse de armas brancas/fogo, a equipe do CAPS I não deve invadir o domicílio por meios próprios. O fluxo exige o recuo imediato e o acionamento de suporte institucional qualificado de segurança pública e remoção médica de urgência.
- **Risco de Desgaste Logístico:** Evitar deslocamentos isolados e desorganizados. As visitas devem ser roteirizadas por setores geográficos ou bairros para otimizar os recursos de transporte da municipalidade.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático de Matriciamento e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Normativas vigentes sobre a atuação da Enfermagem na assistência domiciliar (Home Care)** e atendimento comunitário.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



II BLOCO: BIOSSEGURANÇA, INFRAESTRUTURA E SEGURANÇA AMBIENTAL

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 006 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar a técnica de higienização das mãos e regulamentar o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais do CAPS I. O intuito é reduzir drasticamente a transmissão de microrganismos, prevenir Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e garantir a biossegurança dos servidores e usuários durante os atendimentos ambulatoriais, oficinas terapêuticas e visitas territoriais.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a toda a equipe multiprofissional, administrativa, de apoio geral (limpeza e vigilância) e estagiários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do Município de Cristino Castro/PI.			
3. DEFINIÇÃO Higienização das Mãos: Ato de higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou com preparação alcoólica (gel ou solução), visando remover sujidades, suor, oleosidade e eliminar a microbiota transitória da pele.			

- **Os 5 Momentos para a Higiene das Mãos:** Diretriz da Organização Mundial da Saúde (OMS) que estabelece os instantes críticos para higienização no ponto de assistência.
- **Equipamento de Proteção Individual (EPI):** Dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção contra riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho (NR-6).
- **Fômites:** Objetos inanimados ou superfícies que podem ser contaminados por agentes infecciosos e servir de veículo para a sua transmissão (ex.: prontuários, canetas, maçanetas, algemas de contenção).

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe Multiprofissional e Administrativa	Executar a higienização das mãos nos momentos preconizados; zelar, armazenar e utilizar os EPIs recomendados para suas atividades assistenciais ou de manejo.
Profissionais de Serviços Gerais / Limpeza	Utilizar EPIs pesados de forma ininterrupta; garantir o abastecimento contínuo das pias com sabonete líquido, álcool a 70% e papel-toalha descartável.
Enfermeiro RT / Coordenador do CAPS I	Auditar a adesão às técnicas de higienização; monitorar o estoque físico de EPIs e insumos; solicitar reposições à Secretaria de Saúde e realizar treinamentos de biossegurança.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Lavatórios/pias com água corrente;
- Dispensador com sabonete líquido;
- Dispensador com preparação alcoólica a 70% (gel ou solução);
- Papel-toalha descartável e lixeira com tampa acionada por pedal;

- EPIs: Máscaras cirúrgicas (tripla camada), luvas de procedimento, aventais/capotes descartáveis, óculos de proteção/protetor facial e luvas de borracha nitrílica pesada (para limpeza).

6. PROCEDIMENTO

6.1. Técnica de Higienização das Mãos com Água e Sabonete Líquido (Duração: 40 a 60 segundos)

- **Passo 1:** Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.
- **Passo 2:** Aplicar na palma da mão quantidade de sabonete líquido suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos.
- **Passo 3:** Friccionar as palmas das mãos entre si.
- **Passo 4:** Friccionar a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos, e vice-versa.
- **Passo 5:** Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.
- **Passo 6:** Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vaivém.
- **Passo 7:** Friccionar o polegar esquerdo, em sentido circular, com o auxílio da palma da mão direita, e vice-versa.
- **Passo 8:** Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular, e vice-versa.
- **Passo 9:** Esfregar os punhos com movimentos circulares.
- **Passo 10:** Enxaguar as mãos com água, no sentido dos dedos para os punhos, removendo totalmente o resíduo de sabão.
- **Passo 11:** Secar as mãos com papel-toalha descartável, utilizando a última folha para fechar a torneira (caso esta não possua acionamento automático por pedal ou sensor).

Nota Técnica: A higienização com **álcool em gel a 70%** deve seguir os mesmos passos de fricção descritos acima (Passos 3 a 9), durando de **20 a 30 segundos**, sendo indicada apenas quando as mãos não apresentarem sujidade visível.

6.2. Os 5 Momentos Práticos no CAPS I

A equipe assistencial deve higienizar as mãos obrigatoriamente:

1. **Antes de contato com o usuário** (ex.: antes de iniciar o acolhimento, consulta ou oficina);
2. **Antes da realização de procedimento limpo/asséptico** (ex.: administração de medicação oral/injetável, aferição de HGT);
3. **Após risco de exposição a fluidos corporais** (ex.: após manejo de vômito, saliva, sangue ou ferimentos);
4. **Após contato com o usuário** (ex.: ao finalizar o atendimento, exame físico ou aperto de mão);
5. **Após contato com áreas próximas ao usuário** (ex.: após tocar no prontuário físico, na mesa de atendimento ou na maca).

6.3. Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

- **Máscara Cirúrgica:** De uso recomendado para profissionais com sintomas respiratórios leves ou durante o atendimento a usuários com suspeita de infecção aérea respiratória. Deve ser trocada a cada 3 horas ou sempre que estiver úmida/suja.
- **Luvas de Procedimento:** De uso obrigatório e exclusivo para administração de medicações injetáveis, realização de curativos, monitoramento de parâmetros invasivos ou manipulação de superfícies contaminadas com fluidos.
 - *Regra de Ouro:* Calçar as luvas imediatamente antes do procedimento e descartá-las imediatamente após o término, higienizando as mãos em seguida. **Nunca circular pelas dependências da unidade ou tocar em computadores/maçanetas usando luvas.**
- **Avental Descartável e Óculos de Proteção:** Utilizados pela equipe de enfermagem ou médica em procedimentos assistenciais com risco real de respingos de sangue ou secreções corporais (ex.: contenção mecânica protetiva com agitação extrema).

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Garantir a lavagem rigorosa das mãos antes e após o preparo e a administração de qualquer psicofármaco, seja por via oral ou intramuscular (depósito).
- Inspecionar diariamente as salas técnicas de enfermagem e de atendimento para verificar a integridade física das caixas de luvas de procedimento, observando o prazo de validade e o acondicionamento seguro contra poeira.
- Orientar e supervisionar ativamente os técnicos de enfermagem e demais membros da equipe quanto à paramentação e desparamentação corretas (lembrando que a retirada das luvas e do avental deve ocorrer antes de sair da sala de isolamento/procedimento técnico).

- Garantir que a enfermagem atue com as unhas curtas, limpas e sem adornos (anéis, alianças e pulseiras), em cumprimento às diretrizes nacionais de biossegurança em serviços de saúde.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

Técnica de Higienização das Mãos com Água e Sabonete Líquido (Duração: 40 a 60 segundos)



Paramentação e Desparamentação

PARAMENTAÇÃO		DESPARAMENTAÇÃO	
COLOCAÇÃO DOS EPIs – *QUANDO HOUVER INDICAÇÃO		RETIRADA DOS EPIs	
1	 Higienizar as mãos	1	 Retirar luva Afastando do corpo, virando a luva de dentro para fora. Descarte no lixo.
2	 Colocar o gorro Começar pela testa, em direção à base da nuca.	2	 Higienizar as mãos
3	 Colocar a máscara indicada Prender as alças e ajustar para boa vedação	3	 Retirar avental Tocar apenas a parte interna do avental. Descarte no lixo.
4	 Colocar protetor facial ou óculos de proteção Deve ser de uso exclusivo para cada profissional.	4	 Higienizar as mãos
5	 Colocar o avental TNT ou impermeável 1º pelas mangas, ajustando as amarras nas costas.	5	 Retirar protetor facial ou óculos de proteção Não tocar a parte frontal. Desinfecção de acordo com instruções do fabricante.
6	 Calçar as luvas Estender até cobrir os punhos do avental de isolamento.	6	 Higienizar as mãos
		7	 Retirar a máscara Não tocar a parte frontal.
		8	 Retirar o gorro Puxar pela parte superior central, sem tocar nos cabelos. Descarte no lixo.
		9	 Higienizar as mãos

   Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Araraquara

Fonte: Adaptado de Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, 2020.

9. REGISTROS

- Planilha mensal de controle de estoque e consumo de EPIs e insumos de higiene;
- Relatório ou lista de presença de treinamentos internos de biossegurança realizados com a equipe técnica e de apoio.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Contaminação Cruzada por Fômites:** Em ambientes de saúde mental, objetos compartilhados como canetas, pranchetas e chaves de arquivos de prontuários circulam frequentemente entre a equipe. Esses materiais devem ser desinfetados periodicamente com álcool a 70%.
- **Falsa Sensação de Segurança com o Uso de Luvas:** O uso de luvas não substitui de forma alguma a higienização das mãos. A falha em lavar as mãos após retirar as luvas transfere microrganismos que se proliferaram sob a borracha para as superfícies limpas da unidade.
- **Risco de Lesões por Adornos:** O uso de anéis, relógios e alianças impede a lavagem correta da pele e favorece o acúmulo de sujidades. Além disso, no manejo de pacientes agitados, adornos metálicos aumentam o risco de lesões cutâneas tanto para o profissional quanto para o usuário.

11. REFERÊNCIAS

ANVISA. **Diretrizes para a Higienização das Mãos em Serviços de Saúde.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 6 (NR-6):** Equipamentos de Proteção Individual.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia Prático para a Higienização das Mãos nos Serviços de Saúde.** Genebra: OMS, 2009.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 007 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES, EQUIPAMENTOS E AMBIENTE FÍSICO	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar os procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies, equipamentos e do ambiente físico do CAPS I. O intuito é garantir a manutenção de um espaço seguro, higiênico e acolhedor, minimizando a carga microbiana ambiental e mitigando os riscos de contaminação cruzada para servidores, usuários e familiares.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se integralmente à equipe de serviços gerais (limpeza/higienização), à equipe de enfermagem (no tocante a equipamentos específicos) e a todos os demais colaboradores que atuam nas dependências do CAPS I do Município de Cristino Castro/PI.			
3. DEFINIÇÃO Limpeza: Remoção mecânica de sujidades visíveis (pó, poeira, matéria orgânica) de superfícies, utilizando água, sabão ou detergente neutro, com o objetivo de manter a salubridade do local.			

- **Desinfecção:** Processo físico ou químico que elimina a maioria dos microrganismos patogênicos de superfícies inanimadas e equipamentos (exceto esporos bacterianos), utilizando agentes químicos chamados desinfetantes (ex.: álcool a 70% ou hipoclorito de sódio).
- **Áreas Críticas:** Ambientes onde há maior risco de transmissão de infecções ou onde se realizam procedimentos invasivos e manuseio de fluidos (ex.: Posto/Sala de Enfermagem, banheiros, expurgo).
- **Áreas Semicríticas:** Locais ocupados por usuários com baixo risco de transmissão de doenças, com menor probabilidade de contato com fluidos (ex.: Consultórios, salas de oficinas terapêuticas, recepção, refeitório).
- **Áreas Não Críticas:** Demais áreas administrativas e de convivência onde não há atendimento clínico direto (ex.: Coordenação, almoxarifado, copa dos funcionários).

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Profissionais de Serviços Gerais / Limpeza	Executar a higienização diária e concorrente de pisos, paredes, banheiros, mobiliários e lixeiras; diluir e aplicar os saneantes conforme orientações técnicas de segurança.
Equipe de Enfermagem (Técnicos e Enfermeiros)	Realizar exclusivamente a desinfecção de equipamentos biomédicos e assistenciais (estetoscópios, esfigmomanômetros, termômetros, macas e bandejas de medicação).
Enfermeiro RT / Coordenador do CAPS I	Fiscalizar a qualidade da limpeza realizada; inspecionar os registros de cronograma e gerenciar o estoque de insumos e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) do setor de higienização.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sinalizadores de piso molhado ("Cuidado: Piso Molhado");
- Carrinho funcional de limpeza com baldes espremedores diferenciados por cores;
- Mop líquido e panos de microfibra descartáveis ou laváveis (distintos por cores para banheiros e consultórios);

- Detergente neutro hospitalar;
- Solução de Hipoclorito de Sódio a 1% e 2% ou pastilhas de cloro;
- Álcool etílico hidratado a 70% (solução líquida);
- EPIs obrigatórios: Luvas de borracha nitrílica pesada de cano longo, avental impermeável, botas de borracha antiderrapantes, máscara cirúrgica e óculos de proteção.

6. PROCEDIMENTO

6.1. Princípios Gerais de Higienização Hospitalar

- A limpeza deve ser realizada sempre da área **mais limpa para a mais suja**, do teto para o piso e do fundo do cômodo para a porta de saída.
- É terminantemente **proibida a varrição a seco** nas áreas internas do CAPS I, pois esse ato suspende os microrganismos no ar por meio da poeira. Deve-se utilizar a técnica de varredura úmida com mop ou pano úmido com detergente.
- Os panos utilizados na limpeza de sanitários jamais poderão ser utilizados em consultórios, copas ou salas administrativas.

6.2. Tipos de Limpeza Ambiental

- **Limpeza Concorrente (Diária):** Realizada diariamente de forma rotineira para remoção de sujidades, reposição de insumos (papel-toalha, sabonete) e recolhimento de resíduos. Inclui a limpeza de banheiros (pelo menos duas vezes por dia ou sempre que necessário), recepção e consultórios.
- **Limpeza Terminal (Periódica):** Limpeza minuciosa realizada de forma programada (mensal ou quinzenal) ou após episódios de surtos infecciosos. Abrange a higienização completa de paredes, tetos, janelas, portas, luminárias, condicionadores de ar e lavagem profunda de pisos.

6.3. Desinfecção de Superfícies com Matéria Orgânica (ex.: Vômito, Sangue, Saliva)

- **Passo 1:** Isolar a área com o sinalizador de piso molhado.
- **Passo 2:** Paramentar-se com os EPIs adequados (luvas de borracha, avental, óculos e máscara).
- **Passo 3:** Absorver a maior parte da matéria orgânica utilizando papel-toalha descartável e descartá-lo imediatamente no lixo infectante (saco branco leitoso - POP 008).

- **Passo 4:** Aplicar solução de hipoclorito de sódio a 1% sobre o local, deixando agir por 10 minutos.
- **Passo 5:** Proceder à limpeza regular do local com água e detergente neutro, finalizando com o enxágue e secagem.

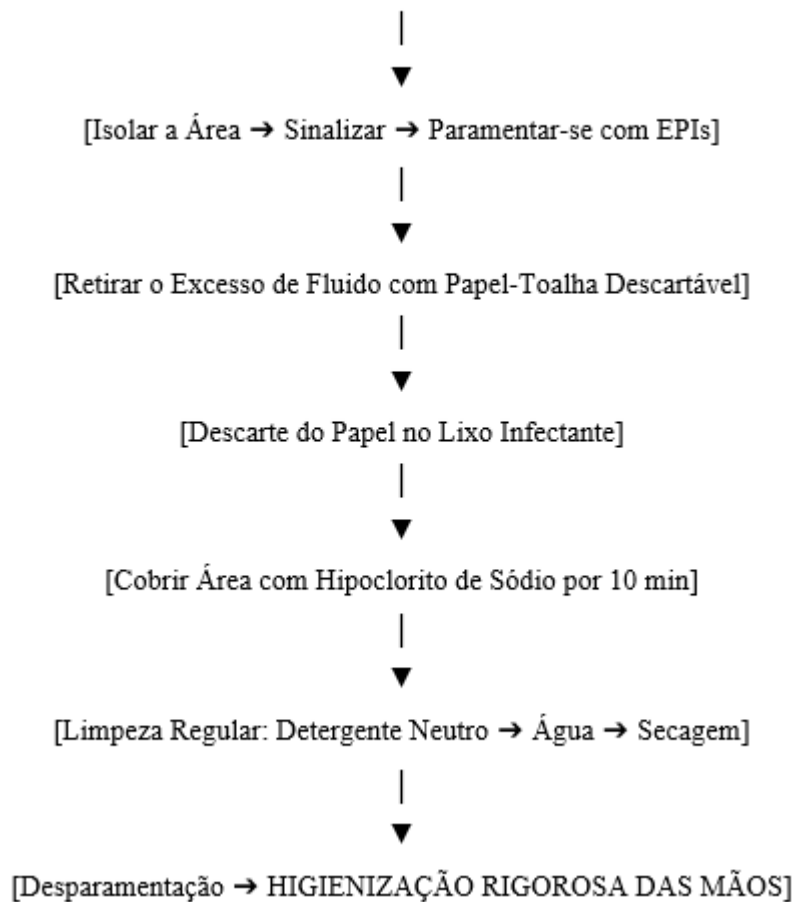
6.4. Desinfecção de Equipamentos e Mobiliários Clínicos

- **Mobiliários (Macas, Mesas de Exame, Cadeiras de Atendimento):** Devem ser friccionados com pano limpo embebido em **álcool a 70%** ao início e ao término de cada turno de atendimento, ou imediatamente após o uso por pacientes com lesões de pele ou sudorese intensa.
- **Equipamentos Assistenciais (Esfigmomanômetro, Estetoscópio, Termômetro, Glicosímetro):** A fricção com algodão ou gaze embebida em **álcool a 70%** deve ser executada pela equipe de enfermagem **antes e depois do uso em cada usuário**, garantindo a evaporação completa do produto antes do próximo contato com a pele.

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Monitorar e executar rigorosamente a desinfecção concorrente da bancada de preparo de medicações do Posto de Enfermagem com álcool a 70% antes de iniciar a montagem de bandejas de psicofármacos orais ou injetáveis.
- Orientar a equipe de higienização quanto às áreas que exigem cuidados redobrados no Posto de Enfermagem, garantindo que o profissional de limpeza não toque inadvertidamente em agulhas, seringas ou caixas de perfurocortantes (Descarpac).
- Inspeccionar visualmente o estado de conservação dos colchonetes das macas e poltronas terapêuticas; caso apresentem rasgos ou furos no revestimento impermeável (corino/napa), solicitar a substituição imediata para evitar a infiltração interna de fluidos e proliferação bacteriana.
- Registrar intercorrências relacionadas à falta de insumos de higienização ou não conformidades na limpeza das salas técnicas que coloquem em risco a biossegurança dos procedimentos.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

[DETECÇÃO DE MATÉRIA ORGÂNICA NO PISO / SUPERFÍCIE]

Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Cronograma e Planilha Diária de Assinatura de Limpeza Concorrente (afixada no verso das portas de banheiros e salas técnicas);
- Ficha de Controle de Diluição e Entrega de Saneantes;
- Relatório de Inspeção de Qualidade Ambiental (Auditoria de Biossegurança).

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Acidentes de Trabalho por Desatenção:** A equipe de higienização deve estar atenta ao transitar pelo Posto de Enfermagem e expurgo para evitar acidentes com perfurocortantes descartados inadequadamente fora da caixa coletora.

- **Risco Químico por Misturas Inadequadas:** É estritamente proibido misturar hipoclorito de sódio com detergentes amoniacais ou ácidos, pois essa reação química libera gases tóxicos (cloramina) que podem causar graves lesões respiratórias e intoxicações agudas nos profissionais de limpeza.
- **Risco de Quedas de Usuários:** O uso de placas sinalizadoras de piso molhado é obrigatório durante todo o processo de limpeza dos corredores e recepção. Em ambientes de saúde mental, usuários em estados de agitação ou com efeitos colaterais de psicofármacos (como ataxia ou sedação leve) apresentam maior vulnerabilidade a quedas.

11. REFERÊNCIAS

ANVISA. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Diretrizes sobre Biossegurança e Competências Profissionais na Higienização de Artigos e Equipamentos em Serviços de Saúde** vigentes.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 008 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar as etapas de manejo dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) gerados nas dependências do CAPS I, abrangendo a segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário e disposição final. O intuito é assegurar a proteção dos trabalhadores, dos usuários e do meio ambiente, em estrita conformidade com as legislações sanitárias e ambientais vigentes.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se integralmente a todos os profissionais de saúde, administrativos, equipe de higienização/serviços gerais e estagiários que atuam no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do Município de Cristino Castro/PI.			
3. DEFINIÇÃO Resíduos de Serviços de Saúde (RSS): Aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços de saúde humana que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo.			

- **Segregação:** Consiste na separação imediata dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.
- **Grupo A (Infectantes):** Resíduos com a presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção (ex.: gaze com sangue, algodão com secreções).
- **Grupo B (Químicos):** Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, devido às suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade (ex.: sobras de medicamentos, frascos vazios de psicofármacos).
- **Grupo D (Comuns):** Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, equiparados aos resíduos domiciliares (ex.: papéis de escritório, restos de alimentos da copa, papel-toalha usado na higienização de mãos sem sujidade visível).
- **Grupo E (Perfurocortantes):** Materiais perfurocortantes ou escarificantes (ex.: agulhas, escalpes, ampolas de vidro de medicamentos, lâminas).

