UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SARA PINTO BARBOSA

Atendimento ao paciente psiquiátrico: cotidiano de um serviço de pronto atendimento
do interior do Estado de São Paulo

RIBEIRÃO PRETO

2012

SARA PINTO BARBOSA

Atendimento ao paciente psiquiátrico: cotidiano de um serviço de pronto atendimento do interior do Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: O doente, a doença e as práticas terapêuticas

Orientador: Profa. Dra. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

RIBEIRÃO PRETO

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Barbosa, Sara Pinto

Atendimento ao paciente psiquiátrico: cotidiano de um serviço de pronto atendimento do interior do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2012.

104 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Souza, Maria Conceição Bernardo de Mello.

1. Saúde Mental. 2. Atendimento de emergência. 3. Rede de Serviços. 4. Profissional de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

NOME: Sara Pinto Barbosa

TÍTULO: **Atendimento ao paciente psiquiátrico:** cotidiano de um serviço de pronto atendimento do interior do estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências, do
Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.

Instituição:_____

Julgamento

Assinatura_____

Prof. Dr.

Instituição:_____

Julgamento

Assinatura_____

Prof. Dr.

Instituição:_____

Julgamento

Assinatura_____

*Dedico esse trabalho àqueles que com sua loucura me ajudam a conviver com a
minha.*

*À minha família, por sempre sonhar meus sonhos, em especial a meus sobrinhos,
João Gabriel, Luís Davi e Cecília, por mobilizarem tanto amor em mim.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir a realização deste trabalho e guiar minhas escolhas.

À minha orientadora Maria Conceição por ser a guia neste trabalho, por ter me recebido e ser tão acolhedora e carinhosa nos momentos de ensino.

À minha família, por sempre trilhar comigo meu caminho, de forma especial minha mamãe Francisca, meus irmãos Iara e Samuel e meu cunhado Nilberto, sem dúvida, meus pilares mais fortes.

Ao meu pai José (*in memorian*), por ser meu exemplo de caráter e trabalho e por deixar boas e doces lembranças.

Aos meus sobrinhos João Gabriel, Luís Davi e Cecília, motivo da minha alegria mais alegre.

Aos amigos Arnando e Fabiano, pelas palavras de incentivo e às amigas de casa, Alecssandra, Thaís e Marlusa, pela convivência e companheirismo nesses anos.

À Madrinha Maria Antônia, por ter palavras de incentivo e apoio desde início minha formação e por fazer a correção ortográfica desta dissertação.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental, por contribuir com meu crescimento profissional, especialmente as colegas Tatiana Veloso, Carol Garla, Carol Zanetti, Jacqueline Souza, com as quais é sempre prazeroso discutir e aprender mais.

Aos professores que contribuíram no exame de qualificação desta dissertação Pedro Palha e Toyoko Saeki.

Às professoras que caminhei próximo durante o mestrado Leninha Cardoso e Margarita Villar, por oportunizarem grande aprendizado como aluna PAE e como preceptora do PET-SM.

À minha querida professora da graduação Adriana da Cunha Menezes Parente, por me apresentar com paixão à saúde mental.

Ao serviço de pronto atendimento onde se realizou esta pesquisa por permitir a partilha do cotidiano.

***O presente é que prova o futuro; ele precisa ser conhecido, descrito e constituir
objeto de reflexão***

Agnes Heller, Uma teoria da História

RESUMO

BARBOSA, S. P. **Atendimento ao Paciente Psiquiátrico:** cotidiano de um serviço de pronto atendimento do interior do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2012. 104 páginas. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A presente pesquisa caracteriza-se como estudo qualitativo, de cunho descritivo exploratório realizado numa Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) da região Oeste da cidade de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo. Tal local é um Centro de Saúde Escola vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Objetivou-se com o estudo conhecer o cotidiano de atendimento das demandas de saúde mental realizadas no pronto atendimento deste serviço. O estudo justifica-se por, após início do processo de Reforma Psiquiátrica, os serviços emergenciais, tanto os que funcionam dentro de hospitais gerais quanto os alocados em unidades de pronto atendimento nas Unidades de Saúde, importantes pontos da rede de atendimento em saúde mental. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a observação participante e entrevista semiestruturada com 17 participantes. Foram realizadas cerca de 90 horas de observação participante registradas em diário de campo. Os participantes da pesquisa foram interrogados sobre o atendimento dos usuários com demandas em saúde mental no serviço. Os dados das entrevistas foram analisados quanto ao conteúdo, sendo realizada análise do tipo temática. A discussão apoiou-se nos preceitos atuais de atendimento aos usuários de saúde mental. Do processo de análise emergiram quatro categorias: *No pronto atendimento o atendimento ao paciente psiquiátrico é rotina...; O atendimento depende muito do médico que está atendendo...; A grande maioria é dependente químico... E aí?; A gente não tem uma preparação para lidar com paciente psiquiátrico...* A partir da análise pudemos entender que a demanda em saúde mental é constante no serviço e que essa vem, quase sempre, acompanhada de uma angústia por parte dos profissionais que não se sentem capazes de atender usuários com essa demanda de saúde. Através da observação e da entrevista constatou-se ainda que, no serviço, o modelo de atendimento é ainda o médico-centrado, sendo que os demais profissionais da equipe, quase sempre, se limitam apenas executar prescrições médicas como, por exemplo, medicação e, quando necessário, contenção. No que se refere ao atendimento ao usuário de substâncias psicoativas, não nos pareceu que esses são vistos como usuários com demandas em saúde mental. Tais usuários são atendidos com condutas guiadas por pré-conceitos e julgamentos morais, ações pouco adequadas aos atendimentos em saúde. As dificuldades encontradas no serviço, no que se refere ao atendimento a usuários com demanda em saúde mental, parecem ser principalmente advindas de uma formação profissional pouco adequada. Diante disto, torna-se necessário, neste serviço, que haja investimento no sentido de melhorar formação para o atendimento a usuários com esse tipo de demanda. Mesmo com as dificuldades encontradas no serviço estudado, acreditamos que por meio de um trabalho de educação permanente possam surgir novas potencialidades na atenção em saúde mental e, assim, um fortalecimento da rede de saúde local.

Palavras chaves: saúde mental, atendimento de emergência, rede de serviço, profissional de saúde

ABSTRACT

BARBOSA, S. P. Psychiatric Patient Care: a daily emergency service in the state of Sao Paulo. Ribeirão Preto, 2012. 104 páginas. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

This research is characterized as a qualitative study, descriptive exploratory held in a District Health Unit Basic (UBDS) the region west of the city of Ribeirão Preto, interior of São Paulo. This service is also a Health Center linked to the Faculty of Medicine, University of São Paulo. The goal this research was to study the day-to-day of care of the demands of mental health conducted in the emergency room of this service. The study is justified because, after initiation of the Psychiatric Reform, emergency services, both those who work within general hospitals as allocated in the emergency units in the health units, are important to point in the network of mental health care. As an instrument of data collection used the participant observation and semistructured interviews with 17 participants. Were performed about 90 hours of participant observation, which was recorded in a field diary. Survey participants were questioned about the service demands of users with mental health service. The interview data were analyzed as contents, and performed analysis of the thematic type. The discussion is supported in current concepts of care for mental health users. The process of analysis four categories: **In the emergency room care to psychiatric patients is routine...; The service relies heavily on the physician who is answering...; The vast majority are dependent of drugs... What's make?; We do not have a preparedness to deal with psychiatric patients...** Thus, from the analysis we understand that the demand for mental health service is constant and that, almost always, is accompanied by an anxiety on the part of professionals who do not feel able to meet this demand users with health. Through observation and interview it was found that, in the service studied, the service model is still the physician-centered, and the remaining team members limited to just execute medication. With regard to the users of drugs the service, did not seem that these are seen as people with demands on mental health. Such users are assisted with postures guided by prejudices and moral judgments, actions inadequate to health care. The difficulties encountered in service, in relation people with mental health demand, appear to be due to an unsuitable formation. Given this, it becomes necessary, this service, investment in improving training to meet this demand. Even with the difficulties encountered in the service studied, we believe that through a continuing education may arise new possibilities and thus a strengthening of local mental health network.

Keywords: mental health, emergency service, network services, health professional

RESUMEN

BARBOSA, S. P. Atención al Paciente Psiquiátrico: un servicio de emergencia a diario en el estado de Sao Paulo. Ribeirão Preto, 2012. 104 páginas. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Esta investigación se caracteriza por ser un estudio cualitativo de tipo exploratorio descriptivo realizado en una Unidad Básica Distrital de Salud (UBDS) la región al oeste de la ciudad de Ribeirão Preto, interior de São Paulo. Este sitio es también un centro de salud vinculados a la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo. El objetivo del estudio de satisfacer las demandas diarias de atención de salud mental llevados a cabo en la sala de emergencias de este servicio. El estudio se justifica porque, después de la iniciación de la Reforma Psiquiátrica, los servicios de emergencia, tanto los que trabajan en los hospitales generales a lo indicado en las unidades de emergencia en las unidades de salud, es importante señalar en la red de atención de salud mental. Como instrumento de recolección de datos utilizó la observación participante y entrevistas semi-estructuradas con 17 participantes. Se llevó a cabo cerca de 90 horas de observación participante, que se registró en un diario de campo. Participantes en la encuesta se les preguntó sobre las demandas de servicio de los usuarios con los servicios de salud mental. Los datos de las entrevistas se analizaron, y realizó un análisis del tipo temático. La discusión se apoya en los conceptos actuales de la atención a los usuarios de salud mental. El proceso de análisis de cuatro categorías: **En la sala de emergencia de atención a los pacientes psiquiátricos es la rutina...; El servicio se basa principalmente en el médico que está cumpliendo...; La gran mayoría son dependientes. Química... ¿Qué pasa?; No tenemos un plan de preparación para hacer frente a los pacientes psiquiátricos...** Así, desde el análisis que entendemos que la demanda de servicios de salud mental es constante y que casi siempre va acompañada por una ansiedad por parte de los profesionales que no se sienten capaces de satisfacer esta demanda de los usuarios con la salud. A través de la observación y la entrevista se encontró que, en el servicio, el modelo de servicio sigue siendo el centrado en el médico, y los restantes miembros del equipo casi siempre se limitan a ejecutar así como recetas de medicamentos, y cuando restricción necesario. Con respecto a la atención al usuario de sustancias, no parece que estos son vistos como los usuarios con demandas en salud mental. Estos usuarios son asistidos con las posturas guiadas por los prejuicios y los juicios morales, acciones para la atención de salud inadecuada. Las dificultades encontradas en servicio, en relación con los usuarios del servicio con la demanda de salud mental, parece ser debido a una formación inadecuada. Teniendo en cuenta esto, se hace necesario, este servicio, no es la inversión en la mejora de la formación para satisfacer esta demanda. A pesar de las dificultades encontradas en el servicio estudiado, creemos que a través de un estudio de la educación continua pueden surgir nuevas posibilidades y por lo tanto un fortalecimiento de la red local de salud mental.

Palabras clave: salud mental, la respuesta de emergencia, servicios de red, profesional de la salud

SUMÁRIO

1. Introdução	13
1.1 Rede de serviços de Saúde Mental	17
1.2 A Reforma Psiquiátrica e os serviços de emergências psiquiátrica	19
1.1 As Emergências Psiquiátricas como atendimento a pessoas com transtornos mentais	23
2. Metodologia	26
2.1 Tipo de estudo	26
2.2 Local de estudo	27
2.3 Aspectos éticos	31
2.4 Sujeitos	32
2.5 Coleta dos dados	32
2.6 Entrevistas Semi estruturadas	32
2.7 Observação participante	33
2.8 Coleta de dados referente ao perfil de usuários regulados para outros serviços de saúde mental	36
2.9 Análise dos dados	38
3. Resultados e Discussões	41
3.1 Caracterização dos participantes do estudo	41
3.2 Caracterização dos sujeitos regulados para serviços de saúde mental	44
3.3 Construção e Análise das categorias	47
3.4 No pronto atendimento o atendimento ao paciente psiquiátrico é rotina	48
3.5 O atendimento depende muito do médico que está atendendo	58
3.6 A grande maioria é dependente químico. E aí?	67
3.7 A gente não tem preparo para lidar com paciente psiquiátrico	77
3. Considerações finais	87

Referencias Bibliográficas

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes ou responsáveis

Apêndice III - Roteiro para entrevista semi estruturada

Anexo I -

1- Introdução

A rede de serviços de saúde mental que dispomos hoje, na maioria dos municípios, tem se estruturado a partir de políticas públicas instituídas pelo Ministério da Saúde, tendo como premissa a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90, bem como, o Movimento da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2007 a).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, iniciado na Europa, com forte tendência comunitária, permitiu a criação de normas objetivas de qualificação dos serviços de internação sem acarretar redução de assistência, visto que a diminuição dos leitos psiquiátricos deve ser acompanhada do crescimento de outros serviços de base comunitária, destacando-se uma participação maior de usuários e familiares na configuração desta nova rede (FINKELMAN, 2002).

Refletir sobre o processo de reforma é imprescindível quando se trata do momento de construção de serviços abertos, sobretudo no campo da psiquiatria em que a palavra reforma está fortemente enraizada em sua história e é cotidianamente construída, já que, desde seu “nascimento” a psiquiatria vem se reformando, se desconstruindo e, hoje, se recriando (TENÓRIO, 2002). Isso corrobora com que Amarante (1997) expõe sobre ser a reforma um processo de constante construção e reflexão que se desenvolve a um só tempo nos campos conceitual, cultural e assistencial.

Assim, no atual estudo, o termo reforma será compreendido como:

Processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração

de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 1995, p. 91).

Para o mesmo autor, toda iniciativa que se via no início do processo de reforma psiquiátrica decorreu do fato de se tentar superar a teoria e a prática do manicômio que alegava ao louco o papel de periculosidade, incapacidade e alicerçava uma prática acompanhada de maus tratos, desrespeito e tratamento desumano.

O processo de mudança no atendimento à pessoa com transtorno mental iniciou-se nos anos sessenta e incorporou propostas vindas da Europa e dos Estados Unidos da América (EUA), como a psiquiatria preventiva e comunitária (BORGES; BAPTISTA, 2008). A psiquiatria comunitária americana influenciou, sobretudo, os preceitos preventivos em saúde mental, tendo como meta a redução de doenças mentais na comunidade (PAULIN; TURATO, 2004).