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Gerador do Resíduo (Toda a Equipe)	Realizar a segregação correta e imediata do resíduo no ato do procedimento assistencial ou administrativo, utilizando a lixeira apropriada.
Profissionais de Serviços Gerais / Limpeza	Realizar a coleta interna diária, a reposição dos sacos plásticos, o transporte seguro até o abrigo temporário e a manutenção da limpeza dos contêineres.
Equipe de Enfermagem	Realizar e supervisionar o descarte de perfurocortantes (Grupo E) e medicamentos vencidos ou inutilizados (Grupo B); montar e fechar as caixas coletoras.
Enfermeiro RT / Coordenador do CAPS I	Fiscalizar a adesão ao PGRSS; gerenciar o estoque de recipientes de descarte; garantir o treinamento

contínuo da equipe e monitorar a coleta externa especializada.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Lixeiras com tampa articulada e acionamento por pedal (em quantidade suficiente);
- Sacos plásticos brancos leitosos com simbologia de risco infectante (Grupo A);
- Sacos plásticos pretos ou azuis (Grupo D);
- Caixas coletoras de papelão rígido para perfurocortantes (tipo Descarpac) e suportes de parede correspondentes (Grupo E);
- Bombonas plásticas rígidas com tampa rosqueável para resíduos químicos (Grupo B);
- Carro coletor de transporte interno de resíduos (com tampa);
- EPIs: Luvas de borracha nitrílica pesada (cano longo), botas de cano alto antiderrapantes, avental impermeável, óculos de proteção e máscara cirúrgica.

6. PROCEDIMENTO

6.1. Critérios de Segregação e Acondicionamento por Grupo

- **Manejo do Grupo A (Infectantes):**
 - Devem ser descartados exclusivamente em lixeiras revestidas com **saco branco leitoso** identificado com o símbolo internacional de risco biológico.
 - *Exemplos no CAPS I:* Gazes, algodões, esparadrapos e curativos contaminados com sangue ou fluidos corporais, abaixadores de língua e luvas de procedimento utilizadas em coletas ou administrações de injetáveis.
- **Manejo do Grupo B (Químicos/Medicamentos):**
 - Medicamentos psicotrópicos controlados que sofreram avaria, foram rejeitados pelo paciente após abertura ou estão vencidos devem ser recolhidos pela enfermagem e armazenados em recipientes rígidos de cor âmbar ou bombonas coletoras, devidamente identificados como "Resíduo Químico". Jamais devem ser descartados na rede de esgoto comum ou no lixo comum.
- **Manejo do Grupo D (Comuns):**
 - Devem ser descartados em lixeiras revestidas com **saco preto ou azul**.

- *Exemplos no CAPS I:* Papéis de escritório, restos de lanches da copa, invólucros plásticos limpos de seringas e agulhas, copos descartáveis de água e papel-toalha de banheiro.
- **Manejo do Grupo E (Perfurocortantes):**
 - Agulhas, ampolas de vidro quebradas ou abertas, e lancetas devem ser descartadas diretamente na caixa coletora de perfurocortantes (Descarpack), vedada a sua reutilização ou esvaziamento.

6.2. Regras de Ouro para o Grupo E (Perfurocortantes)

- **Regra 1:** É terminantemente **proibido reencapar, entortar, quebrar ou retirar manualmente as agulhas** das seringas com as mãos. O conjunto seringa-agulha deve ser descartado acoplado imediatamente após a aplicação.
- **Regra 2:** A caixa coletora deve ser substituída e fechada obrigatoriamente quando o nível de preenchimento atingir a **linha pontilhada limite (3/4 de sua capacidade total)** ou, no máximo, a cada **14 dias**, mesmo que não tenha atingido o limite físico.
- **Regra 3:** O fechamento da caixa deve ser feito utilizando as abas travadoras de segurança da própria embalagem. É proibido o uso de fita crepe ou esparadrapo para forçar o fechamento de caixas hipersaturadas.

6.3. Fluxo de Coleta, Transporte Interno e Armazenamento Temporário

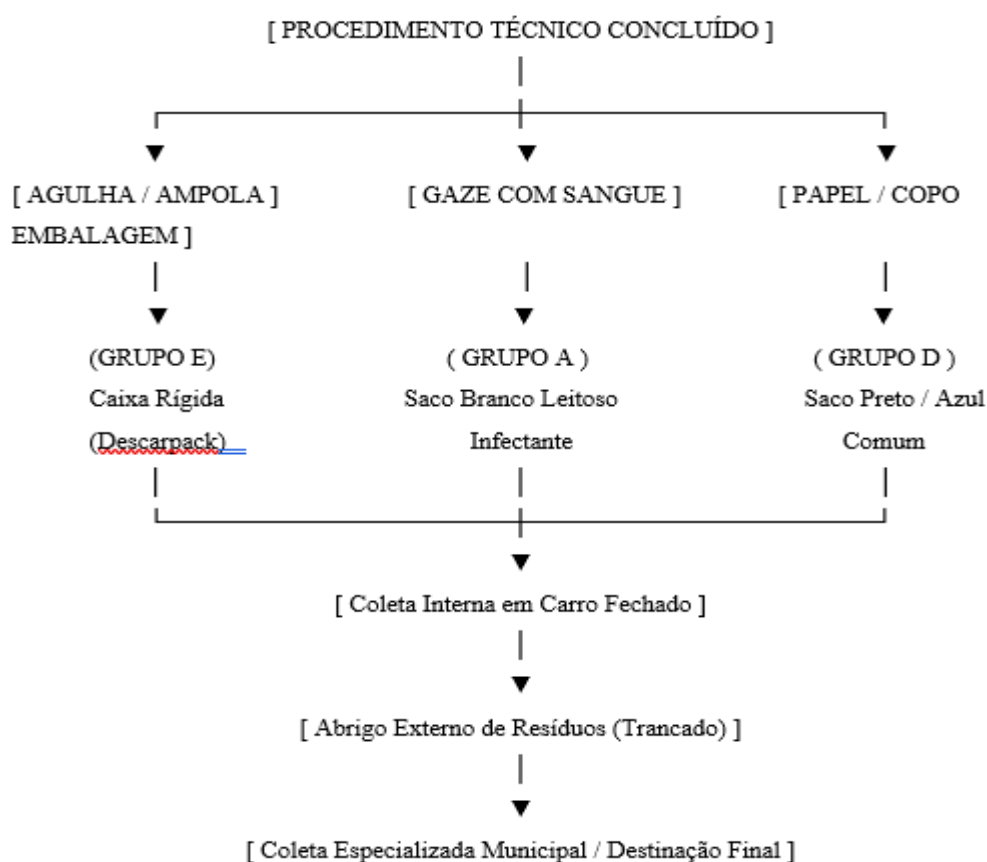
- **Passo 1 (Coleta):** A equipe de higienização recolhe os resíduos diariamente em horários alternados aos de maior circulação de usuários, ou sempre que os sacos atingirem **2/3 de sua capacidade**.
- **Passo 2 (Transporte):** Os sacos devem ser fechados de forma segura, garantindo que não haja vazamentos de líquidos ou gases, e transportados em carro coletor fechado até o abrigo de resíduos externo. É proibido arrastar os sacos plásticos pelo chão.
- **Passo 3 (Armazenamento):** No abrigo externo de resíduos da unidade, os sacos biológicos, comuns e as caixas de perfurocortantes devem ser mantidos em compartimentos separados e trancados até a coleta externa realizada pela empresa terceirizada especializada contratada pelo município.

NOTA: Seguir fluxograma municipal para coleta de lixo.

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Montar corretamente as caixas coletoras de perfurocortantes seguindo as instruções do fabricante, inserindo o saco plástico de proteção interna e o fundo rígido antes de fixá-la no suporte de parede.
- Garantir que a caixa de perfurocortantes permaneça instalada em altura visível e ergonômica (preferencialmente a cerca de 1,20m do chão) no Posto de Enfermagem, impedindo o acesso ou toque acidental de pacientes ou crianças.
- Registrar em livro de ata da enfermagem a conferência quinzenal de medicamentos psicotrópicos com validade expirada, efetuando o isolamento desses itens e o preenchimento do formulário de descarte químico.
- Supervisionar o uso correto dos EPIs pela equipe de serviços gerais durante a retirada dos resíduos biológicos do Posto de Enfermagem e expurgo.

8. FLUXOGRAMA VISUAL (Ponto de Geração Assistencial)



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Livro de Protocolo de Troca e Fechamento de Caixas de Perfurocortantes (assinatura e data);
- Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR) fornecido pela empresa de coleta externa;
- Ficha de Registro de Acidentes de Trabalho com Material Biológico (em caso de perfuração).

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Perfuração Ocupacional (Acidente com Material Biológico):** O descarte inadequado de agulhas em sacos plásticos comuns ou biológicos expõe gravemente a equipe de limpeza a acidentes perfurocortantes. Em caso de acidente, lavar imediatamente a área com água e sabão e encaminhar o trabalhador ao serviço de referência hospitalar em até 2 horas para profilaxia pós-exposição (PEP).
- **Risco de Acesso Indevido a Medicamentos/Perfurocortantes por Usuários:** Em um CAPS I, os usuários podem manifestar quadros de impulsividade, desorganização psíquica ou ideação suicida. Portanto, nenhuma lixeira de lixo biológico, químico ou caixa de perfurocortantes pode ficar desassistida em corredores ou consultórios ambulatoriais comuns.
- **Risco de Multas Ambientais:** A mistura de resíduos infectantes ou químicos com o lixo comum é passível de severas sanções sanitárias e ambientais para o serviço de saúde, além de onerar desnecessariamente os custos de destinação final do município.

11. REFERÊNCIAS

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018.** Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

CONAMA. **Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005.** Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos de serviços de saúde.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Normativas vigentes sobre a atuação da Enfermagem no Gerenciamento de Resíduos** e prevenção de acidentes com perfurocortantes.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 009 ORGANIZAÇÃO, INSPEÇÃO E SEGURANÇA DO AMBIENTE (CONTROLE DE OBJETOS DE RISCO)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	

1. OBJETIVO

Estabelecer um protocolo rigoroso de varredura ambiental, inspeção de rotina e vigilância preventiva nas dependências do CAPS I. O intuito é identificar, reter e gerenciar objetos e materiais de risco potencial que possam ser utilizados como armas ou instrumentos de autoagressão (suicídio/automutilação) ou Heteroagressão (violência contra terceiros), garantindo um ambiente terapeuticamente seguro para usuários, familiares e equipe de trabalhadores.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se integralmente a todos os membros da equipe multiprofissional, equipe administrativa, portaria/vigilância, profissionais de higienização e estagiários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do Município de Cristino Castro/PI.

3. DEFINIÇÃO

- Varredura Ambiental:** Inspeção visual e física sistemática realizada nos espaços físicos da unidade para detectar falhas estruturais, objetos esquecidos ou materiais perigosos.

- **Objetos de Risco Potencial:** Qualquer item que, por suas características de rigidez, corte, perfuração, inflamabilidade ou toxicidade, possa ser utilizado para causar dano físico. Dividem-se em:
 - *Objetos de Risco Assistencial/Pedagógico:* Materiais necessários para oficinas ou cuidados (tesouras, agulhas de crochê, bisturis, medicamentos) que exigem uso estritamente supervisionado.
 - *Objetos de Risco Proibidos:* Itens trazidos por usuários ou visitantes que não possuem finalidade terapêutica na unidade e geram perigo (facas, canivetes, isqueiros, cordas, substâncias ilícitas, bebidas alcoólicas).
- **Vigilância Preventiva:** Atitude perene e observadora da equipe para antecipar situações de risco material ou comportamental antes que se convertam em eventos adversos.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Portaria / Vigilância Patrimonial	Realizar a primeira abordagem visual na entrada da unidade; orientar sobre a proibição de entrada com objetos perfurocortantes ou inflamáveis.
Oficinas / Setor Pedagógico	Controlar rigorosamente a contagem de entrada e saída de materiais didáticos/artísticos (tesouras sem ponta, agulhas, régua) em cada atividade grupal.
Equipe de Higienização / Limpeza	Recolher imediatamente materiais esquecidos e relatar falhas na estrutura (vidros trincados, tomadas soltas, fios expostos) observados durante o trabalho.
Equipe de Enfermagem e Médica	Manter salas técnicas trancadas; realizar a guarda segura de insumos clínicos e monitorar pertences de usuários em observação ou crise.
Enfermeiro RT / Coordenador do CAPS I	Coordenar as varreduras ambientais semanais; auditar os mapas de risco da unidade e garantir a

manutenção corretiva rápida junto à Secretaria de Saúde.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Armário ou escaninho metálico com chave na recepção/portaria para guarda temporária de pertences retidos;
- Etiquetas de identificação e lacres para os pertences dos usuários;
- Livro de Ata ou Registro de Inspeção Ambiental e Retenção de Objetos;
- Ferramentas básicas de checklist de manutenção estrutural.

6. PROCEDIMENTO

6.1. Fluxo de Entrada e Controle de Acesso (Barreira Inicial)

- **Passo 1:** O profissional da portaria/recepção deve acolher o usuário e seus acompanhantes cordialmente. Caso observe volumes suspeitos ou objetos visíveis de risco (como ferramentas de trabalho rurais, facas, garrafas de vidro ou isqueiros), deve solicitar gentilmente que o item seja guardado no escaninho de segurança.
- **Passo 2:** O objeto retido é etiquetado com o nome completo do usuário, a data e a assinatura do receptor. A chave do escaninho permanece sob guarda da recepção e o item é devolvido integralmente ao usuário ou ao seu responsável legal no momento da saída da unidade.

6.2. Protocolo de Organização e Segurança nas Oficinas Terapêuticas (POP 011)

- **Passo 3:** Antes do início de qualquer oficina que utilize ferramentas (como tesouras sem ponta, estiletes de artesanato, agulhas de costura ou pincéis rígidos), o facilitador deve realizar a conferência e contagem exata dos itens.
- **Passo 4:** Durante a atividade, nenhum material de risco pode ser deixado livre sobre as mesas sem a presença física do profissional na sala.
- **Passo 5:** Ao término da oficina, o profissional recolhe e reconfeciona a contagem de todos os materiais em frente aos usuários antes de liberá-los para a saída. Caso falte algum item, a saída da sala é suspensa temporariamente e a coordenação é acionada para conduzir a busca de forma humanizada e sem julgamentos.

6.3. Rotina de Varredura Ambiental Preventiva

- **Passo 6 (Diária):** Ao abrir e fechar a unidade, a equipe de enfermagem e de higienização deve inspecionar visualmente os banheiros coletivos, salas de atendimento e pátio, buscando por pedaços de vidro, lascas de madeira, pregos, pedras grandes ou fiação solta que possam ter sido expostos ou deixados no local.
- **Passo 7 (Semanal):** A coordenação do CAPS I, junto ao enfermeiro RT, realiza uma varredura minuciosa na estrutura física, inspecionando:
 - Trincas em janelas e espelhos;
 - Fixação de vasos sanitários, pias e torneiras (para evitar que sejam arrancados e quebrados para uso como armas);
 - Condições de fechaduras e chaves das salas restritas (Posto de Enfermagem, Arquivo de Prontuários e Farmácia).

6.4. Manejo de Objetos Encontrados em Situações de Crise (POP 015)

- **Passo 8:** Se um usuário em atendimento ou em crise psicomotora for flagrado portando um objeto de risco não autorizado, a equipe deve priorizar a contenção verbal (descalonamento), solicitando de forma firme, porém calma e respeitosa, que ele entregue o objeto ao profissional de referência ou ao familiar.
- **Passo 9:** Uma vez recolhido, o objeto é guardado na coordenação e o fato é imediatamente registrado no prontuário clínico do usuário (POP 004), servindo de subsídio para a readequação do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS - POP 002).

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Garantir o trancamento ininterrupto das portas do Posto de Enfermagem e da sala de aplicação de medicamentos. É expressamente proibido deixar a chave na fechadura pelo lado de fora ou ausentar-se da sala mantendo-a aberta.
- Manter agulhas, seringas, ampolas de vidro, escalpes, medicamentos e, principalmente, as caixas de perfurocortantes (Descarpac - POP 008) completamente fora do alcance visual e físico dos usuários.
- Realizar a vistoria e a contagem de insumos clínicos ao assumir e repassar o plantão técnico.

- Inspeccionar as dependências da Sala de Observação/Leito do CAPS I antes da acomodação de pacientes em crise, retirando lençóis em excesso, fios de equipamentos não utilizados ou qualquer elemento que favoreça riscos de sufocamento ou enforcamento.

8. FLUXOGRAMA VISUAL (Ponto de Geração Assistencial)

[BARREIRA INICIAL] → Retenção cordial de objetos perfurocortantes/inflamáveis.

| → Guarda sob chave em escaninho identificado.



[CONTROLE EM OFICINAS] → Contagem rigorosa de entrada e saída de materiais didáticos.

| → Supervisão visual ativa e ininterrupta do facilitador.



[VARREDURA AMBIENTAL] → Inspeção diária e semanal da estrutura física
(banheiros/pátios).

| → Detecção de vidros quebrado, fios expostos ou fomes de risco.



[POSTO TÉCNICO] → Portas de salas de enfermagem e farmácia SEMPRE trancadas.

→ Insumos clínicos e Descarpac fora do alcance do público.

Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Livro de Registro de Ocorrências Patrimoniais e Retenção de Objetos;
- Checklist Semanal de Varredura Ambiental e Manutenção Estrutural;
- Evolução multiprofissional em prontuário quando houver apreensão de objetos de risco com o usuário.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Abordagem Vexatória (Violação de Direitos):** A inspeção e retenção de objetos devem ser guiadas pelo princípio da proteção e do cuidado, nunca da punição ou da suspeição generalizada. O CAPS I é um ambiente de saúde mental comunitário e aberto; portanto, não devem ser adotadas práticas que mimetizem o ambiente prisional ou manicomial (como revistas corporais invasivas rotineiras), exceto em situações extremas de fundada suspeita de risco iminente à vida.

- **Risco de Uso de Materiais Comuns como Armas:** Em estados de grave desorganização psíquica, objetos cotidianos banais (como uma caneta pesada, uma garrafa térmica de café de vidro, cabides plásticos ou o pedestal de um ventilador) podem ser utilizados para auto ou Heteroagressão. A equipe deve manter o ambiente o mais limpo e desobstruído possível.
- **Risco de Incêndio:** O controle de isqueiros e fósforos é fundamental, especialmente em unidades que atendem usuários de substâncias psicoativas (álcool e drogas). O tabagismo deve ser restrito a áreas externas específicas designadas e sob supervisão indireta.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resoluções vigentes sobre as garantias éticas e de segurança do trabalhador e do paciente** em ambientes ambulatoriais de psiquiatria.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



III BLOCO: ASSISTÊNCIA DIRETA, LINHAS DE CUIDADO E TECNOLOGIAS PSICOSSOCIAIS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 010 ATENDIMENTO INDIVIDUAL MULTIPROFISSIONAL	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar as diretrizes, parâmetros técnicos e operacionais para a realização do Atendimento Individual Multiprofissional no CAPS I. O intuito é assegurar uma assistência clínica integrada, resolutiva e humanizada, promovendo a articulação interdisciplinar e a realização de interconsultas para a consolidação do cuidado integral em saúde mental.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se integralmente a todos os profissionais que compõem a equipe técnica e clínica (Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Medicina) do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do Município de Cristino Castro/PI.			
3. DEFINIÇÃO Atendimento Individual Multiprofissional: Intervenção terapêutica ou assistencial realizada por um ou mais profissionais de diferentes núcleos de conhecimento, direcionada a um único usuário, com foco em suas necessidades clínicas, psicossociais e de reabilitação.			

- **Interconsulta:** Prática colaborativa em que dois ou mais profissionais de categorias distintas discutem, avaliam conjuntamente ou compartilham o manejo de um caso clínico, unificando condutas sem fragmentar o cuidado.
- **Núcleo e Campo:** O *núcleo* demarca o conjunto de saberes e competências específicas de cada profissão (ex.: diagnóstico médico, psicoterapia, abordagem social); o *campo* representa o espaço de saberes compartilhados e comuns a toda a equipe multiprofissional de saúde mental (acolhimento, suporte institucional, escuta qualificada).

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Médico (Psiquiatra / Clínico)	Realizar avaliação diagnóstica, manejo psicofarmacológico, monitoramento de comorbidades físicas e interconsulta com os demais membros da equipe.
Psicólogo	Executar psicoterapia breve, escuta analítica, manejo de sofrimento psíquico severo e intervenções focadas na reestruturação subjetiva e autonomia do sujeito.
Assistente Social	Realizar a avaliação socioeconômica, articulação com a rede socioassistencial (CRAS, CREAS), garantia de direitos, benefícios e fortalecimento de vínculos comunitários.
Equipe de Enfermagem e Médica	Manter salas técnicas trancadas; realizar a guarda segura de insumos clínicos e monitorar pertences de usuários em observação ou crise.
Enfermeiro / Técnico de Enfermagem	Realizar a consulta de enfermagem, monitoramento de parâmetros vitais, triagem de queixas somáticas, avaliação de adesão e efeitos colaterais medicamentosos.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Consultórios individuais equipados com mesas, cadeiras confortáveis e iluminação adequada;
- Prontuário clínico físico ou eletrônico do usuário (POP 004);
- Insumos para avaliação clínica básica (esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro);
- Material de escritório (papel, caneta, impressos de encaminhamento e receitas).