No final da década de 1980, no Brasil, a pressão dos movimentos sociais culminou com início do processo de reforma da assistência e sua característica redução de leitos e maior controle dos hospitais psiquiátricos, ocasionando criação de rede de serviços substitutivos e pela aprovação da nova legislação de saúde mental (MÂNGIA, 2008). Assim, se iniciou a desinstitucionalização, ou seja, o deslocamento do centro da atenção da instituição em direção a comunidade, ao distrito, ao território (HIRDES, 2009)

O processo de desinstitucionalização pode, assim dizendo, parecer rápido e fácil, contudo seu desenvolver implica na reconstrução da complexidade do fenômeno loucura, como bem coloca Amarante (1996), já que pressupõe quebra de paradigma e ruptura de causa efeito, passando a pessoa a ser objeto do trabalho e não mais sua doença.

Amarante (1995) aponta o conceito de desinstitucionalização como algo mais complexo que desospitalizar (experiência que foi comum nos EUA), pois envolve a necessária construção de uma rede de serviços e cuidados atrelados a um conceito de desconstrução para superação de um modelo arcaico que se centraliza somente na doença. Assim, passa-se a tratar o sujeito existente com suas condições concretas de vida, construindo-se para estes sujeitos possibilidades de vida fora do manicômio. Desinstitucionalizar é, para o mesmo autor, mais que processo técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político, é, sobretudo, um processo ético.

O processo de mudança em Saúde Mental remete-nos ainda ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e sua importante inserção no contexto social. Diaz (2008) enfatiza que todo processo de Reforma Psiquiátrica emergiu como movimento social onde se envolveram trabalhadores, familiares e pessoas com transtornos mentais.

Há de se destacar que o MTSM tomou o discurso da luta antimanicomial para si após surgimento dos primeiros dispositivos de atenção à saúde. Ressalta-se que a mesma organização que se encontrou na luta a favor da Reforma, se encontrou no movimento opositor a esta, destacam-se dentre os movimentos sociais opositores a Associação de Familiares dos Doentes Mentais, o setor de psiquiatria da Universidade de São Paulo, Associação Brasileira de Psiquiatria e Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (DIAZ, 2008).

Diante destes embates, ainda assim se consegue estabelecer uma nova estratégia de saúde mental, amparada pela Lei 10.216 de 2001 ou Lei Paulo Delgado¹. A mesma lei dispõe em seus artigos sobre a proteção e os direitos dos portadores de

¹ Paulo Gabriel Delgado é sociólogo e foi deputado federal por vinte anos; é o autor da lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

transtornos mentais e esclarece em seu artigo 2º no IX parágrafo, sobre a preferência de qualquer portador de sofrimento mental ser tratado em serviços comunitários. É enfatizada na mesma lei a responsabilidade do Estado no desenvolvimento de política de saúde mental, construindo uma rede de serviços que alcance o envolvimento da comunidade e família neste processo (BRASIL, 2001).

A aprovação da lei 10.216 permitiu se pensar numa organização menos hierarquizada e, ainda, o surgimento de um modo novo de clinicar: a clínica em rede, sendo esta uma clínica que acompanha o portador de transtorno mental aonde este vá, deseja e necessita ir; esta não pressupõe afastamento da vida familiar e social, pois transita e está entremeada nestes meios (ALMEIDA, 2009).

Pensar numa forma de clinicar em saúde ampliada é pensar em articular cada serviço a uma rede mais complexa, composta por diversos outros serviços e outras instituições que podem inclusive não ser somente de saúde, assim isso poderia ser facilmente aplicado no setor saúde de psiquiatria, pois estes são melhores desenvolvidos quando se associam a outras instituições como associações de moradores ou bairro, clubes e diversos dispositivos sociais importantes na sociedade civil (CAÇAPAVA et al., 2009).

Assim, no Brasil, as políticas de desinstitucionalização foram possibilitando, de forma crescente, deslocar as pessoas com transtorno mental do hospital psiquiátrico para serviços ditos abertos ou semi-abertos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais-dia, Residências Terapêuticas, Ambulatórios de Saúde Mental, entre outros.

Nesta perspectiva do movimento de reforma os serviços emergenciais surgiram como pilar de apoio, sobretudo por fazer a interface comunidade e

instituições de tratamento (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010). Estes serviços, depois de alicerçada os preceitos da reforma, são considerados como um “nó” forte na rede, já que promove uma diversificação, descentralização e integração dos serviços (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

O ideal é que os serviços emergenciais objetivem contribuir para se evitar o isolamento da psiquiatria, integrando-a ao atendimento de saúde geral, o que colabora para não discriminação e estigmatização e, além disso, pode contribuir para redução do tempo e do número de internações, por meio de racionalização de critérios de hospitalização, priorizando ao paciente o seu meio social (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Assim, a mudança ocorrida na configuração da rede de saúde mental, antes composta somente por manicômios, leva de forma cada vez mais freqüente que usuários com demanda em saúde mental sejam, em momentos de crise² ou agudização da doença, encaminhadas aos serviços de pronto atendimento, necessitando que esses locais sejam reconhecidos como lócus de cuidado, o que implica dar atenção para como este se desenvolve neste âmbito de atendimento.

1.1 Rede de serviços de Saúde Mental

Uma rede de atenção em saúde é entendida como uma organização horizontalizada dos serviços, onde o centro de comunicação se dá na Atenção Básica

² Neste estudo, quando falarmos de crise, estaremos utilizando o conceito de dell'Acqua e Mezzina (2001) que definem crise como as situações nas quais os indivíduos apresentam grave sintomatologia psiquiátrica aguda, grave ruptura de relações (familiares e/ou sociais), recusa de tratamento, recusa de contato psiquiátrico, situações de alarme social e/ou familiar.

(AB)³. Essa mesma rede de atenção à saúde deve permitir prestar os cuidados de saúde de forma contínua à população, ou seja, atender aos usuários de acordo com suas necessidades a tempo, lugar certo e com qualidade. Devem ainda se estruturar conforme princípios fundamentais de organização dos serviços de saúde, com respeito aos princípios doutrinários do SUS, buscando responder com eficácia e eficiência às condições de saúde da população, no caso, a população que com demanda em saúde mental⁴, sejam essas condições agudas ou crônicas, de ordem psiquiátrica ou de qualquer outra clínica em saúde (BRASIL, 2007 b).

As redes de serviços funcionam por uma interligação que torna o atendimento universal e holístico, já que o fato dessa articulação pode gerar uma resposta em diferentes especialidades e em diferentes níveis de complexidade do atendimento, esperando-se que os profissionais que atendam pacientes de uma determinada região, como o fazem na emergência de um pronto atendimento em Ribeirão Preto, possa numa possível necessidade do paciente, encaminhá-lo para os outros serviços de saúde mental da rede, por exemplo, tornando o serviço dinâmico e, sem dúvida, mais eficiente (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Melman (2001) aponta ainda que faz parte da rede de serviços os vínculos interpessoais estabelecidos cotidianamente no serviço de saúde, esses então devem ser potencializados.

A ineficiência na formação desta rede é apontada por Barbano e Oliveira (2007) como uma das formas de perda de investimento e em precariedade das

³ Esse termo é o escolhido por ser o mais utilizado no Brasil, inclusive em publicações do Ministério da Saúde, para referir-se ao conjunto de atendimentos, tanto individuais quanto coletivos, abrangendo promoção e proteção à saúde.

⁴ Usamos os termos saúde mental por, assim como Amarante (2007), acreditarmos que o termo saúde mental diz respeito a um campo mais amplo de conhecimento, sendo exercido não apenas pelo profissional psiquiatra.

informações referentes a estes abarcando, tanto os diferentes níveis de atenção, quanto o fluxo de informações no mesmo nível.