6. PROCEDIMENTO

6.1. Preparo e Ambiência para o Atendimento

- **Passo 1:** O profissional deve planejar o atendimento checando previamente o histórico do usuário no prontuário, revisando as metas traçadas no Projeto Terapêutico Singular (PTS - POP 002) e identificando o Técnico de Referência do caso.
- **Passo 2:** Organizar a sala de atendimento de modo a garantir o conforto e, obrigatoriamente, o sigilo visual e auditivo. Manter portas fechadas durante a sessão, evitando interrupções externas desnecessárias.

6.2. Execução da Consulta Individual Integrada

- **Passo 3 (Acolhimento e Escuta Ativa):** Receber o usuário (e familiar, se houver consentimento) de forma empática. Conduzir a entrevista clínica investigando o estado mental atual, humor, padrão de sono, apetite, dinâmica familiar e rede de apoio.
- **Passo 4 (Avaliação Específica do Núcleo):** Cada profissional realiza a intervenção técnico-científica baseada em sua categoria profissional:
 - *Medicina:* Foco no diagnóstico diferencial, eficácia e ajuste de doses dos psicofármacos.
 - *Psicologia:* Foco no manejo de defesas, angústias e elaboração de conflitos psíquicos.
 - *Serviço Social:* Foco na vulnerabilidade social, moradia, renda e inserção comunitária.
 - *Enfermeiro:* Foco nas condições gerais de saúde, autocuidado, feridas, exames laboratoriais de rotina e adesão ao tratamento.

6.3. Sistemática de Interconsulta e Compartilhamento do Caso

- **Passo 5 (Detecção de Demandas Cruzadas):** Identificada a necessidade de intervenção de outra categoria profissional (ex.: o psicólogo percebe sintomas somáticos urgentes; o médico identifica severa vulnerabilidade social), o profissional deve acionar o colega de equipe para uma interconsulta.

- **Passo 6 (Modalidades de Interconsulta):**

- *Interconsulta Conjunta (Coatendimento):* Os dois profissionais realizam o atendimento simultaneamente na mesma sala com o usuário, unindo os olhares clínico e psicossocial em tempo real.
- *Interconsulta Diferida:* O profissional discute o caso com o colega de outra especialidade no intervalo dos atendimentos e agenda uma consulta específica para o usuário com o profissional demandado, sem perder a linha de comunicação.

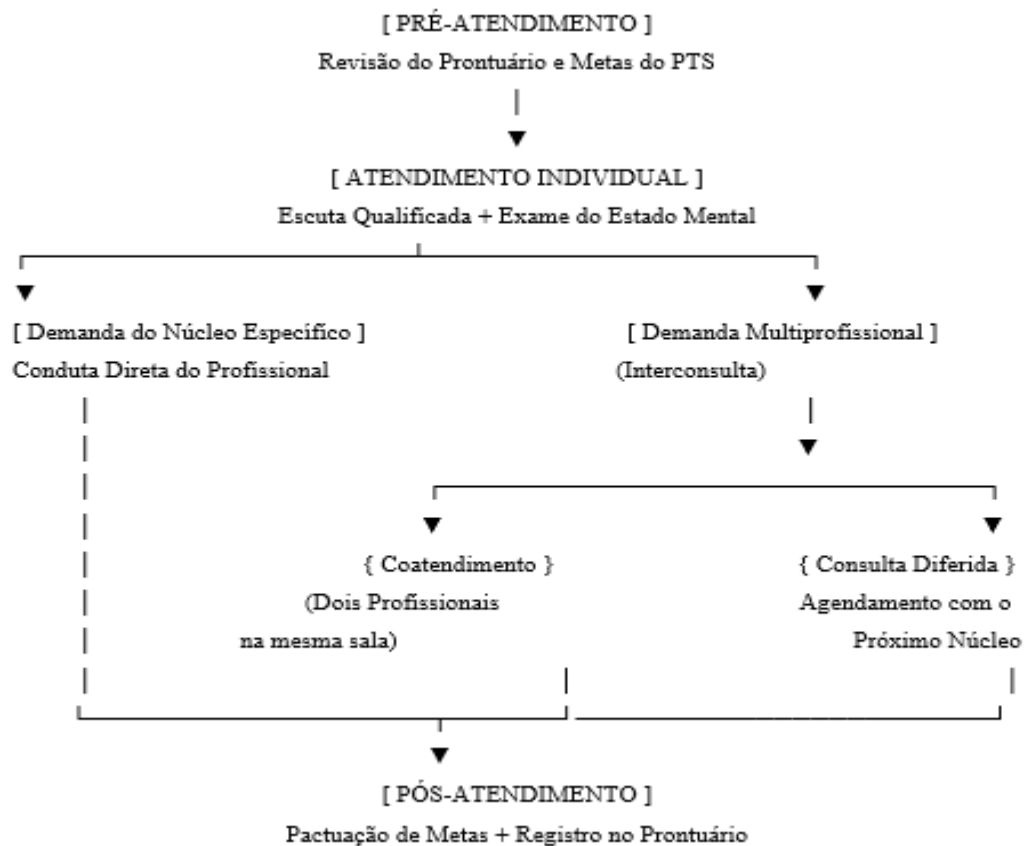
6.4. Encerramento e Registro Clínico

- **Passo 7:** Pactuar com o usuário os próximos passos, retornos, encaminhamentos internos ou participação em atividades grupais (POP 011).
- **Passo 8:** Realizar o registro minucioso e obrigatório em prontuário (POP 004 / POP 020), detalhando as condutas tomadas, medicações alteradas e o direcionamento multiprofissional acordado.

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Realizar a Consulta de Enfermagem focada na anamnese de saúde geral, identificação de diagnósticos de enfermagem e avaliação detalhada da síndrome metabólica associada ao uso contínuo de antipsicóticos (controle de peso, circunferência abdominal, aferição de PA e verificação de glicemia capilar).
- Investigar minuciosamente a queixa de efeitos colaterais extrapiramidais (tremores, rigidez, acatisia) ou de impregnação medicamentosa manifestada pelo usuário, estabelecendo interconsulta imediata com o médico psiquiatra para ajuste terapêutico.
- Supervisionar a atuação do técnico de enfermagem na coleta de sinais vitais pré-consulta e na orientação sobre o uso correto das receitas e horários de tomada das medicações orais e injetáveis.
- Atuar diretamente como articuladora entre as consultas clínicas internas e as demandas de saúde integral que necessitam de referenciamento para a Atenção Primária à Saúde (APS) ou exames laboratoriais regulados (POP 003).

8. FLUXOGRAMA VISUAL (Ponto de Geração Assistencial)



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Evolução Multiprofissional em Prontuário Clínico (obrigatório a cada atendimento);
- Ficha de Encaminhamento Interno / Solicitação de Interconsulta;
- Mapas de Produtividade Terapêutica (Ficha de Registro de Procedimentos do SUS).

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Fragmentação do Cuidado (Modelo Ambulatorial Puro):** O atendimento individual em CAPS I não pode se estruturar como um "consultório isolado", onde o usuário passa por vários profissionais que não conversam entre si. A ausência de discussão de casos e de interconsultas anula a lógica de atenção psicossocial e transforma a unidade em um ambulatório tradicional.
- **Risco de Desorganização Psíquica na Consulta:** Caso o usuário apresente agitação psicomotora, heteroagressividade ou quebra de contato com a realidade durante o atendimento

individual, o profissional deve interromper a abordagem clínica tradicional e acionar imediatamente o protocolo de manejo de crise (POP 015).

- **Garantia de Sigilo e Ética:** Todas as informações coletadas no atendimento individual são confidenciais. Discussões de casos devem ocorrer exclusivamente em reuniões de equipe técnica trancadas, sendo vedada a exposição de relatos em áreas comuns, corredores ou recepção da unidade (POP 004).

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)** e regulamenta a consulta de enfermagem em serviços de saúde mental vigentes.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Aborda as ferramentas de matriciamentos e interconsulta).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 011 CONDUÇÃO DE OFICINAS TERAPÊUTICAS, RODAS DE CONVERSA E ATIVIDADES GRUPAIS	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS).	
1. OBJETIVO Padronizar a organização, o planejamento, a execução e a avaliação das oficinas terapêuticas, rodas de conversa e demais atividades grupais no CAPS I. Garantir a aplicação de metodologias participativas que estimulem a expressão subjetiva, a socialização, o resgate da cidadania e a reabilitação psicossocial, integrando as ações aos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos usuários.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a todos os profissionais da equipe multiprofissional, assistencial e pedagógica habilitados para a condução de atividades coletivas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do Município de Cristino Castro/PI.			
3. DEFINIÇÃO Oficina Terapêutica: Atividade grupal estruturada que utiliza recursos expressivos, artísticos, artesanais, corporais ou reflexivos como mediadores terapêuticos para tratar o sofrimento psíquico e promover a contratualidade social.			

- **Roda de Conversa:** Tecnologia leve de cuidado baseada na escuta recíproca, circularidade e horizontalidade, com foco na troca de experiências, suporte mútuo e elaboração coletiva de temas cotidianos ou de saúde.
- **Grupo Operativo:** Grupo focado em uma tarefa específica (aprender uma técnica, discutir regras de convivência, organizar um evento da unidade), onde o processo de interação do grupo é trabalhado junto com o conteúdo.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Coordenador / Facilitador do Grupo	Planejar a temática, providenciar os materiais necessários, mediar a comunicação grupal, garantir o cumprimento dos horários e realizar o manejo de dinâmicas relacionais complexas.
Co-facilitador / Observador	Apoiar o facilitador na condução, observar as reações individuais dos usuários, auxiliar no suporte logístico e intervir em casos de desorganização psíquica pontual.
Técnico de Referência do Usuário	Indicar e pactuar a inserção do usuário no grupo durante a elaboração do PTS (POP 002) e acompanhar o impacto da atividade no tratamento global.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Salas amplas, arejadas ou pátios externos limpos com disposição de cadeiras em formato de círculo;
- Materiais de consumo específicos para cada oficina (papelaria, tintas, argila, insumos de artesanato, violão/caixa de som, textos de apoio);
- Caixa ou armário trancado para guarda de materiais de risco pedagógico (POP 009);
- Livro de Ata de Grupos ou Ficha de Frequência Diária.

6. PROCEDIMENTO

6.1. Planejamento e Estruturação do Grupo

- **Passo 1:** Definir previamente a tipologia do grupo, objetivos claros, público-alvo (critérios por ciclos de vida, como infância/adolescência ou adultos, ou por afinidade temática) e se o formato será aberto (entrada livre de usuários a cada sessão) ou fechado (número fixo de sessões com o mesmo grupo).
- **Passo 2:** Organizar o espaço físico antes da chegada dos usuários. **A disposição das cadeiras deve ser obrigatoriamente circular**, sem mesas centrais que obstruam a visão, assegurando que todos os participantes possam se olhar e se escutar horizontalmente.

6.2. Execução e Condução da Atividade Coletiva

- **Passo 3 (Contrato Grupal e Aquecimento):** Iniciar acolhendo os participantes. Nas primeiras sessões ou quando houver novos integrantes, pactuar as regras de convivência (respeito à fala do outro, proibição de comentários preconceituosos e garantia de sigilo sobre os relatos pessoais compartilhados). Realizar uma dinâmica breve de aquecimento ou apresentação.
- **Passo 4 (Desenvolvimento do Tema / Atividade Prática):** Introduzir o disparador da oficina (uma pergunta provocativa, uma técnica artesanal, uma música ou um texto). Estimular a participação ativa de todos, intervindo de forma sensível para conter monopólios da fala ou encorajar usuários mais inibidos, respeitando sempre o silêncio de quem não desejar se expressar.
- **Passo 5 (Fechamento e Compartilhamento):** Dedicar os últimos 15 a 20 minutos para que os usuários verbalizem como se sentiram durante a atividade, compartilhem suas produções e avaliem o encontro.

6.3. Registro e Desmobilização

- **Passo 6:** Coletar as assinaturas na lista de presença ou registrar os nomes dos participantes na Ficha de Produtividade do SUS.
- **Passo 7:** Orientar o grupo a organizar coletivamente o espaço, responsabilizando-se pelo zelo com a sala. Realizar a contagem estrita e o recolhimento de materiais de risco pedagógico antes da liberação dos usuários (POP 009).

6.4. Pós-Grupo (Avaliação Técnica)

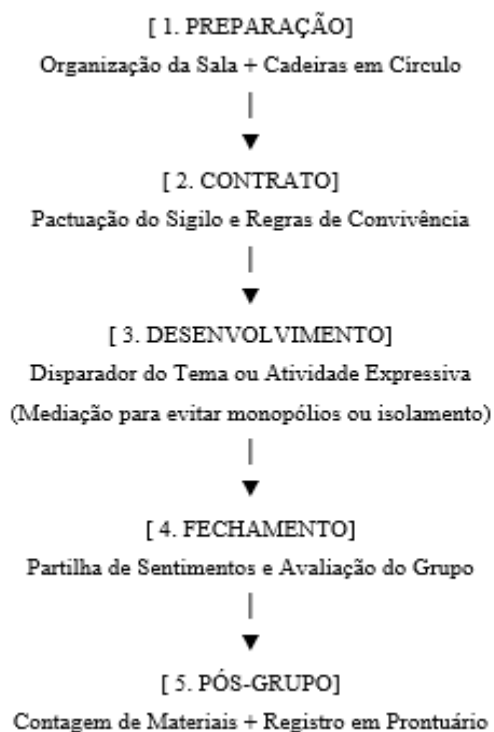
- **Passo 8:** O facilitador e o co-facilitador devem se reunir por 10 minutos logo após a saída dos usuários para avaliar a dinâmica do grupo, identificar lideranças negativas/positivas, avaliar o nível de engajamento e discutir condutas para usuários que manifestaram sofrimento agudo ou isolamento extremo durante a atividade.

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Participar ativamente como facilitadora ou co-facilitador de grupos temáticos específicos, tais como: educação em saúde, grupos de orientação para o uso seguro de psicofármacos (evitando a automedicação), rodas de conversa sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de comorbidades crônicas no CAPS.
- Monitorar de forma sutil e contínua os usuários durante as atividades em grandes grupos, identificando precocemente sinais clínicos de fadiga, ansiedade ascendente, efeitos colaterais de impregnação medicamentosa (como acatisia, que impede o usuário de permanecer sentado) ou episódios de hipotensão.
- Intervir de maneira protetiva caso um usuário apresente sonolência severa ou confusão mental na roda, retirando-o do grupo de forma discreta para avaliação individual na Sala de Observação, evitando sua exposição perante os pares.
- Garantir que a inserção de usuários em oficinas com materiais manuais pesados ou ferramentas cortantes seja criteriosamente avaliada em conjunto com a equipe, vetando a participação direta com esses materiais daqueles que se encontram em surto agudo ou com ideação suicida ativa e imediata (POP 017), remanejando-os para grupos puramente verbais ou expressivos leves.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

Fases da Condução Grupal



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Ficha de Frequência Semanal/Diária das Oficinas e Grupos;
- Evolução do Usuário em Prontuário (com destaque para mudanças comportamentais observadas no grupo);
- Relatório de Produção Mensal de Procedimentos Grupais do CAPS.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Desorganização Psíquica Coletiva (Contágio de Crise):** Em rodas de conversa com temas de forte impacto emocional, o choro ou a agitação de um usuário pode desencadear reações em cadeia no grupo. O co-facilitador deve estar pronto para acolher individualmente o usuário que desorganizou, retirando-o da sala se necessário, enquanto o facilitador principal mantém a estabilidade e o foco do restante do grupo.

- **Risco de Quebra de Sigilo:** Os usuários devem ser constantemente lembrados de que as histórias pessoais contadas no grupo não devem ser debatidas fora dali. A equipe técnica deve dar o exemplo absoluto, nunca comentando sobre as sessões grupais em corredores ou na recepção da unidade (POP 004).
- **Risco de Atividades Infantilizadas:** Oficinas para o público adulto não devem utilizar linguagens, dinâmicas ou materiais pedagógicos que desrespeitem a sua maturidade cronológica. A reabilitação psicossocial baseia-se na emancipação e valorização da autonomia do sujeito, e não na sua regressão.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde / Fiocruz, 2011.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Normativas vigentes sobre a atuação da Enfermagem em Saúde Mental** e condução de tecnologias grupais.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 012 ABORDAGEM FAMILIAR, GRUPOS DE CUIDADORES E MANEJO DE CODEPENDÊNCIA	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	

1. OBJETIVO

Padronizar as ações de acolhimento, suporte e orientação direcionadas às famílias e cuidadores dos usuários do CAPS I. O intuito é instrumentalizar a rede de apoio familiar, mitigar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador, e intervir terapêuticamente em dinâmicas de codependência, transformando o núcleo familiar em um parceiro ativo do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se integralmente a todos os profissionais da equipe multiprofissional (Serviço Social, Psicologia, Enfermagem e Medicina) atuantes no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do Município de Cristino Castro/PI.

3. DEFINIÇÃO

- Abordagem Familiar:** Intervenção terapêutica sistemática que compreende a família não apenas como um histórico de antecedentes, mas como um sistema dinâmico que influencia e é influenciado pelo sofrimento psíquico do usuário.
- Sobrecarga do Cuidador:** Impacto físico, emocional, financeiro e social resultante do ato de cuidar continuamente de um indivíduo com transtorno mental severo ou persistente. Divide-se

em *objetiva* (tarefas práticas, gastos, perda de emprego) e *subjetiva* (angústia, culpa, medo do futuro).

- **Codependência:** Padrão relacional disfuncional em que o familiar ou cuidador foca excessivamente a sua vida nas necessidades, crises e comportamentos do usuário, anulando a sua própria individualidade, o que frequentemente retroalimenta a dependência ou os sintomas do paciente.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Assistente Social	Coordenar o mapeamento da rede familiar, identificar vulnerabilidades socioeconômicas, articular o acesso a benefícios sociais e mediar conflitos sociofamiliares.
Psicólogo	Conduzir sessões de psicoterapia familiar, intervir em crises de codependência e coordenar o suporte emocional e psicodinâmico nos grupos de cuidadores.
Enfermeiro	Orientar sobre a sobrecarga física do cuidador, identificar somatizações, gerenciar a educação em saúde sobre os transtornos e monitorar a saúde do próprio familiar.
Médico Psiquiatra / Clínico	Esclarecer dúvidas diagnósticas e prognósticas à família, orientar sobre o manejo de efeitos colaterais graves e pactuar a corresponsabilização medicamentosa.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala de atendimento individual ou coletivo que garanta total privacidade e sigilo (POP 010);
- Genograma e Ecomapa (instrumentos impressos para desenho da dinâmica familiar);
- Escala de Sobrecarga de Zarit (*Zarit Burden Interview*) impressa para aplicação;
- Material de apoio e folhetos informativos sobre direitos dos usuários e canais de emergência.

6. PROCEDIMENTO

6.1. Mapeamento e Inclusão da Família no Cuidado

- **Passo 1:** No acolhimento inicial (POP 001) ou na revisão do PTS (POP 002), o Técnico de Referência deve aplicar as ferramentas do **Genograma** (representação gráfica da estrutura familiar em pelo menos 3 gerações) e do **Ecomapa** (fluxos de relação com a comunidade, igreja, vizinhos e outros serviços de saúde), identificando quem é o cuidador principal e quais são os nós de conflito ou suporte.
- **Passo 2:** Agendar o primeiro Atendimento Individual à Família (sem a presença do usuário, caso seja necessário dar voz livre às angústias do cuidador) para avaliar o nível de compreensão que o núcleo possui sobre o transtorno mental e identificar sinais de superproteção, rejeição ou codependência.

6.2. Estruturação e Condução do Grupo de Cuidadores e Familiares

- **Passo 3:** Inserir o cuidador principal no Grupo de Cuidadores da unidade, cuja periodicidade deve ser quinzenal ou mensal, com duração máxima de 90 minutos.
- **Passo 4 (Metodologia da Roda):** Dispor as cadeiras em círculo (POP 011). Dividir cada encontro em duas metades:
 - *Metade Psicoeducativa:* Fornecer informações claras, sem termos técnicos difíceis, sobre o que são os transtornos, a importância da regularidade do tratamento e os direitos legais do usuário.
 - *Metade Psicoterapêutica/Suporte:* Espaço livre para ventilação de sentimentos (culpa, exaustão, raiva, luto pelo "filho/esposo idealizado").
- **Passo 5 (Manejo da Codependência):** Durante as discussões, o facilitador deve pontuar, de forma sutil e reflexiva, comportamentos em que o cuidador assume tarefas que o usuário teria total capacidade de realizar sozinho. Estimular o cuidador a resgatar seus projetos de vida pessoais (lazer, trabalho, cuidados estéticos), desvinculando sua identidade da condição de "eterno vigia".