O presente estudo leva-nos a conhecer e analisar o cotidiano⁵ de atendimento dos pacientes psiquiátricos em um serviço de pronto atendimento vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

1.2 A Reforma Psiquiátrica e os serviços de emergências psiquiátricas

Foi a partir da década de 80 que se iniciou uma preocupação maior com pessoas em situação de crise e, portanto com os serviços de emergências que atendem essas pessoas, apesar de até hoje, esses serviços ainda serem escassos, pouco conhecidos e distribuídos desigualmente. Em alguns países mais desenvolvidos os serviços psiquiátricos emergenciais surgiram antes da década de 80, a exemplo dos Estados Unidos onde os serviços de emergências psiquiátricas surgiram ainda na década de 60 (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

A inserção maior na comunidade de pessoas com transtorno mental possibilitou um aumento significativo destas nos serviços de emergência geral (BARROS; TUNG; MARI, 2010; SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Prestar cuidado às pessoas que vivenciam momentos de crise é um dos aspectos mais difíceis nos serviços de saúde e, por isso, os serviços que se destinam a isto devem ser constantemente objeto de reflexão para que não se reproduzam

⁵O termo cotidiano é entendido sob o prisma teórico da filósofa húngara Agnes Heller que o conceitua como “conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos indivíduos particulares, os quais por sua vez, criam a possibilidade de reprodução social” (HELLER, 1992).

modelos fracassados, onde se vislumbra a internação como a única resolução nesse momento. Os serviços de emergências podem ser pilar na tentativa de superação do modelo psiquiátrico hospitalar, por poder manter na comunidade a pessoa em crise, fato esse antes impensável (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

Assim, nos parece certo que adequar os serviços de emergências faz-se hoje necessário e, para tanto, acredita-se que uma observação prévia de como esse cuidado vem sendo realizado nestes serviços possa desvendar pontos que requerem mudanças.

Barros, Tung e Mari (2010) ressaltam ainda que o papel dos serviços emergenciais como uma das portas de entrada do serviço, podendo funcionar, quando bem trabalhado, como organizador do fluxo de internações. Esse fato busca priorizar o atendimento dos usuários dos serviços de saúde em serviços de base comunitária, e não mais hospitalar como antes do início do Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Revisitando o referencial político que apóia as mudanças anteriormente destacadas, encontramos a Declaração de Caracas⁶, da qual o Brasil é signatário, que ressalta a ineficiência da atenção psiquiátrica centrada em hospitais já que a mesma não alcança seus objetivos por não ser compatível com os modelos comunitários de acesso a saúde, pois nesta lógica, o indivíduo afasta-se da família e da comunidade em que está inserido quando é internado e, com isso, desloca-se do foco de ação da AB: a comunidade (OPAS, 1990).

Nota-se que as políticas públicas apontam e investem na relevância de serviços comunitários na Atenção em Saúde Mental, visto o crescente investimento para implantação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a redução dos leitos em

⁶ Documento elaborado em Caracas em 14 / 11/ 1990 na Conferência Mundial de Saúde que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas (OPAS, 1990).

hospitais psiquiátricos (SOUZA et al., 2007). Esses indicativos fazem ser imprescindível a construção de uma rede de saúde mental adequada.

A preocupação de se constituir uma rede de saúde mental emergiu, sobretudo, com implantação de serviços substitutivos que, pressupõe-se, articulem com todos os serviços de saúde para acompanhar as necessidades dos usuários com demanda em saúde mental (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

A constituição de uma rede prescinde que os mais diversos pontos que representem essa rede (Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais com leitos psiquiátricos, Serviços de Emergências) sejam articulados. Uma rede de saúde mental articulada pressupõe-se ainda que os profissionais tenham não apenas conhecimento técnico específico, mas que sejam capazes de desenvolver habilidades de parcerias que viabilizem de fato a uma construção de rede.

Apesar do avanço na construção de um sistema de saúde interligado e com capacidade de responsividade para as demandas individuais mais diversas, a articulação dos serviços de saúde mental ainda necessita de mais discussão teórica, análise crítica e implantação exitosas (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Gama e Campos (2009) ressaltam que os princípios que norteiam a articulação destes serviços são intersetorialidade, atendimento multiprofissional e interdisciplinar, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, território e compromisso na construção de autonomia do usuário. Tais princípios nos parece serem adequados de se aplicar aos serviços que atendam casos de emergências.

Devido atual situação de atendimento em saúde mental, onde os pacientes que necessitam de internação psiquiátrica passam quase que sempre, por serviços de

pronto atendimento, estudos que se propõe a conhecer como é o cotidiano de atendimento destes nas unidades podem fazer emergir questões de reflexão quanto à prática de cuidado destes pacientes nesta modalidade de atendimento.

Para Delfini et al. (2009) as parcerias entre os serviços de saúde são indispensáveis para o adequado cuidado em saúde mental além de operacionalizar ainda mais a reabilitação psicossocial. Como Lucchese et al. (2009) concordamos que a estrutura dos serviços substitutivos não comporta um atendimento que visa restabelecer de forma psicossocial seus usuários, sendo necessário os diversos níveis de saúde na formação dessa rede que, quando bem tramada, tem capacidade de responder com co-responsabilização com a comunidade, a demanda de saúde mental.

Na cidade de Ribeirão Preto desde 1990, funciona uma central de vagas de psiquiatria, e desde 1992, responsáveis pela saúde do município não mais autorizam as ditas “internações de porta” que são as que o paciente não passa por nenhum outro serviço, mas, chega e é internado diretamente pelo hospital psiquiátrico (DEL-BEN et al., 1999). Esse fato ressalta, na cidade, a importância dos serviços de pronto atendimento na rede de atendimento aos usuários com demanda em saúde mental, pois, os mesmo quase sempre têm de ser primeiro atendidos por esses serviços quando necessitam de internação psiquiátrica.

Com o atual estudo esperamos contribuir com a reflexão no que se refere à formação de rede de suporte em saúde mental na cidade de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo. Entendemos ainda que este estudo permitirá realizar análise de um dos pontos críticos da rede de serviços de saúde mental da cidade de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo.

1.3 As Emergências Psiquiátricas como atendimento a pessoas com transtornos mentais

Para responder as necessidades de saúde da população de determinado grupo há de se ter um modelo de serviços responsivo a estas necessidades, o que operacionaliza a visão da saúde como um direito e não a criação de serviços que tem como finalidade o lucro.

A construção de modelo de atenção à saúde requer articulação entre a concepção saúde-doença e o conjunto de práticas (CAMPOS; SOARES, 2003). Com o avanço no atendimento as pessoas com transtornos mentais a concepção de saúde e doença mental foi e vem sendo modificado e, nesta nova concepção, os serviços emergenciais ganham destaque.

Um estudo realizado na cidade de São Paulo durante trinta meses (julho de 2002 a dezembro de 2004) constatou que na cidade, cerca de 70% dos pacientes em primeiro episódio psicótico tiveram seu primeiro contato com serviços de pronto atendimento, o que pode confirmar a necessidade deste serviço ser um importante ponto da rede de atendimento em saúde mental (MENEZES et al., 2007).