6.3. Intervenção em Situações de Alta Emoção Expressa (Crise Familiar)

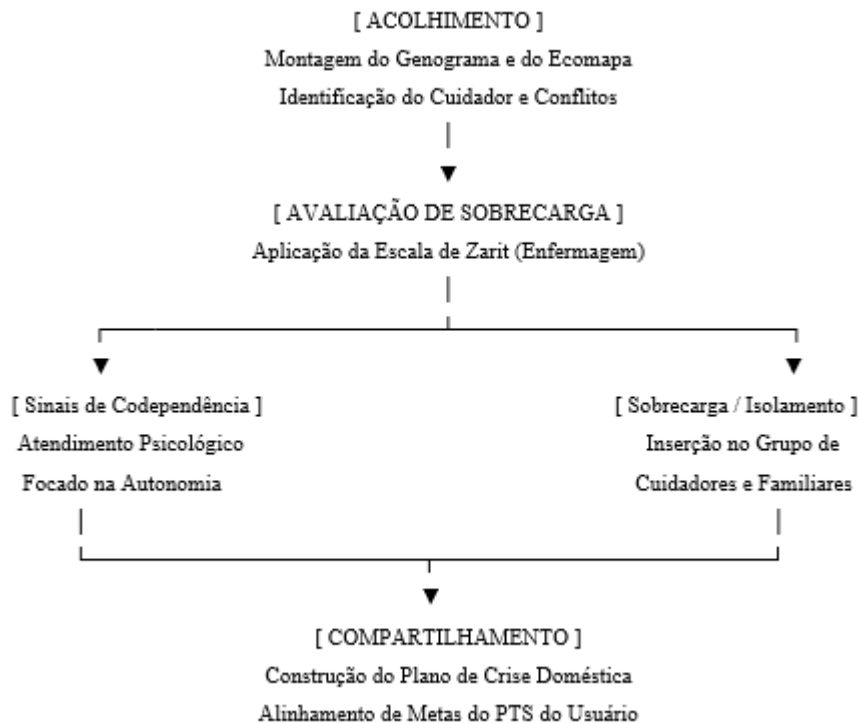
- **Passo 6:** Diante de famílias com alto índice de Emoção Expressa (caracterizadas por críticas constantes, hostilidade ou superenvolvimento emocional com o usuário), a equipe deve agendar sessões de mediação conjunta (Equipe + Família + Usuário).
- **Passo 7:** Estabelecer um "Plano de Crise Familiar Doméstica", orientando por escrito os passos práticos que a família deve tomar em caso de agitação psicomotora em casa (falar baixo, retirar objetos de risco, acionar o SAMU ou levar ao CAPS I. (POP 015).

7. CONDOTA DE ENFERMAGEM

- Aplicar periodicamente a **Escala de Sobrecarga de Zarit** nos cuidadores principais para mensurar objetivamente o nível de exaustão e subsidiar o planejamento de ações de alívio (como o regime de permanência parcial ou dia de repouso do usuário no CAPS).
- Avaliar e monitorar ativamente a saúde física do cuidador (aferição de pressão arterial, queixas de insônia crônica, dores osteomusculares difíceis, cefaleia), compreendendo o cuidador também como um indivíduo que necessita de assistência à saúde e referenciando-o à Estratégia Saúde da Família (ESF) quando necessário.
- Realizar consultas de enfermagem focadas na orientação sobre a guarda segura dos psicofármacos no domicílio, capacitando o familiar a identificar reações adversas agudas e combatendo mitos familiares relacionados à "dependência química" dos medicamentos prescritos.
- Intervir nos casos em que a codependência se manifesta na administração medicamentosa disfuncional (ex.: o familiar que decide aumentar ou diminuir a dose por conta própria para controlar o comportamento do usuário no ambiente doméstico), reeducando o núcleo sobre a segurança do paciente.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

Fluxo de Atenção à Família



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Ata de Frequência do Grupo de Cuidadores e Familiares;
- Ficha de Avaliação da Escala de Zarit anexada ao prontuário do usuário;
- Evolução multiprofissional registrando a dinâmica familiar observada.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Exclusão do Usuário:** O atendimento à família não deve se transformar em um espaço para "falar mal" do usuário pelas costas. Salvo em contextos terapêuticos específicos e justificados para a proteção do cuidador, a autonomia e os direitos do usuário de estar ciente de seu tratamento devem ser preservados.
- **Risco de Confundir Suporte com Culpabilização:** A equipe técnica jamais deve emitir julgamentos que culpem os pais ou cônjuges pelo adoecimento psíquico do usuário. Teorias culpabilizantes (como o conceito ultrapassado de "mãe esquizofrenogênica") geram sofrimento atroz e rompem o vínculo de confiança com o CAPS I.

- **Sigilo de Relatos Cruzados:** Informações confidenciais trazidas pelo usuário em seu atendimento individual (POP 010) não podem ser reveladas à família sem a autorização do mesmo, exceto em caso de risco iminente de autoagressão ou prejuízo severo à vida (POP 017).

11. REFERÊNCIAS

MELMAN, Jacyra. **Família e Doença Mental**. São Paulo: Escrituras Editora, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Bolso do Defensor da Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Diretrizes para assistência de enfermagem à família** em ambiente de atenção psicossocial vigentes.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 013 CUIDADOS DE ENFERMAGEM E ATENÇÃO INTEGRAL EM TABAGISMO, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar- Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar a assistência multiprofissional e os cuidados de enfermagem direcionados aos usuários com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas. O foco central é a aplicação prática de estratégias de Redução de Danos (RD) e reabilitação psicossocial, visando o resgate da autonomia, a mitigação de riscos biológicos e sociais, e a construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS), sem que a abstinência seja uma condição impositiva para o acesso ao cuidado.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a toda a equipe técnica e assistencial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de Cristino Castro/PI.			
3. DEFINIÇÃO Redução de Danos (RD): Abordagem de saúde pública que visa minimizar as consequências adversas à saúde, ao convívio social e à economia decorrentes do uso de drogas de forma pragmática e tolerante, acolhendo o usuário na fase em que ele se encontra, mesmo que ele não queira ou não consiga parar o uso no momento.			

- **Abordagem Antiproibicionista:** Modelo que desloca o foco da substância para o sujeito, priorizando os direitos humanos, o vínculo afetivo e a corresponsabilização do usuário pelo seu próprio autocuidado e cidadania.
- **Síndrome de Abstinência:** Conjunto de sinais e sintomas de gravidade variável que ocorrem após a interrupção ou redução do uso crônico de uma substância.
- **Fissura (*Craving*):** Desejo ou impulso intensamente forte de consumir uma substância psicoativa específica.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Enfermeiro	Coordenar o acolhimento, realizar a triagem de riscos cardiovasculares e metabólicos, gerenciar as crises de abstinência leve a moderada, prescrever os cuidados de enfermagem específicos e conduzir grupos terapêuticos de tabagismo e RD.
Equipe Multiprofissional	Desenvolver oficinas terapêuticas de geração de renda, articulação da rede de apoio social (CRAS, CREAS), escuta clínica qualificada e intervenções psicossociais continuadas.
Técnicos de Enfermagem	Realizar o monitoramento dos sinais vitais, monitorar a hidratação e alimentação dos usuários em permanência no serviço, auxiliar na administração supervisionada de medicamentos e relatar precocemente sinais de desestabilização física ou psíquica.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Consultórios individuais para escuta sigilosa;
- Sala de convivência/oficinas equipada para grupos;
- Kit para monitorização de sinais vitais (esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, Glicosímetro e oxímetro de pulso);

- Insumos de Redução de Danos (preservativos, materiais informativos, protetores labiais, conforme disponibilidade e diretrizes da RAPS);
- Prontuário Único Interdisciplinar para registro evolutivo e acompanhamento do PTS.

6. PROCEDIMENTO

6.1. Acolhimento Humanizado e Avaliação Multidimensional de Riscos

- **Passo 1 (Vínculo Inicial):** Receber o usuário sem posturas julgadoras, moralistas ou punitivas. O foco inicial deve ser a escuta da demanda trazida por ele ou pela família, garantindo que o CAPS é um espaço de proteção.
- **Passo 2 (Avaliação da Gravidade e Consumo):** Aplicar ferramentas clínicas de apoio e triagem (como o questionário *Audit* para álcool, *Fagerström* para tabaco ou o teste *Dast/Assist*) de forma integrada na entrevista, identificando o padrão de consumo (uso nocivo, dependência), a frequência e as vias de administração.
- **Passo 3 (Exame Clínico Inicial):** O enfermeiro deve realizar exame físico direcionado para identificar sinais de desnutrição, desidratação, lesões cutâneas decorrentes do uso de substâncias, alterações de marcha ou tremores.

6.2. Pactuação do PTS Baseado na Redução de Danos e Autonomia

- **Passo 4 (Metas Realistas):** Construir o Projeto Terapêutico Singular junto com o usuário. Caso ele não deseje a abstinência total, estabelecer metas progressivas e negociadas de RD, tais como:
 - Substituição progressiva de vias de uso mais perigosas por mais seguras;
 - Espaçamento entre os episódios de uso;
 - Alimentar-se e hidratar-se antes e durante o consumo;
 - Evitar o uso de substâncias em locais de isolamento ou alto risco físico.
- **Passo 5 (Abordagem ao Tabagismo):** Inserir o usuário no Programa Nacional de Controle do Tabagismo, avaliando o grau de dependência nicotínica e pactuando datas para redução do fumo (*Dia D*), associando suporte comportamental estruturado em sessões de grupo e, se necessário, encaminhamento para avaliação médica de terapia de reposição nicotínica (adesivos ou gomas) ou suporte farmacológico.

6.3. Manejo das Intercorrências Clínicas e Síndrome de Abstinência

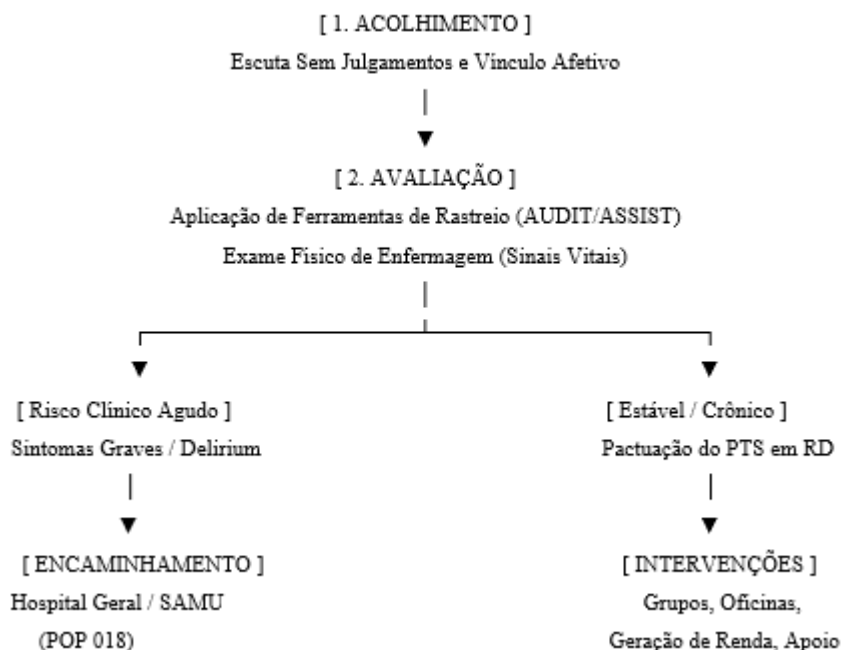
- **Passo 6 (Abstinência Alcoólica - Grau Leve a Moderado):** Monitorar atentamente o usuário que se apresenta com tremores de extremidades, sudorese, ansiedade, taquicardia leve e náuseas. Garantir repouso em ambiente calmo e com baixa luminosidade, hidratação oral vigorosa (água, sucos e soro caseiro) e dieta leve.
- **Passo 7 (Identificação de Alarme - Abstinência Grave):** Caso o usuário apresente agitação extrema, desorientação têmporo-espacial, alucinações visuais/tácteis (sinais de *Delirium Tremens*) ou crises convulsivas, o procedimento deve ser interrompido imediatamente para aplicação do **POP 018** (Urgências) e acionamento do SAMU para transferência para ambiente hospitalar.

7. CONDOTA DE ENFERMAGEM

- Monitorar de forma rigorosa os sinais vitais (PA, FC, FR, Temperatura e Glicemia Capilar) em usuários que dão entrada sob efeito agudo de substâncias ou em processo de desintoxicação domiciliar assistida pelo CAPS.
- Estimular e monitorar a aceitação da alimentação no serviço, oferecendo refeições fracionadas e ricas em nutrientes, visando reverter quadros crônicos de hipovitaminose e desnutrição comumente associados ao alcoolismo crônico.
- Orientar o usuário e seus familiares diretos quanto à correta administração de medicamentos psiquiátricos introduzidos pelo médico (como moduladores de fissura, benzodiazepínicos de transição ou neurolépticos), alertando sobre os riscos graves de interações medicamentosas caso combinados com o consumo ativo de álcool.
- Registrar minuciosamente no prontuário a evolução comportamental e clínica do usuário, especificando o nível de cooperação, flutuações de humor, crises de fissura manifestadas e a resposta às estratégias de redução de danos combinadas no PTS.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

Fluxo de Cuidado em Saúde Mental e RD



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Ficha de Acolhimento e Histórico de Enfermagem;
- Escalas Clínicas Aplicadas (*Audit, Assist, Fagerström*);
- Formulário de Acompanhamento do PTS (Evolução Multiprofissional).

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Recaída Interpretada como Fracasso:** A equipe deve compreender que episódios de recaída ou retorno ao uso abusivo fazem parte do curso crônico do transtorno. Tratar esses episódios com punição ou exclusão do serviço rompe o vínculo de confiança e afasta o usuário da rede de proteção.
- **Risco de Comorbidades Psiquiátricas (Duplo Diagnóstico):** Usuários de substâncias frequentemente apresentam quadros concomitantes de depressão, transtorno bipolar ou esquizofrenia. O plano de cuidados deve contemplar ambas as condições de forma simultânea.

- **Risco de Intoxicação Aguda por Sobrecarga de Substâncias:** O uso concomitante de depressores centrais (álcool + benzodiazepínicos) pode acarretar depressão respiratória grave. A equipe deve monitorar rigorosamente o nível de consciência.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 681/2021** (ou atualizações vigentes). Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cuidado a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado às Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas e Abordagem do Tabagismo**. Brasília: SUS, 2018.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 014 APLICAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NA RAPS	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro -Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar a inserção, a indicação, a execução e o acompanhamento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no âmbito do CAPS I de Cristino Castro/PI. Utilizar esses recursos terapêuticos regulamentados como ferramentas complementares no alívio do estresse, da ansiedade, da insônia, das dores somáticas e do sofrimento psíquico severo, potencializando a reabilitação psicossocial e estimulando o autocuidado e a autonomia do usuário.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se aos profissionais de saúde de nível superior da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) devidamente habilitados, certificados ou respaldados por seus respectivos conselhos de classe para a execução de PICS (Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Médico, Terapeuta Ocupacional, entre outros).			
3. DEFINIÇÃO Práticas Integrativas e Complementares (PICS): Abordagens terapêuticas baseadas em conhecimentos tradicionais que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de			

agravos e recuperação da saúde, com foco no cuidado humanizado, integral e na visão multidimensional do ser humano (físico, mental, social e espiritual).

- **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC):** Diretriz do Ministério da Saúde que institucionaliza e regula a oferta de práticas como Auriculoterapia, Aromaterapia, Meditação, Yoga, Musicoterapia, Fitoterapia, entre outras, no Sistema Único de Saúde (SUS).
- **Auriculoterapia:** Técnica derivada da Medicina Tradicional Chinesa que utiliza a estimulação de pontos específicos no pavilhão auricular (com sementes de mostarda, esferas de cristal ou agulhas) para aliviar sintomas físicos e emocionais.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Profissional Superior Habilitado (PICS)	Avaliar a indicação da prática no PTS, verificar contraindicações, aplicar a técnica de forma segura, higienizar insumos, orientar o usuário sobre as reações e registrar a evolução em prontuário.
Enfermeiro (Supervisor Clínico)	Monitorar a segurança dos procedimentos, acompanhar as respostas clínicas e a estabilidade hemodinâmica do usuário, e garantir o abastecimento de insumos de qualidade.
Técnicos de Enfermagem e Recepção	Identificar usuários com queixas de ansiedade ou dor na recepção, encaminhá-los para avaliação da equipe e auxiliar na organização logística do espaço físico para as práticas coletivas.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala reservada, climatizada, com iluminação regulável (penumbra) e ambiente silencioso;
- Maca fixa ou cadeiras confortáveis com apoio de braço;
- Aparelho de som para musicoterapia (sons da natureza, frequências relaxantes);

- **Insumos para Auriculoterapia:** Placas de sementes de mostarda/cristal, pinça cirúrgica, álcool a 70%, algodão, tintura de benjoim (para fixação, se necessário) e mapa de pontos auriculares;
- **Insumos para Aromaterapia:** Difusor ultrassônico de ambiente e óleos essenciais puros e regulamentados pela ANVISA (ex.: *Lavandula angustifolia* para ansiedade, *Citrus sinensis* para depressão).

6. PROCEDIMENTO

6.1. Triagem, Indicação e Inserção no Projeto Terapêutico Singular (PTS)

- **Passo 1 (Identificação da Demanda):** Durante o atendimento individual, oficinas ou acolhimento diário, a equipe identifica usuários com manifestações de hiperatividade psíquica, insônia pertinaz, dores tensionais, ansiedade crônica ou sintomas de abstinência leve de substâncias (visto no POP 013).
- **Passo 2 (Avaliação de Elegibilidade):** O profissional habilitado avalia se o usuário aceita e tem indicação para a prática. **Não iniciar nenhuma PICS de forma impositiva.**
- **Passo 3 (Pactuação e Registro):** Inserir a modalidade da prática (ex.: Auriculoterapia ou Meditação Guiada) no PTS do usuário como recurso complementar, definindo a frequência (semanal, quinzenal) e a duração do ciclo de atendimento (ex.: 4 a 6 sessões).

6.2. Execução da Auriculoterapia (Abordagem Individual Padronizada)

- **Passo 4 (Preparação):** Acomodar o usuário confortavelmente na cadeira ou maca. Explicar o procedimento de forma simples, reforçando que a técnica estimula terminações nervosas na orelha conectadas ao sistema nervoso central.
- **Passo 5 (Higienização):** Realizar a inspeção do pavilhão auricular (verificar se há ferimentos, infecções locais ou descamação severa). Realizar a antisepsia rigorosa da orelha com algodão embebido em álcool a 70% e aguardar a secagem completa da pele (essencial para a aderência do esparadrapo/micropore).
- **Passo 6 (Aplicação dos Pontos):** Utilizando a pinça, aplicar as esferas ou sementes nos pontos previamente selecionados conforme a queixa clínica.

Protocolo de Pontos Auriculares de Alívio (Ansiedade/Sofrimento):

- *Shenmen*: Ponto de abertura, acalma a mente, reduz o estresse e equilibra o sistema nervoso;
 - *Rim*: Estimula as funções metabólicas e a energia vital;
 - *Simpático*: Regula as funções autonômicas (combate palpitação e sudorese);
 - *Ansiedade / Tronco Cerebral*: Modula a reatividade emocional e o padrão do sono.
- **Passo 7 (Orientação de Alta)**: Orientar o usuário a massagear os pontos com leve pressão digital 3 vezes ao dia para estimular o efeito terapêutico. Instruir a retirar o micropore em casa após **5 a 7 dias**, ou antes caso ocorra dor intensa, coceira exagerada ou sinais de inflamação.

6.3. Execução de Práticas Coletivas (Aromaterapia, Meditação e Relaxamento Guiado)

- **Passo 8 (Preparação do Ambiente)**: Ligar o difusor de ambiente com 3 a 5 gotas de óleo essencial de Lavanda 15 minutos antes da entrada do grupo. Ajustar as cadeiras em círculo, reduzir a luz artificial e iniciar a musicoterapia instrumental de fundo.
- **Passo 9 (Condução)**: Conduzir exercícios de respiração diafragmática consciente (mecanismo de controle da ansiedade) combinados com técnicas de escaneamento corporal (*mindfulness*) por um período máximo de 15 a 20 minutos, respeitando o limiar de concentração dos usuários do CAPS.
- **Passo 10 (Fechamento)**: Abrir espaço para que os usuários compartilhem brevemente as sensações corporais e mentais percebidas durante a prática integrativa.