Pontua-se que a assistência de saúde é uma necessidade de cerca de 10% da população, sendo que esta necessidade pode ser tanto eventual quanto contínua. Cerca de 12% das incapacitações são em decorrência de transtornos mentais e há ainda especulações de aumento, o que representa não só mais um problema de saúde mas, uma preocupação econômica, haja visto que as pessoas deixam de ser economicamente ativas e passam a ter uma dependência do Estado para se manterem e manterem suas famílias (CREMESP, 2010).

Pensar nestes números é também pensar em como estes pacientes são cuidados no momento de crise pelos serviços de emergência, já que o aumento na demanda dos serviços substitutivos demandou também aumento no número de emergências psiquiátricas (BRASIL, 2010).

Os profissionais em seu exercício em urgência e emergência não consideram o ser humano na sua totalidade, prestando e dedicando-se ao cuidado focado em patologias e sinais e sintomas clínicos, prejudicando a interação, o que nos remete a possíveis dificuldades que advém justamente destas posturas. Isso talvez se torne mais marcante pela característica de atendimento do serviço que demanda um atendimento rápido e a solução, se possível, imediata o que não combina muito com atenção a pessoas portadoras de transtornos mentais que demandam estabelecimento de vínculos terapêuticos que, por vezes, não se fazem de forma tão rápida (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2008).

Apesar dos serviços de emergências serem já sabidamente uma importante ferramenta na assistência psiquiátrica, não é um tema em destaque em publicações referentes ao atendimento a usuários com demanda em saúde mental, mesmo sendo a porta de entrada cada vez mais frequente dos serviços assistenciais (BRASIL, 2010).

Um dos papéis fundamentais das emergências psiquiátricas é a integração com a assistência médica geral, formando uma rede na qual o atendimento possa ser integrado, apesar de sabermos de dificuldades encontradas para que de fato ocorra desta maneira, pois, mesmo em locais onde as emergências psiquiátricas são em hospitais gerais, há uma fragmentação muito presente entre o que é corpo/biológico e o que é mente/psicológico, o que reflete no tipo de atendimento realizado.

Diante do exposto, este estudo tem como **objetivo** descrever e analisar o cotidiano de atendimento dos usuários com demanda em saúde mental em um serviço de pronto atendimento do interior do Estado de São Paulo.

2. Metodologia

2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa de caráter descritivo exploratório, onde utilizou-se do método de estudo de caso. A pesquisa qualitativa busca a compreensão dos fenômenos mediante obtenção de dados descritivos com contato direto e interagindo com pesquisador através da coleta dos dados, sendo a compreensão feita a partir da perspectiva dos participantes e foco do estudo a vivência dos sujeitos da pesquisa (LAKATOS; MARCONI, 1985; QUEIROZ et al., 2007).

Creswell (2007) pontua que a pesquisa qualitativa é altamente interpretativa onde o investigador se envolve com os participantes de forma, na maioria das vezes, intensa. Nesse tipo de pesquisa, o vínculo entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito é indissociável e não pode ser quantificado (SILVA; MENEZES, 2001). Minayo (1994) enfatiza que nesta modalidade de pesquisa as respostas são referentes a questões particulares e não há preocupação com quantificação dos resultados.

O atual estudo foi desenvolvido também, aos moldes de um estudo de caso sendo essa, segundo Triviños (1992), uma categoria de pesquisa onde o objeto é uma unidade que deve ser analisada profundamente. Para Stake (2009) o estudo de caso deve capturar a complexidade de um único caso, sendo este de interesse especial. Ainda para o mesmo autor, os estudos de caso não devem preocupar-se primariamente em entender outros casos, pois não tem base sólida para generalizações, mas, compreender o caso específico em questão.

O método de estudo de caso melhor se aplica por se adequar a estudar processos, atividades ou eventos. No caso desta pesquisa, o processo de interesse é o cotidiano de atendimento aos usuários com demanda em saúde mental em um pronto atendimento de uma Unidade Básica Distrital de Saúde, localizada no município de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo.

No estudo de caso há algumas vantagens que, pode-se dizer, combinam bem com as pesquisas qualitativas, destacando-se destas a flexibilidade, pois questões iniciais do estudo podem, por ventura, apresentar uma orientação diferente à medida que o estudo avança sem, contudo, fazer com que o pesquisador perca de vista, no momento da coleta de dados, o que de fato procura. Há de se destacar ainda que a característica básica deste tipo de estudo é permitir ao pesquisador aprofundar-se num caso específico, analisado sob aspecto quantitativo ou qualitativo, contextualizando-o com o tempo e o lugar, requerendo do pesquisador boa capacidade interpretativa sobre as questões que o mesmo se propõe a estudar, dando à devida ênfase as informações relevantes, sendo ainda imparciais e atentas a provas contrárias as suas hipóteses (YIN, 2003).

Para obtenção dos dados, optou-se por utilizar a observação participante e a entrevista semiestruturada.

2.2 Local do estudo

Quando se trata de pesquisa qualitativa o local de estudo pode ser propositalmente selecionado para que se alcancem os objetivos propostos (CRESSWELL, 2007).

Para começar a se falar do local onde se irá observar o cotidiano de atendimento aos usuários de saúde mental faz-se necessário explicar como se dá o funcionamento do serviço de saúde de Ribeirão Preto. No município o acesso aos serviços ocorre de forma hierarquizada, sendo a porta de entrada no sistema de saúde a Atenção Básica ou os pontos de pronto atendimento, o que torna possível de se controlar acesso nos setores secundários e terciários que é feito por meio do Complexo Regulador do sistema de atenção a saúde, implantado no município desde julho de 2005 e que permite organizar o fluxo de necessidades dos pacientes (RIBEIRÃO PRETO, 2010 a).

A organização da rede de serviços de saúde se dá por distritais de saúde. Assim, a cidade está dividida em cinco regiões ou distritais, são elas: Região Norte (onde se encontra a Unidade Distrital de Saúde do Simioni), Sul (Unidade Distrital de Saúde da Vila Virgínia), Leste (Unidade Distrital de Saúde do Castelo Branco), Oeste (Unidade Distrital do Sumarezinho) e Região Central (Unidade Distrital de Saúde Central). A divisão do município nessas cinco distritais é uma tentativa de melhorar o acesso aos serviços de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2010 a).

Esses distritos foram delimitados por áreas e populações levando-se em consideração aspectos geográficos, econômicos e sociais. Cada área distrital de saúde possui equipamentos sociais e unidades de saúde nesse território, incluindo em cada um delas uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), como anteriormente mencionado, que presta atendimento de urgência e emergência e é responsável por regular os pacientes que necessitam para o nível hospitalar de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2012). Esse funcionamento visa atender ao princípio do SUS de regionalização, por ofertar atendimento dentro da territorialidade e, de forma mais

acessível, obedecendo outro princípio que corresponde a atender as necessidades de saúde de forma descentralizada (BRASIL, 1990, 2000).

O local onde se desenrolará o cotidiano em estudo é um Centro de Saúde Escola que está vinculado a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo esse centro uma Unidade Distrital de Saúde e, como tal, é responsável por atender uma população estimada, segundo dados da Prefeitura da cidade, em 141.998 mil habitantes da distrital oeste de saúde. Essa unidade, assim como as demais distritais, visa atender demandas de saúde de diversas especialidades em seus ambulatorios e, em caso de urgência e emergência, prestarem os primeiros atendimentos e, se necessário, encaminhar para nível secundário ou terciário de saúde.