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

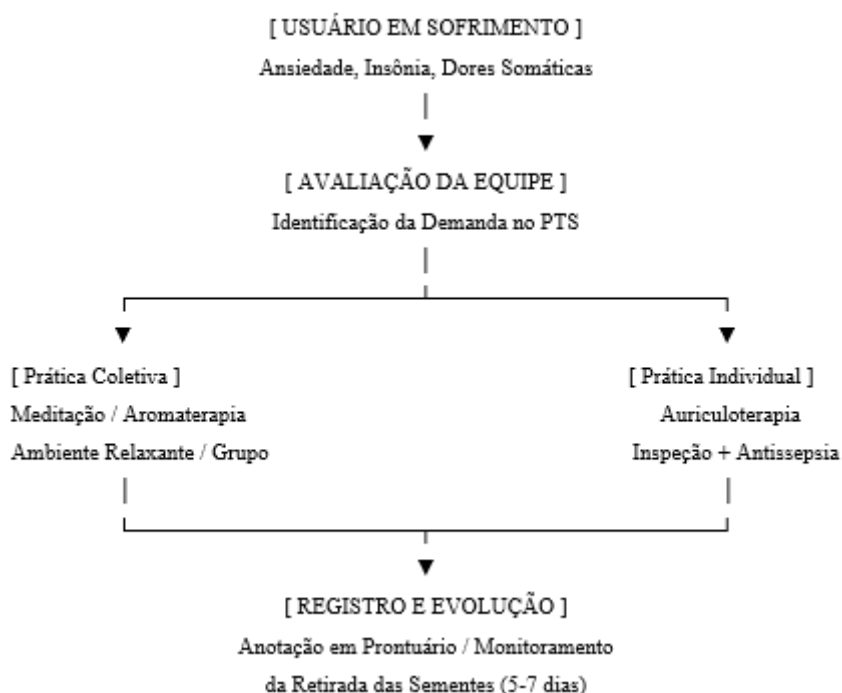
- Verificar rigorosamente a presença de contraindicações específicas antes da aplicação de Auriculoterapia: **nunca aplicar sementes/esferas em pele lesionada, com dermatite ativa, ou ulcerações no pavilhão auricular**. Em gestantes, evitar terminantemente os pontos hormonais ou uterinos (*Útero, Endócrino, Subcórtex*), focando apenas no relaxamento básico.
- Orientar a equipe técnica e os usuários quanto à diferenciação entre óleo essencial puro (substância terapêutica fitoterápica extraída de plantas) e essência sintética comercial (perfume artificial sem propriedade farmacológica). Garantir que apenas óleos terapêuticos regulamentados entrem em contato com as vias inalatórias dos usuários.
- Monitorar sinais de hipersensibilidade ou reações adversas durante a aromaterapia ou aplicação de toques terapêuticos (como dor de cabeça, náuseas, tontura ou crises de choro desencadeadas

por memórias afetivas), interrompendo a prática imediatamente se necessário e conduzindo o usuário para um local arejado.

- Registrar de forma clara no Prontuário Único a evolução da PICS: o tipo de prática realizada, os pontos auriculares utilizados (lado direito ou esquerdo), a tolerância do usuário ao estímulo e o relato verbal de melhora ou persistência dos sintomas de dor e ansiedade.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

Fluxo de Encaminhamento e Execução das PICS



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Folha de Evolução Multiprofissional (Prontuário Único);
- Mapa de Mapeamento Auricular Individualizado;
- Lista de Presença / Frequência em Grupos de Práticas Integrativas.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Infecção Local por Má Higiene:** A aplicação de sementes em pele não higienizada adequadamente ou o uso de materiais não esterilizados/descartáveis pode evoluir para pericondrite (infecção grave da cartilagem da orelha). Exige antissepsia rigorosa.
- **Risco de Descontinuação do Tratamento Convencional:** As PICS são **complementares** e jamais substitutivas. A equipe deve deixar claro ao usuário e à família que a introdução da Auriculoterapia ou da meditação não autoriza de forma alguma a redução ou suspensão por conta própria dos psicofármacos prescritos pelo médico psiquiatra.
- **Risco de Gatilhos Emocionais:** Momentos de silêncio profundo ou relaxamento induzido podem quebrar mecanismos de defesa psíquica, trazendo à tona memórias traumáticas ou episódios de agitação. O profissional deve estar pronto para oferecer acolhimento verbal imediato.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (e atualizações com ampliação de escopo).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 581/2018** (e pareceres normativos correlatos que amparam a atuação do enfermeiro especialista em Práticas Integrativas e Complementares / Auriculoterapia).

SOUZA, M. P. **Tratado de Auriculoterapia**. 5ª ed. Brasília: Look, 2012.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



IV BLOCO: MANEJO DE CRISES, INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E SEGURANÇA DO PACIENTE

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 015 ACOLHIMENTO E MANEJO DA CRISE PSICÓTICA AGUDA E SURTO PSIQUIÁTRICO	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	

1. OBJETIVO

Padronizar as condutas técnicas e assistenciais para o acolhimento, estabilização e manejo seguro de usuários em situação de crise psicótica aguda ou surto psiquiátrico no CAPS I. Garantir uma abordagem humanizada baseada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, visando à redução da agitação somática e do sofrimento psíquico, à proteção da integridade física do usuário e de terceiros, e à prevenção de práticas asilares ou isolamentos coercitivos.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se integralmente a toda a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem) e, no que tange ao suporte de recepção e segurança, aos profissionais de apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de Cristino Castro/PI.

3. DEFINIÇÃO

- Crise Psicótica Aguda / Surto Psiquiátrico:** Manifestação abrupta ou exacerbação intensa de sintomas psicopatológicos graves, caracterizada por desorganização comportamental, alucinações (alterações na percepção sensorial), delírios (alterações no conteúdo do pensamento), agitação psicomotora difusa e perda do juízo crítico da realidade.

- **Desescalamento Verbal (*De-escalation*):** Conjunto de técnicas de comunicação não agressiva, verbal e não verbal, utilizadas para acalmar um usuário agitado ou hostil, reduzindo voluntariamente a intensidade da crise sem o uso inicial de força física ou química.
- **Contenção Química:** Uso de terapêutica medicamentosa (geralmente por via intramuscular ou oral de rápida absorção) com a finalidade exclusiva de controlar a agitação psicomotora grave e prevenir o comportamento violento auto ou Heteroagressão.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Profissional do Acolhimento Diário	Identificar imediatamente os sinais de crise na chegada do usuário, priorizar o atendimento e direcioná-lo ao espaço reservado de forma tranquila.
Enfermeiro	Liderar o plano de desescalamento verbal, realizar a avaliação clínica primária, supervisionar e executar a terapêutica medicamentosa prescrita e monitorar sinais vitais.
Médico Psiquiatra / Clínico	Realizar o exame psíquico e físico de urgência, prescrever o manejo farmacológico agudo para estabilização dos sintomas e definir os critérios de permanência ou transferência.
Equipe Multiprofissional (Psicologia/S. Social)	Oferecer suporte e escuta qualificada ao usuário durante a redução do surto e acolher imediatamente os familiares em sofrimento na recepção.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala de Observação/Acolhimento com ambiência terapêutica (baixo estímulo visual e sonoro, sem objetos soltos ou perfurocortantes);
- Carrinho de Emergência com medicações psicotrópicas de ação rápida (Antipsicóticos de primeira e segunda geração, Benzodiazepínicos) e insumos para punção/aplicação;

- Equipamentos de monitorização clínica (esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro de pulso);
- Protocolo de contenção mecânica institucional normatizado (utilizado estritamente como último recurso de segurança física - POP 016).

6. PROCEDIMENTO

6.1. Triage Imediata e Modificação de Ambiência

- **Passo 1 (Identificação do Risco):** Ao dar entrada um usuário em nítido estado de agitação, agressividade verbal/física, ou comportamento francamente delirante/alucinatório, o profissional da recepção deve acionar imediatamente a equipe de enfermagem de plantão. **Esse caso possui prioridade absoluta de atendimento sobre as consultas de rotina.**
- **Passo 2 (Isolamento de Estímulos):** Conduzir o usuário e seu acompanhante para uma sala de atendimento reservada ou para a Sala de Observação. Reduzir ruídos, luzes excessivas e afastar curiosos ou outros usuários da proximidade. Remover discretamente do ambiente qualquer objeto que possa ser utilizado para auto ou Heteroagressão (cadeiras extras soltas, canetas, suportes de soro móveis).

6.2. Abordagem Inicial e Técnica de Desescalonamento Verbal

- **Passo 3 (Posicionamento Seguro):** A abordagem deve ser realizada por um profissional principal (preferencialmente com quem o usuário possua maior vínculo), mantendo um segundo profissional visível como apoio técnico. **Manter-se a uma distância mínima de dois braços de distância do usuário** e garantir que o fluxo de saída da sala esteja livre tanto para o profissional quanto para o paciente.
- **Passo 4 (Comunicação Não Agressiva):** Apresentar-se com tom de voz calmo, baixo, firme e pausado. Manter as mãos visíveis e postura corporal aberta (evitar braços cruzados ou encarar fixamente nos olhos, o que pode ser interpretado como ameaça ou desafio).
- **Passo 5 (Validação e Valoração do Sofrimento):** Escutar o usuário sem contestar as ideias delirantes ou alucinações ("Eu entendo que você está com medo/escutando vozes, e sei que isso parece muito real para você, mas você está seguro aqui no CAPS"). Negociar limites claros de comportamento sem tom de ameaça ou punição.

6.3. Manejo Farmacológico de Urgência (Contenção Química)

- **Passo 6 (Avaliação Médica):** Caso o desescalamento verbal falhe e o usuário mantenha agitação psicomotora ascendente com risco iminente de agressão, o médico deve realizar a avaliação diagnóstica imediata e prescrever a terapêutica medicamentosa de urgência.
- **Passo 7 (Administração):** Oferecer primeiramente a medicação por via oral (VO), se o usuário estiver colaborativo. Caso haja recusa e o risco físico persista, proceder à aplicação por via Intramuscular (IM) profunda (geralmente Haloperidol combinado ou não com Prometazina e/ou Diazepam, conforme rigorosa prescrição médica). A técnica de aplicação deve ser rápida e segura, mobilizando o número de profissionais necessários para evitar lesões na agulhada.

6.4. Monitorização e Estabilização Pós-Crise

- **Passo 8:** Manter o usuário leitado ou assentado confortavelmente na Sala de Observação sob vigilância visual contínua da equipe de enfermagem. Não o deixar sozinho sob hipótese alguma durante o período de sedação ou pico de ação medicamentosa.
- **Passo 9:** Realizar o acolhimento da família em sala separada pela equipe psicossocial, explicando o ocorrido de forma transparente, acalmando o núcleo familiar e colhendo informações adicionais sobre fatores desencadeantes recentes (quebra de adesão à medicação em casa, conflitos graves, uso de substâncias psicoativas).

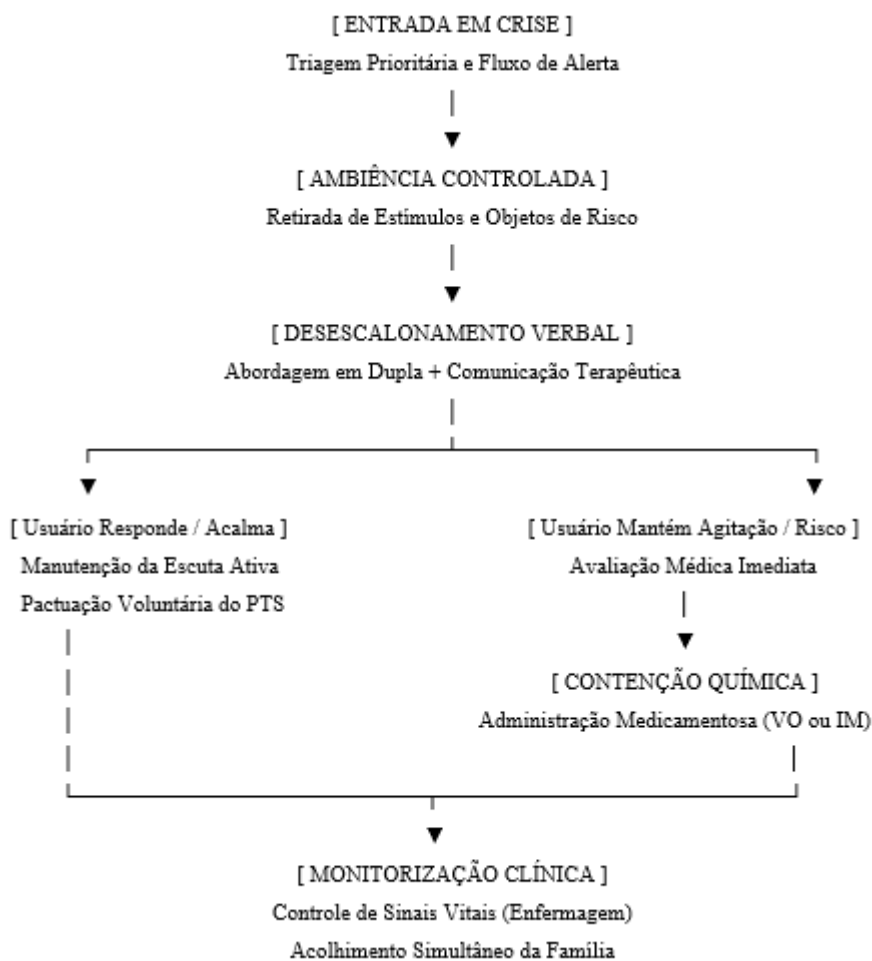
7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Monitorar rigorosamente os sinais vitais (Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Saturação de Oxigênio) do usuário a cada 15 minutos na primeira hora após a administração de antipsicóticos injetáveis de alta potência.
- Avaliar ativamente o nível de consciência e observar a ocorrência de efeitos adversos extrapiramidais agudos graves, tais como **distonia aguda** (espasmos musculares severos na face, pescoço ou dorso) ou **crise oculogírica**, notificando imediatamente o médico para prescrição de agentes antichoque ou biperideno.
- Garantir a permeabilidade das vias aéreas do usuário em casos de sedação profunda decorrente do uso associado de benzodiazepínicos, mantendo-o em decúbito lateral para evitar aspiração de secreções ou vômitos em caso de rebaixamento do nível de consciência.
- Proceder ao registro minucioso no prontuário do usuário detalhando os fatores que desencadearam a crise (se conhecidos), todas as técnicas de desescalamento verbal tentadas,

a justificativa clínica clara para a necessidade de contenção química, as doses administradas e a resposta do usuário nas horas subsequentes.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

Fluxo de Atenção à Família



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Evolução de Enfermagem e Médica detalhada no Prontuário Clínico;
- Ficha de Registro de Atendimento de Urgência / Emergência do CAPS I;
- Livro de Registro de Intercorrências de Plantão.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Hipotensão Severa e Arritmias:** A associação inadequada ou em doses elevadas de neurolépticos e benzodiazepínicos pode provocar hipotensão ortostática grave ou depressão respiratória. A aferição periódica dos parâmetros vitais pela enfermagem é barreira de segurança indispensável.
- **Risco de Violência Institucional:** A equipe jamais deve responder às provocações ou agressividade do usuário de forma reativa, simétrica ou punitiva. O uso da força física deve ser estritamente proporcional, restrito à contenção de danos e com o menor sofrimento possível, sendo vedadas agressões verbais ou deboches direcionados ao paciente em surto.
- **Risco de Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM):** Complicação rara, porém fatal, associada ao uso de antipsicóticos. Diante de sinais de hipertermia inexplicada, rigidez muscular extrema ("em cano de chumbo") e instabilidade autonômica (flutuação de PA e sudorese intensa), suspender imediatamente as medicações e acionar o suporte de urgência hospitalar / SAMU para transferência.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de intervenção do SAMU 192:** crise de agitação psicomotora e surto psiquiátrico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017.** Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 678, de 19 de agosto de 2021.** Atualiza e normatiza a atuação da equipe de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Brasília: COFEN, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 746, de 18 de março de 2024.** Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de contenção mecânica de pacientes. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 801, de 2026.** Consolida as diretrizes para a prescrição de medicamentos por enfermeiros no âmbito do Processo de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2026.

STEFAN, Susan. **Emergências psiquiátricas e direitos dos usuários na perspectiva do cuidado humanizado.** São Paulo: Cortez, 2015.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 016 APLICAÇÃO EXCEPCIONAL DE CONTENÇÃO MECÂNICA TERAPÊUTICA DE SEGURANÇA	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro -Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar de forma estrita, ética e segura o procedimento de contenção mecânica no CAPS I. Esta medida é tratada como uma intervenção excepcional de última instância, aplicável unicamente quando todos os recursos de desescalamento verbal (POP 014) e contenção química foram completamente esgotados e persistir o risco iminente de autoagressão grave, tentativa de suicídio violenta ou heteroagressividade que ameace a integridade física do usuário, da equipe ou de terceiros.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se exclusivamente à equipe assistencial de nível superior (médicos e enfermeiros) e técnicos de enfermagem do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de Cristino Castro/PI.  Proibição Estrita: É terminantemente vedada a execução deste procedimento por profissionais das áreas administrativa, recepção, serviços gerais ou vigilância patrimonial.			
3. DEFINIÇÃO Contenção Mecânica Terapêutica: Uso de faixas de tecidos específicas ou cintos acolchoados fixados ao leito hospitalar para imobilizar temporariamente os membros (superiores e/ou			

inferiores) e o tronco de um usuário em surto psicomotor grave. Trata-se de um ato de proteção física e clínica, nunca uma medida punitiva, disciplinar ou de isolamento.

- **Isolamento Terapêutico:** Prática asilar extinta pela Reforma Psiquiátrica, caracterizada pelo trancamento do usuário em quartos desprovidos de assistência, solitárias ou ambientes sem acompanhamento. **Sua execução é crime e violação direta de direitos humanos.**
- **Exaustão Terapêutica:** Constatação técnica documentada de que as abordagens ambientais, relacionais e farmacológicas não foram suficientes para frear o comportamento violento descontrolado do usuário na crise.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Médico Psiquiatra / Clínico do CAPS	Avaliar clinicamente o usuário, emitir a indicação e prescrição médica formal detalhando a justificativa, estimar o tempo máximo de restrição e acompanhar o procedimento.
Enfermeiro	Coordenar diretamente a execução técnica da contenção à beira do leito, distribuir as funções entre a equipe de técnicos de enfermagem, cronometrar o tempo e liderar os cuidados de enfermagem contínuos.
Técnicos de Enfermagem	Auxiliar na imobilização segura e humanizada sob supervisão direta do enfermeiro, aplicar as faixas nos pontos anatômicos corretos e executar o monitoramento clínico periódico.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Leito hospitalar estável com grades funcionais e fixação segura de chassi;
- Kit de faixas de contenção padronizadas (confeccionadas em algodão grosso, lona maleável com revestimento macio/acolchoado ou cintos com travas de segurança);

- **Proibição Absolutista:** É expressamente proibido o uso de cordas, ataduras de gaze, fios elétricos, lençóis rasgados, algemas metálicas ou qualquer material improvisado que cause laceração cutânea ou isquemia;
- Cronômetro ou relógio de parede na Sala de Observação;
- Relatório de Registro de Contenção Mecânica anexo ao prontuário.

6. PROCEDIMENTO

6.1. Tomada de Decisão e Alinhamento de Equipe

- **Passo 1 (Esgotamento de Recursos):** O médico e o enfermeiro devem constatar que o usuário mantém agitação psicomotora extrema com atos autodestrutivos ou violência física direcionada, mesmo após a administração de contenção química (POP 014).
- **Passo 2 (Dimensionamento de Equipe):** O enfermeiro deve reunir a equipe de enfermagem de forma reservada antes de entrar no recinto. **São necessários no mínimo 5 profissionais** para uma contenção segura (1 profissional para liderar a cabeça e proteger a via aérea, e 1 profissional para cada um dos 4 membros).

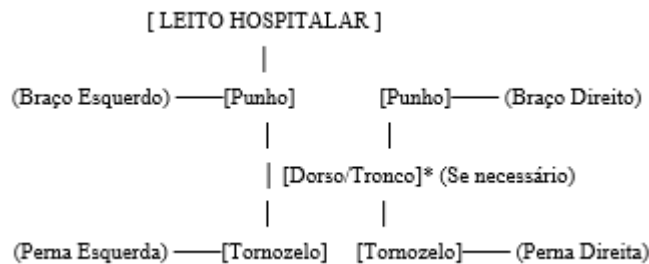
6.2. Execução Abordagem e Imobilização

- **Passo 3 (Abordagem Coordenada):** A equipe entra no ambiente de forma firme, mas sem agressividade. O enfermeiro comunica ao usuário o que será feito com voz calma e segura ("Seu [Nome], o senhor está muito agitado e se machucando. Nós vamos deitá-lo e protegê-lo com faixas até que o remédio faça efeito e o senhor se acalme. Ninguém vai te machucar").
- **Passo 4 (Posicionamento Anatômico):** Conduzir o usuário ao leito. O profissional responsável pela cabeça deve mantê-la levemente elevada para evitar aspiração e proteger contra cabeçadas.
- **Passo 5 (Fixação de Membros):** Aplicar as faixas acolchoadas respeitando a **Contenção em 4 Pontos** (dois punhos e dois tornozelos) ou **5 Pontos** (incluindo o tronco, se houver elevação excessiva do dorso). As faixas devem ser fixadas diretamente na estrutura estável da cama hospitalar, **nunca nas grades móveis**.



Regra de Segurança Física: Deixar sempre uma folga de **um a dois dedos de espaçamento** entre a faixa e a pele do usuário para evitar compressão arterial e lesão neurológica periférica. Os membros

superiores devem ser contidos em posição anatômica ao lado do corpo, nunca cruzados sobre o peito (risco de restrição respiratória).



6.3. Monitorização Contínua e Critérios de Retirada

- **Passo 6 (Vigilância Ininterrupta):** O usuário contido mecanicamente **jamaiz deve ficar sozinho na sala**. Um profissional de enfermagem deve permanecer em vigilância visual contínua ao lado do leito.
- **Passo 7 (Checagem Periódica):** A cada 15 a 30 minutos, o técnico de enfermagem deve checar os pulsos periféricos (radial e pedioso), a temperatura e a perfusão capilar dos membros contidos, além de mudar sutilmente a posição dos membros para aliviar pontos de pressão.
- **Passo 8 (Descalcificação Progressiva):** Assim que o usuário apresentar melhora do nível de consciência, redução completa da agitação e reestabelecimento do juízo crítico, o enfermeiro deve iniciar a retirada progressiva das faixas (retirar um membro superior e o membro inferior oposto, avaliar o comportamento por 15 minutos e proceder à liberação total). **A contenção deve durar o menor tempo possível, idealmente não ultrapassando 2 horas contínuas.**

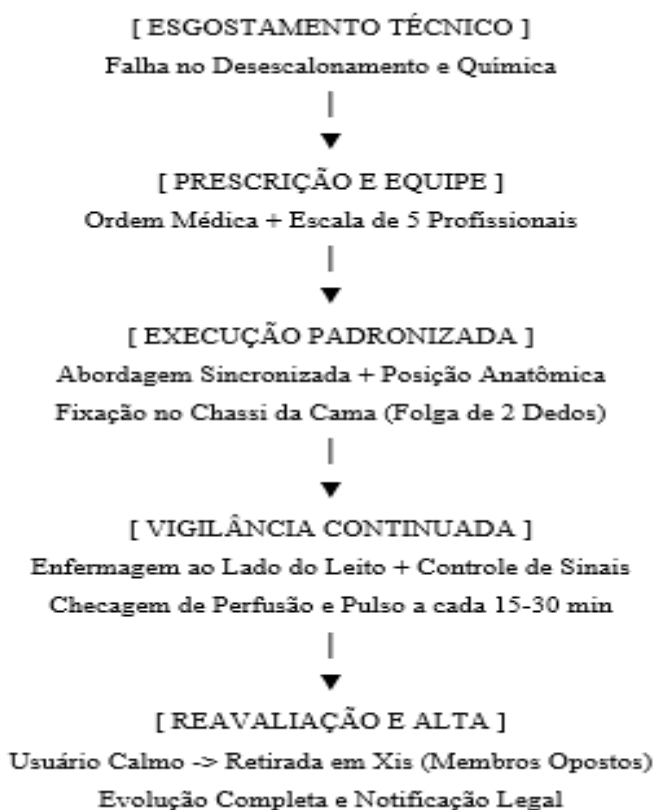
7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Manter a cabeceira do leito obrigatoriamente elevada entre **30° e 45°** durante todo o período de contenção para reduzir o risco de aspiração pulmonar de saliva ou vômitos. Se o paciente apresentar náuseas, girar a cabeça imediatamente para o lado.
- Realizar o controle rigoroso de eliminação vesical e hidratação. Oferecer água em pequenas porções com copo plástico descartável se o usuário estiver lúcido e cooperativo, suspendendo imediatamente se houver sinais de sonolência ou disfagia (dificuldade de engolir).

- Garantir a integridade cutânea utilizando gazes ou algodão ortopédico sob as faixas de contenção se o usuário possuir fragilidade capilar ou pele idosa, minimizando o cisalhamento epidérmico.
- Registrar em prontuário de forma cronológica exata: o horário de início da contenção, a justificativa do risco iminente, os nomes dos profissionais que participaram da ação, o comportamento do usuário durante o período e os horários das checagens circulatórias.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

Fluxo Crítico de Contenção Mecânica



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Prescrição médica formal no Prontuário Clínico;
- Termo / Ficha Interna de Justificativa de Contenção Mecânica (Preenchida pelo Enfermeiro);
- Evolução detalhada de enfermagem descrevendo as checagens de perfusão periférica.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Asfixia Posicional e Parada Cardiorrespiratória:** Nunca conter o usuário em decúbito ventral (de barriga para baixo) ou aplicar faixas apertadas sobre o tórax/abdômen. A restrição dos movimentos respiratórios associada à agitação intensa pode levar à acidose metabólica grave e óbito por arritmia.
- **Risco de Trombose Venosa Profunda (TVP) e Rabdomiólise:** Períodos longos de imobilização forçada sob forte estresse muscular provocam quebra de fibras musculares (rabdomiólise) e estase sanguínea. A contenção deve ser desfeita ao menor sinal de sedação eficaz.
- **Risco de Processo Ético-Legal:** A contenção mecânica realizada sem justificativa clínica plausível, sem prescrição médica ou como forma de castigo institucional configura o crime de **cárcere privado e maus-tratos**, sujeitando a equipe e a instituição às sanções penais e aos conselhos de classe (COREN/CRM).

11. REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 716/2023** (ou normativas vigentes atualizadas). Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na contenção mecânica de pacientes com transtornos mentais.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.321/2022**. Dispõe sobre as normas éticas para a utilização de contenção mecânica em pacientes psiquiátricos.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretrizes QualityRights da OMS sobre a eliminação e prevenção de práticas coercitivas na saúde mental**. Genebra: OMS, 2019.

STEFAN, Susan. **Emergências psiquiátricas e direitos dos usuários na perspectiva do cuidado humanizado**. São Paulo: Cortez, 2015.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 017 PROTOCOLO DE PREVENÇÃO, MONITORAMENTO E MANEJO DE COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOMUTILAÇÃO	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar- Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Instituir diretrizes clínicas e administrativas para a identificação precoce, estratificação de risco, manejo imediato e monitoramento longitudinal de usuários com ideação suicida, plano de autoextermínio ou comportamento autolesivo (automutilação) assistidos no CAPS I, garantindo uma rede de vigilância protetiva intensiva e mitigando o risco de desfechos fatais.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a todos os membros da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem), assistentes administrativos e pessoal de apoio do CAPS I de Cristino Castro/PI.			
3. DEFINIÇÃO • Ideação Suicida: Pensamentos, ideias ou desejos de autodestruição ou de pôr fim à própria vida, variando desde pensamentos vagos de morte até planos estruturados. • Automutilação (Autolesão não suicida): Comportamento intencional de agressão direta ao próprio corpo (cortes, queimaduras, arranhões) sem a intenção consciente de morrer, frequentemente utilizado como mecanismo disfuncional de regulação emocional.			

- **Tentativa de Suicídio:** Comportamento potencialmente autolesivo, iniciado pelo próprio indivíduo, com pelo menos alguma intenção implícita ou explícita de morrer.
- **Vigilância Protetiva Intensiva:** Conjunto de medidas de observação contínua, restrição de meios e suporte terapêutico direto aplicado ao usuário classificado com alto risco de autoextermínio.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Qualquer Colaborador (Acolhimento/Apoio)	Identificar sinais verbais ou não verbais de sofrimento agudo, cortes ou marcas pelo corpo e comunicar imediatamente o técnico de referência do usuário ou a equipe de enfermagem/saúde mental de plantão.
Equipe Técnica de Referência (Psicólogo/Assistente Social/Enfermeiro)	Realizar a escuta qualificada, aplicar as ferramentas de estratificação de risco, construir o Plano de Segurança Individualizado com o usuário/família e definir o nível de vigilância necessário na unidade.
Médico Psiquiatra / Clínico	Realizar avaliação diagnóstica complementar, ajustar manejo farmacológico necessário para controle de sintomas de base (impulsividade, ansiedade grave, depressão maior) e definir critérios para encaminhamento a leitos de saúde mental em hospital geral se houver risco iminente inapreensível no CAPS.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Prontuário único do usuário para registro de evolução e escalas;
- Guia de Bolso para Estratificação de Risco de Suicídio (baseado no Ministério da Saúde/OMS);
- Formulário de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada (SINAN);
- Ambiente de atendimento individual reservado que garanta total sigilo e conforto.

6. PROCEDIMENTO

6.1. Identificação Precoce de Sinais de Alerta

- **Passo 1 (Sinais Verbais e Comportamentais):** Ficar atento a expressões de desesperança ("queria sumir", "não aguento mais ser um peso"), despedidas veladas, doação de pertences de valor, isolamento social súbito ou melhora abrupta sem justificativa clínica (que pode indicar que o indivíduo tomou a decisão de consumir o ato).
- **Passo 2 (Sinais Físicos de Autolesão):** Durante o atendimento ou aferição de sinais vitais, observar o uso de roupas longas e inadequadas para o clima local, cicatrizes lineares paralelas, queimaduras ou curativos repetidos nos antebraços, coxas ou abdômen.

6.2. Estratificação de Risco de Suicídio

A avaliação do risco deve ser realizada em ambiente calmo, sem julgamentos morais, investigando diretamente a presença de pensamentos de morte através da aplicação dos critérios de gravidade descritos na sequência:

1. **Risco Leve:** Avaliação Inicial.

Usuário apresenta pensamentos vagos de morte ("queria dormir e não acordar"), sem planos estruturados, sem histórico de tentativas anteriores e com boa rede de apoio sociofamiliar ativa.

2. **Risco Moderado:** Intervenção Moderada.

Presença de ideação suicida persistente e estruturada (pensa em métodos e locais), mas sem o plano de execução imediato. Pode apresentar histórico de automutilação ou tentativas prévias. O sentimento de ambivalência ainda é marcante.

3. **Risco Grave / Iminente:** Intervenção Imediata e Protetiva.

Ideação suicida contínua com plano claro, meios disponíveis para a execução e intenção explícita de morrer nos próximos dias ou horas. Apresenta agitação psicomotora, impulsividade acentuada, desespero intolerável ou ausência total de rede de apoio protetiva.

6.3. Vigilância Protetiva Intensiva na Unidade

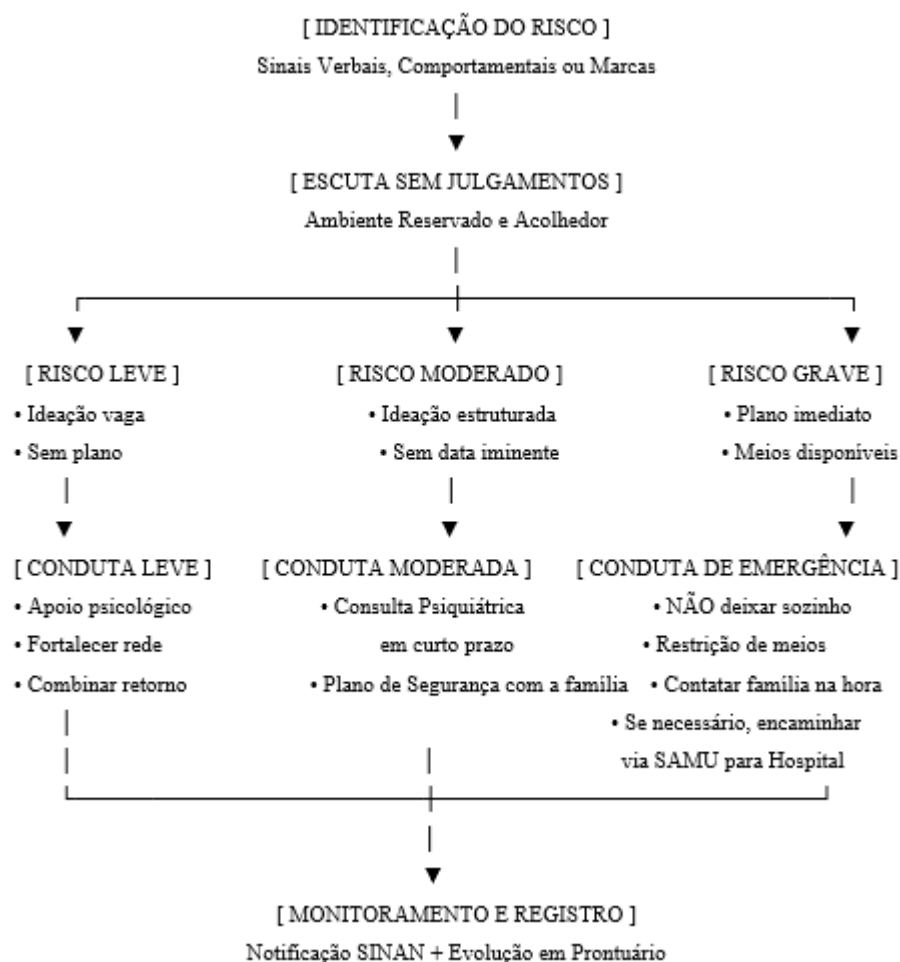
- **Passo 3 (Restrição de Meios):** Diante de usuários em atendimento no CAPS (permanência) identificados com Risco Moderado ou Grave, inspecionar de forma respeitosa os pertences e reter temporariamente objetos perfurocortantes (lâminas, tesouras), cintos, cordões, adereços pesados ou medicamentos trazidos de fora.
- **Passo 4 (Acompanhamento Visual Contínuo):** O usuário classificado com **Risco Grave** jamais deve permanecer sozinho. Designar um técnico para acompanhá-lo em todas as atividades, inclusive nas idas ao banheiro (mantendo a porta entreaberta para monitoramento de segurança).
- **Passo 5 (Construção do Plano de Segurança):** Elaborar em conjunto com o usuário um roteiro escrito contendo: seus gatilhos emocionais, suas estratégias individuais de enfrentamento (ex.: ouvir música, caminhar), o nome de duas pessoas de confiança da comunidade para acionar em crise e os telefones de emergência (SAMU 192, CAPS e CVV 188).

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- **Notificação Obrigatória:** Preencher e encaminhar o formulário de Notificação Compulsória do SINAN para todo caso suspeito ou confirmado de automutilação e tentativa de suicídio em até 24 horas.
- **Articulação Familiar:** Convocar os familiares ou responsáveis no mesmo dia para partilhar a classificação de risco, pactuar o Plano de Segurança e orientar formalmente sobre a remoção de medicamentos, armas de fogo ou produtos químicos do domicílio.
- **Manejo Terapêutico Singular (PTS):** Inserir o usuário em regime de atenção diária intensiva ou contatos telefônicos programados (se estiver em casa no risco moderado). Garantir vaga na agenda de psiquiatria e psicologia de urgência sem burocracias.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

Fluxo Crítico de Contenção Mecânica



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Minimização do Sofrimento:** Expressões como "é só para chamar atenção" ou "quem quer fazer não avisa" são mitos graves. Toda autolesão ou ideação verbalizada deve ser tratada com máxima seriedade clínica.
- **Risco de Quebra Inadequada de Sigilo:** O compartilhamento de informações sobre o risco do usuário deve se restringir estritamente à equipe de saúde responsável e aos familiares cuidadores diretos, preservando a dignidade e evitando estigmas no território.

01. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais de equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 9 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Cartilha orienta prevenção ao suicídio**. Brasília: CFM, 2014. Disponível em: <https://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9?numero=14#page/1>. Acesso em: 9 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Série saúde mental e atenção psicossocial em desastres: prevenção de suicídio**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA (UNIPAMPA). Divisão de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho (DASST). **Cartilha de prevenção ao suicídio**: pela valorização da vida. 2. ed. Bagé: UNIPAMPA, 2025. Disponível em: <https://sites.unipampa.edu.br/cqvs/files/2025/09/cartilha-prevencao-suicidio-2edicao.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 018 ATENDIMENTO A INTERCORRÊNCIAS E URGÊNCIAS CLÍNICAS NA UNIDADE	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar- Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar as ações imediatas de primeiros socorros, suporte básico de vida e estabilização clínica diante de intercorrências e urgências no CAPS I. Este procedimento foca no manejo seguro de crises convulsivas, Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE) e síncope, mitigando riscos de sequelas graves, aspiração de secreções ou paragem cardiorrespiratória (PCR) antes e durante a chegada do serviço móvel de emergência (SAMU).			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a toda a equipe assistencial, administrativa e de apoio técnico do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de Cristino Castro/PI.			
3. DEFINIÇÃO Crise Convulsiva: Manifestação clínica transitória decorrente de uma atividade neuronal síncrona, excessiva e anômala no cérebro, caracterizada no tipo tônico-clônico por perda de consciência, abalos musculares generalizados, sialorreia (salivação abundante) e cianose perioral periférica.			

- **OVACE (Engasgo):** Bloqueio mecânico da passagem de ar através das vias aéreas superiores por alimentos, próteses ou objetos, impedindo a ventilação eficaz.
- **Síncope (Desmaio):** Perda abrupta e transitória da consciência e do tônus postural, de curta duração, secundária à hipoperfusão cerebral global temporária, seguida de recuperação espontânea completa.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Qualquer Colaborador (Primeiro Respondente)	Identificar o evento de urgência, garantir a segurança do local, prestar o primeiro suporte básico compatível com seu nível de treinamento e acionar imediatamente a enfermagem ou equipe médica da unidade.
Enfermeiro / Médico	Liderar o atendimento de urgência, realizar a avaliação primária (A, B, C, D, E), coordenar as manobras invasivas e não invasivas de suporte à vida, administrar medicações de emergência se necessário e providenciar o acionamento do SAMU para a remoção segura.
Técnicos de Enfermagem	Providenciar imediatamente o Kit de Emergência (Maleta de Urgência) e o cilindro de oxigênio portátil, auxiliar no posicionamento e monitorização do usuário (sinais vitais) e puncionar acesso venoso sob supervisão.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Maleta / Carro de Emergência com medicamentos de suporte e insumos de enfermagem;
- Cilindro de Oxigênio portátil preenchido com fluxômetro, umidificador, extensão e máscaras de oxigênio (Venturi ou de alta concentração);
- Aspirador de secreções portátil com sondas de aspiração traqueal;
- Cânulas de Guedel de tamanhos variados;

- Aparelho de monitorização básica (Glicosímetro, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso, estetoscópio).

6. PROCEDIMENTO

6.1. Manejo Clínico da Crise Convulsiva

- **Passo 1 (Proteção Física):** Deitar o usuário no chão, caso esteja em cadeira, para evitar quedas. Afastar mesas, cadeiras ou qualquer objeto rígido ao redor que possa causar traumas físicos durante os abalos.
- **Passo 2 (Proteção da Cabeça):** Colocar uma almofada, travesseiro ou peça de roupa dobrada sob a cabeça do usuário. Afrouxar roupas apertadas (golas, gravatas, cintos) para facilitar a mecânica respiratória.
- **Passo 3 (Posicionamento Lateral):** Assim que cessarem os abalos mais intensos (ou se houver sialorreia abundante), **lateralizar o usuário em decúbito lateral esquerdo**. Esse posicionamento previne a queda da base da língua e protege contra a broncoaspiração de saliva ou vômito.

ALERTAS CRÍTICOS:

- **NUNCA** introduza os dedos, colheres, panos ou qualquer objeto na boca do usuário para "segurar a língua". Risco de amputação traumática de dedos do socorrista e fratura dentária ou obstrução de via aérea do paciente.
- **NUNCA** contenha os movimentos do usuário à força; apenas guie e proteja contra traumas.

6.2. Manejo da Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE)

- **Passo 4 (Reconhecimento da Gravidade):** Identificar se a obstrução é parcial (o usuário tosse, consegue falar ou emite sons) ou total (sinal universal do engasgo com as mãos no pescoço, incapacidade de falar, tossir ou respirar, evoluindo rapidamente para cianose).
 - *Se Obstrução Parcial:* Estimular o usuário a tossir vigorosamente. Não realizar manobras físicas intempestivas.

- *Se Obstrução Total (Paciente Consciente):* Posicionar-se atrás do usuário para iniciar a **Manobra de Heimlich:**

1. **Posicionamento das Mãos:** Imediato.

Abraçar o usuário por trás, passando os braços sob as axilas. Fechar uma das mãos em punho, colocando o lado do polegar encostado no abdômen do usuário, na linha média, dois dedos acima do umbigo (epigástrico).

2. **Aplicação de Compressões:** Contínuo até desobstruir.