O local onde se atende à urgência é composto por oito leitos fixos, sendo que em dias de maior número de atendimentos há “leitos móveis”, que são macas que se dispõe no corredor. O setor de pronto atendimento atende pacientes em horário ininterrupto existindo, para os profissionais de enfermagem, quatro escala de plantões em 24 horas. A equipe é composta, por plantão, por dois médicos, um enfermeiro/a e três técnicos/auxiliares de enfermagem e o serviço funciona como um dos níveis hierárquico do serviço de saúde do município.

Esse modelo hierárquico expresso em níveis de atenção e utilizado no município, onde a organização da atenção primária é vista como a menos complexa, já se mostra ultrapassado. Em concepções de estruturação de serviço mais avançadas a “falta” de hierarquia, que se mostra mais presente numa rede horizontal de serviços, demonstra uma corresponsabilização, com a criação de “nós” igualmente importante para, por fim, se ter um cuidado mais próximo do holístico (BRASIL, 2007 a).

Tratando-se especificamente da rede de Saúde Mental de Ribeirão Preto esta é composta por três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS II, um CAPS III e um CAPS ad (destinado a atender pacientes usuários de álcool e outras drogas). A rede possui ainda três ambulatórios de Saúde Mental, um no Distrito Central, outro no Distrito Oeste e outro conhecido como Ambulatório Regional de Saúde Mental localizado na área central da cidade (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

De acordo com o Relatório Municipal de Indicadores do Pacto pela Saúde de 2010, a taxa de cobertura por 100 mil habitantes de CAPS do município é de 0,48, sendo a meta do Ministério da Saúde 0,70. Essa taxa tende a aumentar visto que no município, está em processo de implantação de um CAPSi, serviço que visa atender a demanda infantil com algum tipo de sofrimento psíquico (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

Podemos dizer ainda que fazem parte da rede os serviços de saúde mental, as emergências municipais, o Hospital Psiquiátrico Estadual Santa Tereza e o Hospital das Clínicas, vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que possui tanto emergência psiquiátrica, internação e, ainda, um setor de internação breve conhecida como IPB.

Quanto às emergências municipais, especificamente no serviço de pronto atendimento em estudo, pacientes com demanda psiquiátrica são primeiro avaliados por um clínico geral plantonista e após, se necessário, é solicitado por este uma avaliação com psiquiatra do serviço que trabalha em um único turno, normalmente no período da manhã, para atender essa demanda. Caso seja identificada realmente uma necessidade de intervenção em saúde mental, o usuário é encaminhado para outros serviços de psiquiatria (CAPS ou internação hospitalar) disponível no município. Enquanto a vaga para um serviço de regulação não está disponível, o paciente permanece sob cuidados

do psiquiatra e não do clínico geral da emergência. Cabe ressaltar que só existe psiquiatra neste pronto atendimento municipal, nos demais a avaliação psiquiátrica deve ser realizada em serviços especializados.

2.3 Aspectos Éticos

A Pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa CSE "Joel Domingos Machado" – Sumarezinho, e foi aprovada conforme protocolo 445/CEP-CSE-FMRP-USP, obedecendo aos aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, esta é sempre intrusiva, pois há imersão no local onde se pretende estudar, o que de alguma forma inseri-se no cotidiano de um grupo ou a vida de uma ou mais pessoas, fazendo-se necessário que o pesquisador, antes de tudo, respeite os direitos, valores e desejos de seus informantes, sobretudo o que diz respeito a informações confidenciais (CRESWELL, 2007).

Assim, obedecendo a Resolução 196/96, os sujeitos desta pesquisa foram convidados a participar concedendo uma entrevista e, ao aceitarem participar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informando-lhes sobre os aspectos da pesquisa e autorizando o uso do conteúdo de sua entrevista para divulgação com fins científicos.

Os usuários e/ou familiares atendidos nos serviços durante observação participante também assinaram o TCLE em duas vias autorizando as observações quanto ao seu atendimento no período em que lá permaneceram. Os mesmos foram esclarecidos quanto aos objetivos da observação e a não obrigatoriedade de participação

desta, caso se sentissem lesados ou invadidos. Não houve casos de recusa de usuários ou familiares em deixarem ser observados.

2.4 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram 17 profissionais da saúde que integram a equipe do pronto atendimento local do estudo. Todos foram convidados a participar durante o período em que a pesquisadora realizava observação participante no serviço. As entrevistas foram agendadas em horário e local, conforme disponibilidade dos profissionais e realizadas em sala reservada no próprio serviço.

2.5 Coleta de dados

Para análise utilizaram-se dados observacionais, registrados em diário de campo e, dados provenientes de entrevistas semiestruturadas. Os instrumentos para coleta de dados foram entrevistas semiestruturadas áudio-gravadas e posteriormente transcritas e o diário de campo que acompanhou a pesquisadora durante as 90 horas de observação.

2.6 Entrevistas Semi estruturadas

A entrevista, que é um processo comumente utilizado na investigação social para obtenção dos dados, é uma conversação efetuada face a face onde o

entrevistado presta informações necessárias a pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2008).

Foi elaborado previamente para as entrevistas um roteiro do tipo semi-estruturado com questões abertas e fechadas. As questões fechadas objetivavam traçar o perfil profissional e continha dados como idade, ano de formação, tempo que trabalha no serviço e na equipe de pronto atendimento, capacitações das quais participou e se trabalha em outro serviço. As questões abertas destinavam-se a atender os objetivos propostos na pesquisa então, foi questionado aos sujeitos como esses vivenciavam o cotidiano de pronto atendimento de pacientes com demanda em saúde mental, quais aspectos visualizavam que deveriam melhorar para esse tipo de atendimento, sobre possível reflexão do cotidiano de atendimento em saúde mental do serviço e, por último uma questão que foi incluída durante a coleta, quais as percepções de mudança ocorreram após a inserção do psiquiatra na equipe de pronto atendimento.

O tempo médio de entrevista foi de 30 minutos. Durante entrevista, foi questionado aos sujeitos sobre preferência do nome fictícios. Aqueles sujeitos que não indicaram suas preferências receberam nome escolhido pela pesquisadora.

Com as entrevistas transcritas na íntegra, as mesmas foram lidas e delas retiradas palavras sem significados, utilizadas comumente na linguagem verbal informal e que não traziam significância de conteúdo para as falas.

Após realização de 17 entrevistas cessou-se a procura dos sujeitos, pois, lendo e relendo as entrevistas já obtidas constatou-se a saturação teórica dos dados que, segundo Fontanella et al. (2011) ocorre quando já existe um adensamento teórico e a coleta de novos dados apontaria poucos novos elementos para análise.

2.7 Observação participante

As observações foram feitas do período de maio a agosto de 2011, totalizando cerca de 90 horas de observação. Durante período de observação a pesquisadora utilizou-se de diário de campo para registro de informações pertinentes ao objeto de estudo da pesquisa.

Durante observação realizou-se a inserção da pesquisadora no campo investigação, a fim de que se pudesse interagir com os sujeitos da pesquisa, partilhando seu cotidiano para que, assim, fosse possível aproximar-se dos sujeitos e compreender melhor o objeto de estudo.

Cabe salientar que existem duas modalidades de observação: a não participante, onde o observador-pesquisador atua como espectador atento e não é parte do objeto de estudo e a observação participante, quando observador- pesquisador se coloca na posição e no nível dos elementos que compõe fenômeno estudado possibilitando esta última condição para maior condição para compreensão de hábitos, interesses, atitudes e relações pessoais (RICHARDSON, 2007). Neste sentido, no atual estudo optou-se por utilizar a observação participante.

Destaca-se também que, como o observador participante torna-se membro do grupo, a chance de suas observações serem mais fidedignas é maior já que as atividades do grupo serão naturalmente desempenhadas, visto que a inibição pode estar diminuída por se supor um nível mais elevado de integração grupal e, corre-se menor risco de os membros sentirem-se estranhos entre eles (RICHARDSON, 2007).

Enfatiza-se que a observação participante é uma modalidade especial, onde o pesquisador é sujeito ativo (YIN, 2003). Nesse tipo de observação pode permitir

participação de eventos ou de grupos que poderiam ser de outro modo inacessível para uma investigação científica, dificultando a coleta de certas evidências. Ressalta-se ainda a capacidade de perceber-se a partir do lado de “dentro” do estudo de caso.

Stake (2009) destaca que no trabalho de campo ou período de observações, deve-se manter aberto a novas impressões, contudo, o planejamento e a disciplina são imprescindíveis para realizar uma boa pesquisa.

As observações participantes neste estudo foram realizadas em períodos alternados, ou seja, manhã, à tarde ou à noite e foram realizadas nos meses de maio a agosto de 2011, totalizando 90 horas de observação, sendo estas realizadas exclusivamente pela pesquisadora e registradas em diário de campo.

Durante o tempo em que a pesquisadora assumiu o papel de observadora participante, a mesma não realizou atendimento ou intervenções junto às quaisquer pacientes, porém, houve casos em que, devido à situação de urgência ou emergência, a mesma ajudou no atendimento realizado pela equipe de saúde do serviço. Em nenhum desses casos o atendimento foi uma demanda de saúde mental.

Para observação participante, inicialmente, elaborou-se um protocolo observacional, visto que nesta etapa fazem-se múltiplas observações (CRESSWELL, 2007). Neste roteiro havia questões sobre como ocorria o atendimento a pessoas com demanda em saúde mental. Os pontos a serem observados versavam sobre o acolhimento e tempo dedicado a essa demanda; a comunicação entre a equipe e a rede de serviços; a existência de encaminhamentos e a forma como eles ocorrem (meio impresso, telefone, a existência de fluxograma para estes); a equipe demonstra noção da existência da rede de saúde mental, conhece os dispositivos; e, por último, há orientação para usuário e familiar? Quem realiza as orientações?

Na prática, esse protocolo mostrou-se pouco útil por que basicamente poucas eram as interações profissionais-usuários com demanda em saúde mental. O acolhimento era realizado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem na entrada do usuário no serviço, durante a triagem. Os encaminhamentos e orientações ficavam sob responsabilidade unicamente do psiquiatra do serviço, assim, as observações foram feitas de forma livre, mantendo-se o foco para atendimento aos pacientes com demanda em saúde mental, no intuito de manter-se centrado no fenômeno a ser estudado.

O recurso metodológico de observação participante foi imprescindível em todo processo da pesquisa, pois, possibilitou imersão da pesquisadora no cenário de estudo aproximando-se de forma mais efetiva aos sujeitos e permitiu conhecer aspectos do cotidiano que não seriam revelados somente pelas entrevistas semiestruturadas.

A fim de não intimidar os sujeitos, as análises das observações eram transcritas ao fim de cada período de observação, e não sob os olhos dos sujeitos.

2.8 Coleta de dados referente ao perfil de usuários regulados para outros serviços de saúde mental.

Após realização das observações, em um primeiro momento realizou-se um levantamento junto ao caderno de controle de pacientes regulados disponível no posto de enfermagem verificando-se que, no período de abril a agosto de 2011 foram regulados um total de 1893 pacientes, destes 54 foram regulados para outros serviços de saúde mental e psiquiatria. Vale ressaltar que do total de 54 pacientes não se trata do número absoluto de pacientes psiquiátricos atendidos, trata-se apenas de pacientes que necessitaram ser encaminhados para serviços mais complexos. Destaca-se que pelo fato

de termos como fonte primária o caderno disponível no posto de enfermagem, pode ocorrer de alguns pacientes terem sido regulados, mas de não estarem registrados no caderno.

Após obter a listagem dos pacientes que foram encaminhados para serviços de saúde mental, retirou-se dados como nome, número Hygia⁷ e data de regulação. Esse procedimento foi realizado levando-se em conta o período de 1º de abril a 31 de agosto. Passado essa etapa, foi feita uma busca no arquivo médico do serviço para encontrar as fichas de atendimento. Dos 54 pacientes regulados para serviços de saúde mental, apenas 25 fichas foram encontradas.

O número reduzido de fichas de atendimento encontradas (25 fichas) deve-se ao fato das dificuldades encontradas no serviço, onde o arquivamento das fichas nos pareceu ocorrer em locais inadequados e, às vezes ficarem perdidas, segundo relatos dos profissionais, ou mesmo serem levadas junto aos pacientes quando esses são regulados para outros serviços.

Após identificação de que haviam fichas perdidas foi feita uma listagem com nomes e número Hygia dessas e repassadas para setor do serviço responsável pelo arquivamento a fim de se localizá-las. Contudo, ainda assim, não foi possível encontrá-las e obtivemos como justificativa que as mesmas podem ter se perdido durante fluxo de arquivamento.

⁷ Hygia é o nome dado ao sistema informatizado de saúde do município de Ribeirão Preto, neste há cadastramento dos usuários da rede municipal de saúde e o município faz regulação do sistema de vagas para diversas clínicas de atendimento médico. Esse sistema pode ser acessado por funcionários cadastrados e, por tanto, possuem senha de acesso.

Cabe salientar, que a privacidade do paciente continuou sendo preservada, haja vista que seu nome não apareceu em nenhum momento e, essa etapa, visou apenas complementar dados da observação do atendimento.

2.9 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada tanto dos obtidos por meio da observação, quanto entrevistas semi-estruturadas, a fim de desvendar o cotidiano do serviço e suas implicações.

A análise das entrevistas foi realizada no decorrer destas utilizando o método de análise do conteúdo. Segundo Marconi e Lakatos (2008), a análise é a etapa núcleo central da pesquisa, pois busca evidenciar relações entre fenômeno que se pesquisa e outros fatores. A análise dos dados é a etapa em que o pesquisador extrai sentido de seus dados (observação participante, diário de campo e entrevistas em profundidade no caso) para tanto requerendo um aprofundamento nestes e uma interpretação de seus significados mais amplos (CRESSWELL, 2007). Na análise de dados desta pesquisa optou-se por fazer análise de conteúdo das entrevistas.

Para Bardin a análise é um conjunto de técnicas que permite observar as comunicações a fim de obter, através de processos, a descrição dos conteúdos das mensagens que permitem apontar conhecimentos acerca da recepção/produção das mensagens (BARDIN, 2008).

O método de análise do conteúdo surgiu como ferramenta na construção dos significados que os atores da pesquisa querem expressar por meio de seu discurso,

este consiste ainda numa forma de operacionalizar e facilitar o trabalho, não como uma estrutura rígida, mas, como direcionador da pesquisa (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005). A análise do conteúdo busca compreender o pensamento do entrevistado através do conteúdo que este expressa, numa concepção transparente de linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Berelson (1952, p. 18 apud SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005, p. 73) evidencia melhor o que se trata de uma análise quanto ao conteúdo: “É uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”.