Segurar o punho fechado com a outra mão e aplicar compressões abdominais firmes, com movimentos rápidos para dentro e para cima (em formato de letra "J"). Repetir os movimentos de forma vigorosa e isolada até o corpo estranho ser expelido ou o usuário perder a consciência.

3. **Manejo se o Paciente Perder a Consciência:** Transição de Suporte.

Amparar o usuário até o chão em decúbito dorsal. Acionar o SAMU imediatamente. Iniciar o protocolo de RCP (Ressuscitação Cardiorrespiratória) com 30 compressões torácicas. A cada abertura de via aérea para as ventilações, inspecionar a cavidade oral e remover o objeto APENAS se estiver visível e ao alcance dos dedos (Pinçamento digital).

6.3. Manejo Clínico da Síncope (Desmaio)

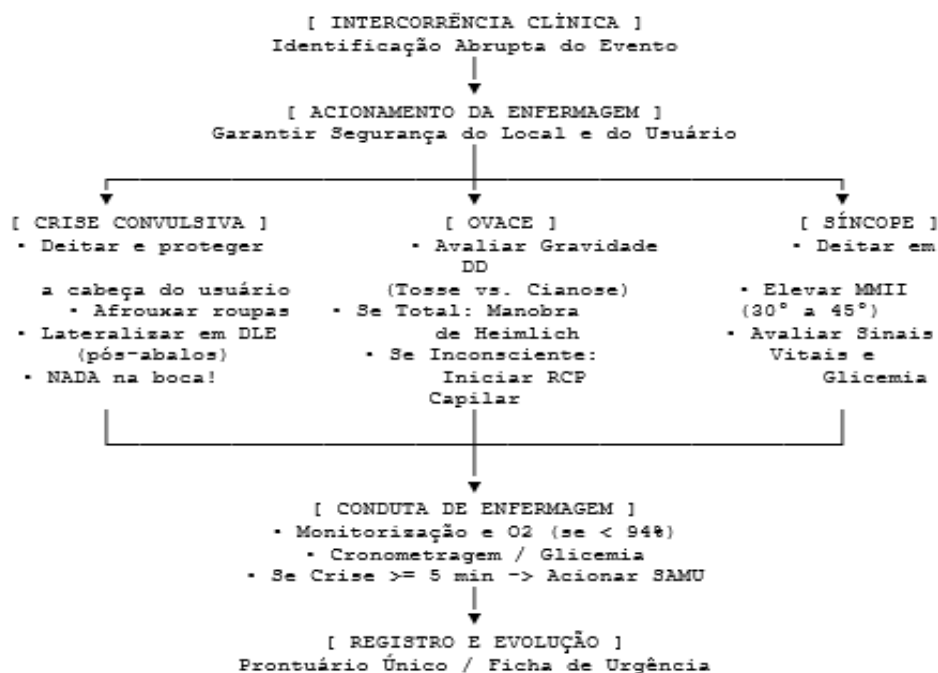
- **Passo 5 (Posicionamento e Perfusão):** Deitar o usuário em decúbito dorsal no chão ou maca. **Elevar os membros inferiores a aproximadamente 30° a 45°** (retorno venoso facilitado), desde que não haja contraindicação por trauma.
- **Passo 6 (Avaliação de Sinais Vitais e Glicemia):** Verificar imediatamente o pulso carotídeo/radial e a respiração. Realizar teste de glicemia capilar com Glicosímetro para descartar quadro de hipoglicemia severa como causa do rebaixamento de consciência.
- **Passo 7 (Recuperação):** Manter o ambiente arejado, afastando curiosos. O usuário deverá recuperar a consciência em menos de 60 a 90 segundos. Mantê-lo deitado por pelo menos 10 minutos após acordar; sentá-lo e levantá-lo de forma progressiva e lenta para evitar síncope ortostática recorrente.

7. CONDOTA DE ENFERMAGEM

- Cronometrar o tempo de duração da crise convulsiva. Se a atividade convulsiva persistir por tempo igual ou superior a 5 minutos, ou se ocorrerem duas ou mais crises sucessivas sem recuperação da consciência entre elas, o quadro é classificado como **Estado de Mal Epiléptico**. Administrar Diazepam retal ou venoso conforme prescrição médica e protocolo de emergência em andamento.
- Ofertar oxigenoterapia sob máscara de alta concentração (6 a 10 L/min) em usuários pós-crise convulsiva prolongada ou pós-desobstrução de via aérea que apresentem saturação periférica de oxigênio (SpO₂) menor que 94% no oxímetro de pulso.
- Garantir a permeabilidade das vias aéreas através da aspiração mecânica de secreções, saliva ou vômitos na cavidade oral, utilizando sondas rígidas do tipo *Yankauer*, prevenindo a síndrome de aspiração gástrica (Mendelson).
- Manter monitorização contínua e registrar na folha de intercorrências os valores sequenciais de Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Saturação e Glicemia, fornecendo um relatório verbal e escrito preciso para a equipe de suporte avançado do SAMU no momento da transferência de cuidados.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

Manejo de Intercorrências Clínicas



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Ficha de Registro de Intercorrências Clínicas / Urgências;
- Folha de Evolução e Anotação de Enfermagem no Prontuário Único;
- Formulário de Acionamento e Relatório de Transferência para o SAMU.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de PCR por Omissão ou Atraso:** Um engasgo total não revertido ou uma crise convulsiva em que ocorra aspiração maciça de vômito evoluem rapidamente para paragem respiratória e, conseqüentemente, cardíaca. O acionamento do socorro médico externo deve ser simultâneo às manobras iniciais.
- **Risco de Hipoglicemia Mimetizando Síncope/Crise:** Quadros de neuroglicopenia severa induzem desmaios prolongados ou crises convulsivas. A verificação da glicemia capilar é obrigatória em 100% dos casos de alteração abrupta da consciência.
- **Risco de Confusão Pós-ictal (Agressividade):** Após a crise convulsiva, o usuário entra no período pós-ictal, caracterizado por sonolência, desorientação e, por vezes, agitação psicomotora não intencional. A equipe deve manter abordagem calma, protetora e sem confrontos físicos desnecessários.

11. REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Diretrizes de Suporte Básico de Vida (BLS) e Ressuscitação Cardiorrespiratória.** Edição Atualizada, 2020/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Suporte Básico de Vida.** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 713, de 3 de novembro de 2022.** Dispõe sobre a atuação da enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel terrestre e aquaviário. Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 9 jun. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 019 SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO, CONTROLE E FARMACOVIGILÂNCIA DE PSICOFÁRMACOS	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar- Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	

1. OBJETIVO

Estabelecer critérios rigorosos para o armazenamento, controle de estoque, dispensação, preparo, administração e rastreamento de reações adversas (farmacovigilância) de medicamentos psicotrópicos no CAPS I, aplicando a barreira dos "Nove Certos" para assegurar a integridade do usuário e mitigar erros de medicação.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se exclusivamente aos enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos envolvidos no fluxo de manejo de psicofármacos dentro do CAPS I de Cristino Castro/PI.

3. DEFINIÇÃO

- Psicofármacos:** Substâncias químicas que atuam no sistema nervoso central, modificando os processos mentais (psiquismo), subdivididas em antipsicóticos, ansiolíticos, antidepressivos, estabilizadores de humor e hipnóticos.
- Os Nove Certos da Enfermagem:** Protocolo de segurança que válida: Paciente certo, Medicamento certo, Via certa, Hora certa, Dose certa, Registro certo, Orientação certa, Forma certa e Resposta certa.

- **Farmacovigilância:** Ciência e atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros problemas relacionados a medicamentos.
- **Dupla Checagem:** Processo em que dois profissionais de saúde verificam, de forma independente, o medicamento, a dosagem e o paciente antes da administração de substâncias de alto risco.

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Farmacêutico / Responsável pela Farmácia	Realizar a guarda segura sob chave, controle de validade, escrituração em livro próprio ou sistema, dispensação mediante receita médica retida e vigilância sanitária dos lotes.
Enfermeiro	Supervisionar o preparo e administração de psicofármacos, realizar a dupla checagem com o técnico de enfermagem em dosagens críticas (ex.: Carbonato de Lítio, Clozapina, Haldol Decanoato) e monitorar eventos adversos imediatos ou tardios.
Técnicos de Enfermagem	Executar o preparo e a administração dos psicofármacos seguindo rigorosamente as prescrições médicas e os "Nove Certos", conferir a deglutição do usuário e registrar a checagem no prontuário.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Armário ou farmácia com fechamento seguro por chave;
- Prescrição médica atualizada, carimbada e assinada;
- Copos descartáveis para dose unitária e seringas/agulhas descartáveis;
- Ficha de Notificação de Eventos Adversos / Queixas Técnicas (Vigimed/Anvisa);
- Água potável e insumos para higienização das mãos.

6. PROCEDIMENTO

6.1. Armazenamento e Controle Interno

- **Passo 1 (Segurança de Acesso):** Manter todos os psicofármacos (Portaria MS nº 344/98) estocados em armários robustos, trancados à chave, cujo acesso é restrito unicamente ao farmacêutico e ao enfermeiro de plantão.
- **Passo 2 (Sinalização Alerta):** Organizar os medicamentos por classe terapêutica. Medicamentos com nomes ou grafias semelhantes (ex.: Clorpromazina vs. Clomipramina) devem receber etiquetas coloridas de alerta nas prateleiras para evitar trocas mecânicas no momento da separação.

6.2. Preparo e Administração Segura: O Protocolo dos "Nove Certos"

O técnico de enfermagem e o enfermeiro devem aplicar rigorosamente a sequência de validações à beira do leito ou na sala de medicação:

1.1. Paciente Certo: Barreira Inicial.

Confirmar o nome completo do usuário e data de nascimento sem induzir a resposta (perguntar: "Qual o seu nome completo?"). Checar com o prontuário físico e o cartão SUS do usuário.

2.2. Medicamento Certo: Conferência de Rótulo.

Conferir o rótulo do medicamento com a prescrição médica em três momentos: ao pegar no armário, ao preparar a dose e ao descartar/devolver a embalagem.

3.3. Dose Certa: Segurança Matemática.

Verificar a dosagem exata descrita. Em casos de diluições de gotas (ex.: Haloperidol ou Neozine) ou frações de comprimidos, realizar cálculo de dose e solicitar a dupla checagem visual do enfermeiro.

4.4. Via Certa: Anatomia Aplicada.

Confirmar se a via é oral (comprimido/gotas), intramuscular (IM) ou outra especificada. Nunca administrar gotas orais por vias parenterais ou vice-versa.

5.5. Hora Certa: Cronograma Clínico.

Garantir que a administração ocorra dentro da janela de segurança estabelecida pela unidade (no máximo 30 minutos antes ou depois do horário fixado na prescrição).

6.6. Forma Certa: Apresentação do Fármaco.

Checar se o medicamento está na forma farmacêutica correta (ex: liberação prolongada/prolong, comprimido revestido, gotas). Nunca triturar comprimidos de liberação controlada.

7.7. Orientação Certa: Educação em Saúde.

Explicar ao usuário e ao familiar, em linguagem clara e acessível, qual medicamento está sendo administrado e o motivo (ex.: "Esse remédio vai ajudar a acalmar os pensamentos e melhorar o sono").

8.8. Registro Certo: Ação Legal e Resguardo.

Registrar imediatamente após a administração a hora exata, rubrica e carimbo no prontuário. Se o usuário recusar ou cuspir, registrar o fato em evolução e comunicar o enfermeiro/médico.

9.9. Resposta Certa: Avaliação de Desfecho.

Monitorar o usuário nos 30 a 60 minutos seguintes para avaliar o efeito desejado (ex.: sedação em agitação) ou o surgimento de efeitos colaterais imediatos.

6.3. Rotina de Farmacovigilância Ativa

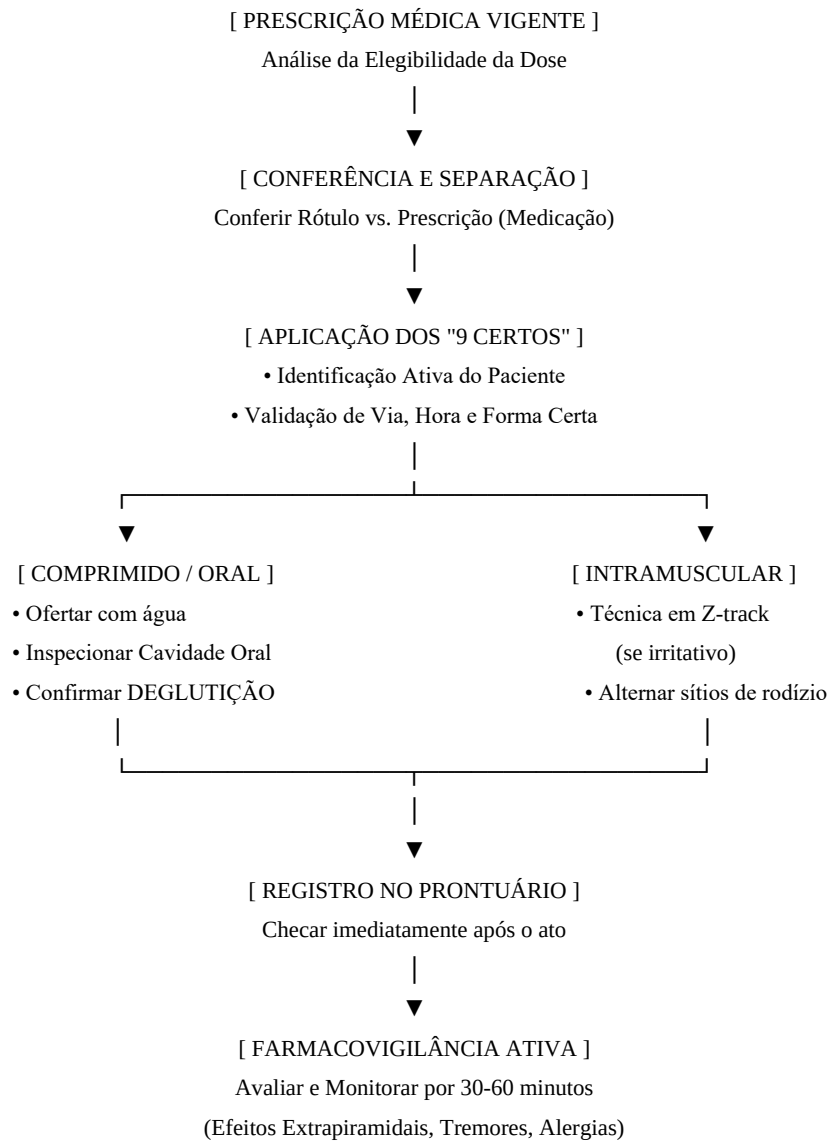
- **Passo 3 (Identificação de Efeitos Extrapiramidais):** Atentar para sinais clínicos agudos como distonia (contrações musculares involuntárias na face/pescoço), acatisia (inquietação motora extrema) ou parkinsonismo induzidos por antipsicóticos típicos.
- **Passo 4 (Ações em Intoxicação por Lítio):** Monitorar ativamente queixas de tremores grosseiros nas mãos, diarreia persistente, vômitos e fala arrastada em usuários que utilizam Carbonato de Lítio. Notificar o enfermeiro para suspensão da dose e solicitação de lítemia urgente.
- **Passo 5 (Notificação de Eventos no Vigimed):** Qualquer suspeita de reação adversa grave, inesperada ou decorrente de falha terapêutica aparente deve ser detalhada pelo enfermeiro ou farmacêutico e enviada ao sistema de notificações da ANVISA em até 72 horas.

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- **Acolhimento e Suporte Imediato:** Identificado qualquer desvio nos "Nove Certos" (dose errada, paciente errado, etc.), o profissional deve priorizar a avaliação clínica do usuário, aferindo sinais vitais de forma contínua.
- **Comunicação Imediata:** Notificar imediatamente o médico assistente e o enfermeiro supervisor para que as medidas antidotas ou de suporte clínico sejam instituídas sem atraso.
- **Transparência e Registro:** Registrar o evento adverso de forma descritiva no prontuário, especificando as condutas de correção adotadas, e abrir relatório interno de incidente para avaliação pela Gestão da Qualidade.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

Circuito Seguro do Psicofármaco



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- **Folha de Prescrição Médica e Aprazamento:** Onde consta o registro de checagem do horário (traço e rubrica) logo após a administração ou a anotação de recusa/adiamento.
- **Livro de Controle de Estoque da Portaria 344/98:** Escrituração oficial e obrigatória do consumo de psicotrópicos da farmácia do CAPS.
- **Formulário de Notificação de Evento Adverso / Erro de Medicação:** Ficha interna de notificação da Gestão da Qualidade para fins de educação permanente da equipe.

- **Ficha do Sistema NOTIVISA / Vigimed:** Registro digital e externo em caso de reações adversas severas enviado à Vigilância Sanitária.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Evasão de Dose (Simulação de Deglutição):** Usuários em surto ou com delírios persecutórios frequentemente escondem comprimidos embaixo da língua ou nas bochechas para cuspir depois. É obrigatória a inspeção visual cortês da cavidade oral pós-ingestão.
- **Risco de Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM):** Caso o usuário apresente febre alta inexplicável, rigidez muscular severa ("em cano de chumbo") e flutuação de pressão arterial após uso de antipsicóticos, suspender a medicação imediatamente. Trata-se de uma emergência médica de transferência hospitalar imediata.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Assistência segura:** uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

FERREIRA, G. S. *et al.* Boas práticas na administração de medicamentos endovenosos. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 1, p. 100-104, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/boas-praticas-administracao-medicamentos-endovenosos.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2026.

PROCEDIMENTOS de enfermagem: preparo e administração de medicamentos. [S. l.]: Centro Universitário São Camilo, 2025. Disponível em: <https://saocamilo-sp.br/wp-content/uploads/2025/05/Procedimento-de-Enfermagem-E-book.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-CAPS- 020 REGISTRO CLÍNICO DE QUALIDADE, INDICADORES ASSISTENCIAIS E NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar- Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Maria Jackscilene Delfino de Amorim Lima – Psicóloga CRP 21/05273; Wagnete Nunes da Silva Castro Dias - Enfermeira nº182935; Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima - Enfermeira- nº 267112.	Equipe Multiprofissional do CAPS I (Registrado em Livro Ata) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
1. OBJETIVO Padronizar os critérios de preenchimento do Prontuário Único Interdisciplinar, estabelecendo atributos de qualidade para as evoluções clínicas da equipe multiprofissional. Definir o fluxo de monitoramento dos indicadores assistenciais do CAPS I e normatizar o preenchimento imediato e a tramitação das fichas de notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas, assegurando a precisão dos dados epidemiológicos do município.			
2. CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a todos os profissionais de nível superior da equipe técnica (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais) e à coordenação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de Cristino Castro/PI.			
3. DEFINIÇÃO Evolução Interdisciplinar de Qualidade: Registro sequencial, datado, assinado e carimbado, que reflete o estado atual do usuário, as intervenções realizadas e a resposta ao plano terapêutico, sem repetições de jargões genéricos.			

- **Notificação Compulsória Imediata:** Comunicação obrigatória à autoridade de Saúde Pública, realizada em até 24 horas a partir do atendimento, em decorrência da suspeita ou confirmação de agravo que demande intervenção rápida de proteção.
- **Violência Autoprovocada:** Comportamentos que englobam a ideação suicida estruturada, tentativas de autoextermínio e automutilação (conforme detalhado no POP 017).
- **Indicadores Assistenciais:** Métricas quantitativas e qualitativas utilizadas para monitorar a eficiência, a cobertura e a qualidade dos cuidados prestados na unidade (ex: taxa de abandono, resolutividade de crises).

4. RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Profissional Técnico Assistencial	Redigir evoluções clínicas claras, preencher integralmente a Ficha de Notificação do SINAN diante de suspeitas de violência e cooperar com a coleta de dados de indicadores.
Enfermeiro (Vigilância Interna)	Monitorar os prazos de envio das notificações epidemiológicas, revisar a qualidade dos registros de enfermagem e consolidar as planilhas de produção mensal do serviço.
Secretaria Municipal de Saúde	Realizar auditorias periódicas amostrais nos prontuários, avaliar o cumprimento das metas dos indicadores assistenciais e promover capacitações em registro de qualidade.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Fichas de Notificação Compulsória do SINAN (Violência Interpessoal/Autoprovocada);
- Prontuário Único Interdisciplinar (físico ou eletrônico);
- Planilhas ou software de consolidação de indicadores institucionais;
- Manuais técnicos de preenchimento do SINAN do Ministério da Saúde.

6. PROCEDIMENTO

6.1. Critérios para o Registro Clínico de Qualidade (Evolução Multiprofissional)

- **Passo 1 (Rigor Técnico e Clareza):** Toda evolução deve conter data, horário de início/término do atendimento, descrição da conduta e identificação clara do profissional com assinatura e carimbo.
- **Passo 2 (Estruturação do Texto):** Evitar anotações vagas ("usuário passou bem", "comportamento sem alterações"). O registro deve obedecer a uma lógica descritiva de qualidade:
 - *Estado Mental Atual:* Nível de consciência, orientação têmporo-espacial, humor, afeto, discurso (coerente ou delirante) e presença de alucinações.
 - *Queixa e Dinâmica Social:* Resumo do relato do usuário ou acompanhante sobre os dias anteriores.
 - *Conduta e Intervenção:* Detalhar a técnica aplicada (ex.: psicoterapia individual, escuta estruturada, manejo medicamentoso) e os combinados para o PTS.
- **Passo 3 (Vedação de Rasuras):** É terminantemente proibido o uso de corretivos líquidos. Erros de escrita devem ser corrigidos usando a palavra "digo" entre parênteses, mantendo o texto limpo e legalmente válido.

6.2. Fluxo de Notificação Compulsória (SINAN)

Diante de qualquer caso atendido na unidade com suspeita ou confirmação de violência doméstica, sexual, interpessoal ou autoprovocada (tentativa de suicídio/automutilação), o profissional assistente deve seguir a sequência abaixo:

1. Identificação e Preenchimento da Ficha: Imediato (No atendimento).

O profissional que prestou o atendimento inicial deve abrir e preencher a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN de próprio punho ou no sistema, não deixando campos em branco (usar "ignorado" se o dado for indisponível, mas nunca omitir).

2. Protocolo Interno e Envio: Até 24 Horas.

Entregar a ficha preenchida à enfermagem ou à coordenação do CAPS I para protocolo no livro interno de vigilância epidemiológica. Enviar a via física ou o arquivo digitalizado imediatamente para o setor de Vigilância Epidemiológica Municipal.

3. Articulação com a Rede de Proteção: Fluxo de Proteção Coletiva.

Em casos envolvendo crianças, adolescentes ou idosos vítimas de violência interpessoal/maus-tratos, além da ficha do SINAN, emitir comunicação formal imediata ao Conselho Tutelar ou CREAS via relatório social sigiloso.

6.3. Monitoramento de Indicadores Assistenciais

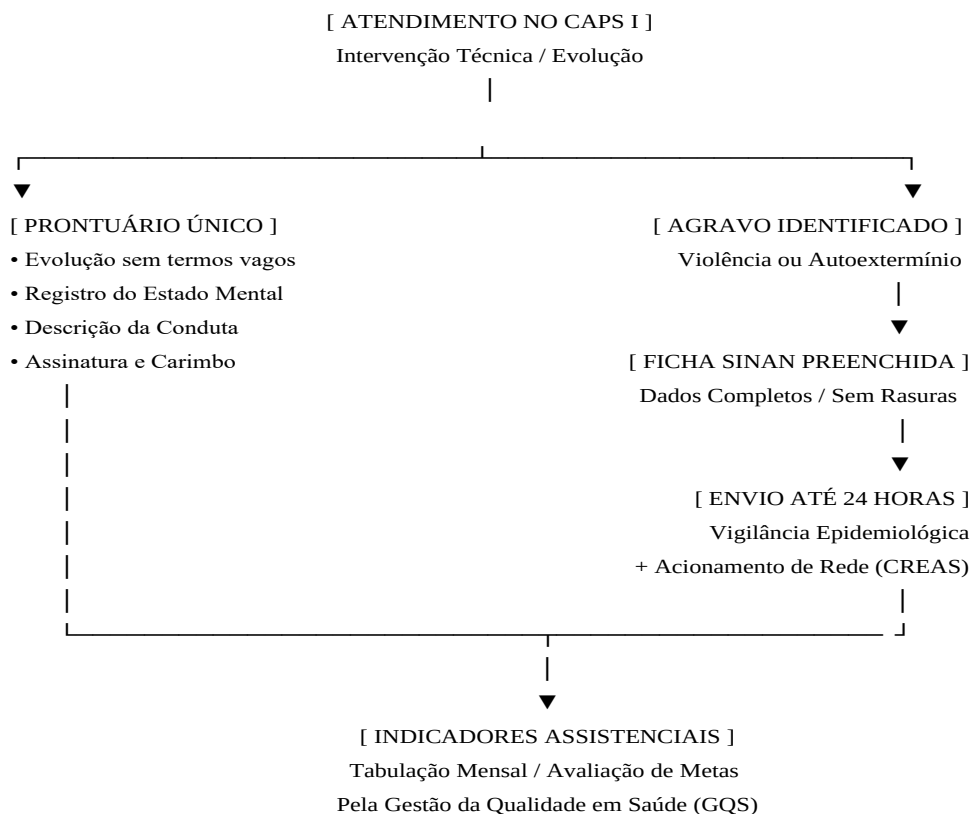
- **Passo 4 (Coleta Mensal):** A coordenação do CAPS I deve tabular mensalmente os dados assistenciais do serviço.
- **Passo 5 (Métricas Críticas):** Monitorar e analisar de forma prioritária os seguintes indicadores de qualidade regulamentados pela RAPS:
 1. *Taxa de Abandono do Tratamento:* (Número de usuários que faltaram às atividades programadas por mais de 30 dias sem justificativa ÷ Total de usuários ativos) × 100.
 2. *Taxa de Notificação Qualificada:* Porcentagem de fichas enviadas sem campos essenciais em branco.
 3. *Tempo Médio de Espera para o Primeiro Atendimento Técnico:* Intervalo em dias entre a triagem/acolhimento inicial e a primeira consulta agendada de psicologia/psiquiatria

7. CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Realizar auditoria de prontuários ao final de cada turno nos registros sob responsabilidade da equipe de técnicos de enfermagem, avaliando se os horários de aplicação de medicações coincidem com as checagens e se os registros de sinais vitais foram devidamente anotados.
- Assegurar o sigilo ético absoluto (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem) durante o preenchimento e transporte das fichas de notificação compulsória, mantendo-as guardadas em envelopes lacrados até a entrega formal na Vigilância Epidemiológica Municipal.
- Coordenar reuniões de equipe mensais para a discussão dos resultados obtidos nos indicadores assistenciais, propondo estratégias práticas de busca ativa no território para reduzir as taxas de absenteísmo e abandono do serviço.
- Orientar novos profissionais ou estagiários inseridos no serviço sobre o fluxo legal de proteção aos vulneráveis, enfatizando que a notificação compulsória tem caráter epidemiológico e protetivo, e não criminal ou policial.

8. FLUXOGRAMA VISUAL

Circuito do Registro à Vigilância



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

9. REGISTROS

- Prontuário Único Interdisciplinar (Folhas de Evolução);
- Ficha de Notificação Compulsória do SINAN (Banco de Dados Interno);
- Livro de Protocolo de Entrega de Documentos Epidemiológicos;
- Relatório Mensal de Consolidação de Indicadores da RAPS.

10. OBSERVAÇÕES / RISCOS

- **Risco de Subnotificação e Multas Institucionais:** Deixar de notificar casos de violência ou atrasar o envio do SINAN mascara a realidade de saúde do município, além de constituir infração sanitária grave aplicável aos responsáveis pelo serviço.

- **Risco de Quebra de Sigilo e Processo Ético:** Deixar fichas do SINAN ou prontuários expostos sobre balcões de atendimento expõe dados ultrassensíveis (LGPD) dos usuários, gerando risco de punições administrativas severas.
- **Risco de Ilegibilidade Legal:** Uma evolução inelegível ou incompleta deixa o profissional desprotegido em casos de auditorias do Ministério Público ou processos cíveis decorrentes de eventos graves ocorridos com os usuários.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e redes do Sistema Único de Saúde (Vigilância em Saúde).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 545/2017** (e normativas vigentes sobre anotações e registros de enfermagem em prontuários).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Viva: Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016.

Referências Bibliográficas

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Diretrizes de Suporte Básico de Vida (BLS) e Ressuscitação Cardiorrespiratória**. Edição Atualizada, 2020/2025.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretrizes para a Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA, 2014.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018**. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2018.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies**. Brasília: ANVISA, 2012.

BRASIL. **Lei Federal 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. Brasília, 2001.

BRASIL. **Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, 2018.

BRASIL. **Lei Federal nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado às Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas e Abordagem do Tabagismo**. Brasília: SUS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Bolso do Defensor da Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático de Matriciamento e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (e atualizações).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e redes do Sistema Único de Saúde (Vigilância em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece as diretrizes de funcionamento e competências dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048/GM, de 3 de setembro de 2002.** Regulamenta os sistemas estaduais de urgência e emergência e as competências do SAMU. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de intervenção do SAMU 192: crise de agitação psicomotora e surto psiquiátrico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Suporte Básico de Vida. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde / Fiocruz. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde / Fiocruz, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva: Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 6 (NR-6): Equipamentos de Proteção Individual.**

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA (CAOP). Defesa da Saúde. **Nota Técnica nº 02/2025: parâmetros legais e fluxos de notificação das internações involuntárias.** [S. l.]: Ministério Público, 2025.

CONAMA. Conselho Nacional do Meio Ambiente. **Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005.** Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos de serviços de saúde.

CONSELHO REGIONAL / FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Normativas vigentes sobre a atuação da Enfermagem na assistência domiciliar (Home Care) e atendimento comunitário.**

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Diretrizes para assistência de enfermagem à família em ambiente de atenção psicossocial vigentes.**

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Diretrizes sobre Biossegurança e Competências Profissionais na Higienização de Artigos e Equipamentos em Serviços de Saúde vigentes.**

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Normativas vigentes sobre a atuação da Enfermagem no Gerenciamento de Resíduos e prevenção de acidentes com perfurocortantes.**

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Normativas vigentes sobre a atuação da Enfermagem em Saúde Mental e condução de tecnologias grupais.**

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e regulamenta a consulta de enfermagem em serviços de saúde mental vigentes.**

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resoluções vigentes sobre as garantias éticas e de segurança do trabalhador e do paciente em ambientes ambulatoriais de psiquiatria.**

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 545/2017** (e normativas vigentes sobre anotações e registros de enfermagem em prontuários).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017.** Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 581/2018** (e pareceres normativos correlatos que amparam a atuação do enfermeiro especialista em Práticas Integrativas e Complementares / Auriculoterapia).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 678, de 19 de agosto de 2021.** Atualiza e normatiza a atuação da equipe de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Brasília: COFEN, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 681/2021** (ou atualizações vigentes). Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cuidado a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 713, de 3 de novembro de 2022.** Dispõe sobre a atuação da enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel terrestre e aquaviário. Brasília: COFEN, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 716/2023** (ou normativas vigentes atualizadas). Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na contenção mecânica de pacientes com transtornos mentais.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 746, de 18 de março de 2024**. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de contenção mecânica de pacientes. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 801, de 2026**. Consolida as diretrizes para a prescrição de medicamentos por enfermeiros no âmbito do Processo de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Parecer CFM nº 9, de 25 de fevereiro de 2015**. Legalidade, critérios médicos e fluxo de notificações obrigatórias em internações involuntárias. Brasília: CFM, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.321/2022**. Dispõe sobre as normas éticas para a utilização de contenção mecânica em pacientes psiquiátricos.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Cartilha orienta prevenção ao suicídio**. Brasília: CFM, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA / CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resoluções vigentes sobre guarda de prontuários, sigilo profissional e direito ao acesso à informação**.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

FERREIRA, G. S. et al. **Boas práticas na administração de medicamentos endovenosos**. Enfermagem em Foco, v. 12, n. 1, p. 100-104, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Série saúde mental e atenção psicossocial em desastres: prevenção de suicídio**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2026.

MELMAN, Jacyra. **Família e Doença Mental**. São Paulo: Escrituras Editora, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretrizes QualityRights da OMS sobre a eliminação e prevenção de práticas coercitivas na saúde mental**. Genebra: OMS, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia Prático para a Higienização das Mãos nos Serviços de Saúde**. Genebra: OMS, 2009.

PIAUÍ. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI). **Diretrizes operacionais do Sistema Estadual de Regulação - Regula Piauí vigentes**.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016.

PROCEDIMENTOS de enfermagem: preparo e administração de medicamentos. [S. l.]: Centro Universitário São Camilo, 2025.

STEFAN, Susan. **Emergências psiquiátricas e direitos dos usuários na perspectiva do cuidado humanizado**. São Paulo: Cortez, 2015.

SOUZA, M. P. **Tratado de Auriculoterapia**. 5ª ed. Brasília: Look, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA (UNIPAMPA). Divisão de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho (DASST). **Cartilha de prevenção ao suicídio: pela valorização da vida**. 2. ed. Bagé: UNIPAMPA, 2025.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



APÊNDICES

Apêndice A - Ficha de Acolhimento Diurno/Noturno e Avaliação de Crise

SMS / CAPS I	PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTINO CASTRO - PI SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I)	APÊNDICE A POP-CAPS-001/015
--------------	---	--------------------------------

FICHA DE ACOLHIMENTO DIURNO / NOTURNO E AVALIAÇÃO DE CRISE

1. TIPO DE ACOLHIMENTO E DADOS DE ADMISSÃO

Modalidade: () Acolhimento Diurno () Acolhimento Noturno / Leito de Retenção	Data/Hora Entrada: ____/____/202__ às ____:____h
Nome do Usuário: _____	Prontuário/CPF: _____
Data Nasc.: ____/____/____ Idade: ____ anos Sexo: () M () F	Cartão SUS: _____
Nome do Acompanhante/Responsável: _____	Fone: (____) _____
Procedência/Origem: () Demanda Spontânea () UBS () SAMU () Hospital Municipal () Outro: _____	

2. MOTIVO DA PROCURA E QUEIXA PRINCIPAL

Histórico da crise / Situação atual relatada pelo usuário ou acompanhante:

3. TRIAGEM E AVALIAÇÃO DE RISCO PSICOSSOCIAL

Estado Mental e Comportamental:

- () Calmo / Colaborativo
() Ansioso / Agitado
() Depressivo / Inibido
() Desorientado / Confuso
() Ideação Suicida Ativa / Tentativa Prévia
() Delírio / Alucinação (Psicose)

Uso de Substâncias / Sintomas Físicos:

- () Sob efeito / Abstinência de Alcool ou Drogas
() Agressividade Física / Verbal (Heteroagressão)
() Negativa de autocuidado / Desnutrição
() Alteração do sono (Insônia grave)
() Queixas Algicas / Sintomas somáticos
() Comorbidades clínicas crônicas

4. AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS E PARÂMETROS CLÍNICOS (ENFERMAGEM)

PA: ____ x ____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ irpm Temp.: ____ °C SpO2: ____ % Glicemia: ____ mg/dL

5. CONDUTA E PLANO TERAPÊUTICO IMEDIATO

Ações adotadas na recepção/acolhimento:

- () Escuta qualificada e descalonamento verbal
() Acolhimento Noturno indicado (permanência em leito de observação)
() Administração de medicação de urgência/S.O.S. (conforme prescrição médica)
() Encaminhamento/Transferência urgente para Unidade Hospitalar / SAMU (Risco de vida)
() Agendamento de retorno para acompanhamento diurno / PTS

Detalhamento da conduta:

Cristino Castro - PI, ____ de ____ de 202__.

Profissional Acolhedor (Enfermagem / Psicologia / Serviço Social)

Nome: _____
Registro Profissional: _____

Médico(a) Responsável (se houver conduta / medicação)

Nome: _____
CRM: _____ / UF: _____

Apêndice B - Projeto Terapêutico Singular (PTS)

SMS / CAPS I	PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTINO CASTRO - PI SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I)	APÊNDICE B POP-CAPS-002/015
--------------	---	--------------------------------

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

1. IDENTIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (MOMENTO 1)

Nome do Usuário: _____	Prontuário/CPF: _____
Data Nasc.: ____/____/____ Idade: ____ anos Sexo: ()M ()F	Cartão SUS: _____
Endereço: _____	UBS de Referência: _____
Técnico(a) de Referência do PTS (Matriciador): _____	Categoria: _____

Avaliação Global / Diagnóstico Psicossocial e Clínico:
(Descrever demandas de saúde mental, vulnerabilidades sociais, hábitos, dinâmicas familiares, redes de apoio e potencialidades do usuário)

2. DEFINIÇÃO DE METAS E PACTUAÇÃO (MOMENTO 2)

Prazo	Objetivo / Meta Terapêutica Pactuada	Expectativa de Resultado
Curto Prazo (Até 30 dias)		
Médio Prazo (30 a 90 dias)		
Longo Prazo (Acima de 90 dias)		

3. DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES E AÇÕES (MOMENTO 3)

Ação / Intervenção Terapêutica	Periodicidade / Local	Profissional / Setor Responsável
Atendimento Individual (Psicoterapia/ Enfermagem)		
Oficinas Terapêuticas / Atividades em Grupo		
Acompanhamento Médico / Farmacológico		
Visita Domiciliar / Matriciamento com a eSF (UBS)		
Ações Intersetoriais (CRAS, CREAS, Escola, Lazer)		
Corresponsabilidade do Usuário e Família		

4. REAVALIAÇÃO E PACTUAÇÃO DE REPACTUAÇÃO (MOMENTO 4)

Data de Elaboração do PTS: ____/____/____ 202 ____	Previsão da 1ª Reavaliação: ____/____/____ 202 ____	Status: () Em Andamento () Reformulado () Alta CAPS
---	--	---

Evolução / Ajustes do Plano durante a reavaliação:

Usuário(a) ou Acompanhante
Assinatura

Técnico(a) de Referência (CAPS I)
Nome/Carimbo

Coordenação / Equipe Multidisciplinar
Nome/Carimbo

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Notificação de Contenção Mecânica

SMS / CAPS I	PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTINO CASTRO - PI SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I)	APÊNDICE B POP-CAPS-006
--------------	---	----------------------------

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO / NOTIFICAÇÃO DE CONTENÇÃO MECÂNICA

FUNDAMENTAÇÃO NORMATIVA E ÉTICA:

Este documento atende às diretrizes da Resolução COFEN nº 480/2015, Resolução CFM nº 2.057/2013, Lei nº 10.216/2006 (Lei da Psicossocial), Lei nº 13.708/2016 (LGPD) e ao Manual de POPs do CAPS I do Cristino Castro PI. A contenção mecânica é uma medida excepcional de proteção, utilizada exclusivamente em situações de extrema urgência/emergência após o esgotamento total de alternativas verbais e de desescalamento.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do Paciente: _____		Prontuário/CPF: _____
Data de Nasc.: ____/____/____	Carteão SUS: _____	Sexo: () M () F
Nome do Responsável Legal (se aplicável): _____		Grau de Parentesco: _____
RG/CPF do Responsável: _____	Telefone de Contato: (____) _____	

2. JUSTIFICATIVA CLÍNICA E INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

O procedimento de contenção mecânica temporária foi indicado devido à presença impreterível de risco iminente de:

- () Autossugestão grave ou comportamento suicida dento involuntário.
 () Histerogressão física severa contra outros usuários, acompanhantes ou membros da equipe multiprofissional.
 () Agitação psicossocial extrema e refratária com risco impreterível de queda ou destruição de bens.

Medidas de Desescalamento Prévias Tentadas Sem Sucesso:

- () Escuta qualificada e pacificação verbal () Redução de estímulos sensoriais () Medicação oral (S.O.S.)

3. DIREITOS DO USUÁRIO E PROTOCOLO DE SEGURANÇA

O paciente e/ou seu responsável legal foram devidamente informados de que:

- A contenção utilizará exclusivamente faixas apropriadas e acondicionadas em pontos articulares estratégicos (membros superiores e/ou inferiores), preservando a circulação sanguínea e a integridade física.
- O paciente permanecerá sob monitoramento e vigilância contínua da equipe de enfermagem, com checagem de sinais vitais, nível de consciência e perfusão periférica a cada 15 a 30 minutos.
- O procedimento terá a duração estritamente necessária para a estabilização do quadro de crise, sendo suspenso imediatamente após o retorno do autocontrole.

4. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA / IMPEDIMENTO DE COLETA PRÉVIA DE ASSINATURA:

Conforme a Resolução COFEN nº 480/2015, quando a emergência/agitação extrema do paciente impedir a coleta prévia de assinatura, a nota assinada temporária do responsável legal, o procedimento será acordado posteriormente para salvaguardar a saúde do usuário, sendo a situação atestada por duas testemunhas da equipe multiprofissional.

4. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO / CIÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos que fomos devidamente orientados quanto à necessidade, aos benefícios e aos riscos do procedimento de contenção mecânica, compreendendo o seu caráter preventivo e excepcional dentro da assistência no CAPS I.

Cristino Castro - PI, ____ de ____ de 202__

Assinatura do Paciente / Responsável Legal Nome: _____ CPF: _____	Médico(a) Responsável / Prescritor Nome: _____ CRM: _____ / UF: ____
Enfermeiro(a) Responsável Técnico Nome: _____ COFEN: _____ / UF: ____	Testemunha (Equipe Multiprofissional) Nome: _____ Cargo/Função: _____



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!