Análise de conteúdo se dá por meio de três etapas, sendo elas a pré-análise, onde se faz uma organização dos dados por meio de leituras flutuantes, de elaboração dos indicadores que irão fundamentar a interpretação, como o nome sugere é uma preparação para análise; outra etapa é a exploração do material, sendo esta etapa a mais longa, quando os dados são agrupados em unidades de registros; a última é tratamento dos resultados e posterior interpretação sendo nesta realizado a categorização, ou seja, a classificação segundo semelhanças reagrupando-os devido suas características comuns (GIL, 1999).

Optou-se, dentro da metodologia de Análise de Conteúdo, pelo método de análise por categorias temáticas, que funciona por operações de desmembramentos do texto em unidades, segundo reagrupamento definido pelo codificador (pesquisador). As categorias temáticas emergirem do texto, a partir da identificação de termos comuns. Assim, as categorias temáticas, são formadas pelas significações

que se colocam em uma classe de equivalência definidas pelo codificador em função de seu julgamento (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Após o processo de pré-análise e exploração do material deu-se então o início a determinação das unidades de registro, para cada em unidade foi utilizada uma análise. As unidades podem ser frases, temas, parágrafos, palavras, objeto ou referente que diz sobre temas eixos sobre o que o locutor emite (OLIVEIRA, 2008).

3. Resultados e Discussões

Inicialmente, apresentaremos a caracterização dos sujeitos participantes deste estudo e dos usuários do serviço de pronto atendimento com demanda em saúde mental que foram regulados para serviços de saúde mental durante o período da coleta de dados na atual pesquisa. Em seguida, apresentaremos as categorias temáticas e suas respectivas análises.

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Com a finalidade de caracterizar os participantes do atual estudo, apresenta-se a seguir a Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos participantes do estudo

Nome fictício	Sexo	Idade	Profissão	Pós graduação	Tempo de trabalho no serviço	Curso na área de Saúde Mental	Outro vínculo empregatício
Mara	F	28	Auxiliar de enfermagem	Não	3 anos	Sim	Não
Heloísa	F	30	Auxiliar de enfermagem	Não	8 anos	Sim	Não
Regina	F	45	Enfermeira	Sim	14 anos	Sim	Não
Eduardo	M	30	Auxiliar de enfermagem	Não	3 anos e 2 meses	Sim	Não
José	M	45	Auxiliar de enfermagem	Não	4 anos	Não	Sim
Augusto	M	31	Auxiliar de enfermagem	Não	1 ano	Sim	Não
Maria	F	44	Técnica de enfermagem	Não	2 anos	Sim	Sim
Flora	F	43	Enfermeira	Sim	2 anos	Não	Sim

Joana	F	36	Auxiliar de enfermagem	Não	15 anos	Não	Não
César	M	26	Médico	Sim	1 mês	Não	Não
Ana	F	33	Enfermeira	Sim	2 anos	Não	Não
Pedro	M	26	Auxiliar de enfermagem	Não	3 anos	Não	Sim
Alice	F	40	Auxiliar de enfermagem	Não	1 ano e 7 meses	Não	Sim
Vera	F	48	Enfermeira	Sim	18 anos	Sim	Sim
Clarisse	F	54	Enfermeira	Sim	6 anos	Não	Não
Ricardo	M	30	Médico	Sim	4 meses	Não	Sim
Elias	M	40	Auxiliar de Enfermagem	Não	3 anos	Não	Sim

Fonte: Coleta de Dados: Perfil dos participantes do estudo, Ribeirão Preto-SP, 2011.

Como podemos visualizar na Tabela 1, dos 17 sujeitos entrevistados cinco são enfermeiras, oito auxiliares de enfermagem, dois técnicos de enfermagem, e dois médicos. Quanto ao sexo, sete são homens e dez mulheres. A faixa etária dos profissionais variou de 26 a 54 anos. Oito sujeitos relataram ter outro emprego, sendo um deles fora da área de saúde e um docente do ensino superior. Os sujeitos concluíram cursos de graduação e técnico entre os anos de 1979 e 2002.

Sobre a participação em cursos para formação na área de saúde mental sete sujeitos relataram ter participado, referindo-se a uma palestra com parte prática realizada no ano passado sobre contenção física, oferecida pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Fato que pode sugerir pouco investimento na formação específica em saúde.

Conforme Otanari et al. (2011) é fundamental o preparo dos profissionais que compõem a rede de serviços para que se possa consolidá-la a partir de preceitos da

Reforma Psiquiátrica, ou seja, envolver a comunidade e familiares no cuidado dos usuários com demanda em saúde mental.

Cabe salientar, que dois sujeitos relataram possuir cursos de pós-graduação na área de saúde mental, sendo um deles médico e outra enfermeira.

O tempo de trabalho no serviço variou de um mês a 18 anos, podendo observar que a equipe fixa (exceto os residentes que revezam com mais frequência) apresenta certa permanência.

Destaca-se que, por ser o local de estudo um centro de saúde escola, o serviço conta com a presença de alunos de cursos oferecidos pela Universidade de São Paulo de diversas áreas da saúde. Isto nos parece importante para o fomento de práticas e saberes atualizados.

Quanto ao número de empregos, nove sujeitos relataram possuir um emprego, oito relataram ter mais de um, sendo um deles, trabalhador de um Hospital Psiquiátrico localizado na cidade. Os sujeitos participantes deste estudo que referiram ter dupla jornada de trabalho eram em sua maioria profissionais de enfermagem (auxiliar ou técnico de enfermagem e enfermeira) e um médico.

O estudo realizado por Pafaro e Martino (2004) constatou que enfermeiros com dupla jornada de trabalho apresentavam maior estresse e mais sintomas psicológicos do estresse que os que possuíam apenas um trabalho. Na pesquisa de Silva et al. (2006) realizada com equipe de enfermagem que possuía dupla jornada de trabalho, constatou-se deficiências no cuidado prestado, sendo apontado no mesmo estudo, como consequência, a jornada de trabalho longa e pesada.

Corroborando com os estudos citados anteriormente, compreendemos que a dupla jornada e, a possível sobrecarga advinda desta pode implicar como um fator negativo, também, no atendimento da demanda de saúde mental.

4.2 Caracterização dos sujeitos regulados para serviços de saúde mental

Tabela 2 – Caracterização de usuários regulados para serviços de Saúde Mental

Sexo	Idade	Bairro procedente	Quem trouxe ao serviço	Motivo da ida ao serviço	Hipótese diagnóstica	Conduta terapêutica
F	26	Jardim Jandaia	Não consta	Agitação	Esquizofrenia	Medicação e internação
M	41	Jardim Paiva	Não consta	Nervosismo, insônia	Episódios Depressivos	Encaminhado ao CAPS
F	28	Sumarezinho	Não consta	Depressão e ideação suicida	Episódios Depressivos Transtorno da personalidade	Avaliação clínica psiq e alta
M	19	Planalto Verde	Não consta	Surto psicótico	1º Surto psicótico	Medicação e internação
F	42	Jd. Procópio	Não consta	Anedonia, alucinações, sintomas depressivos	Esquizofrenia	Não consta
F	38	Ipiranga	Familiar	Tentativa de suicídio	Tentativa suicídio	Cuidados clínicos e internação psiquiátrica
F	54	Jd. Juliana	Não consta	Dor anginosa, paciente CAPS	Não consta	Avaliação, seguimento no CAPS
F	39	Ipiranga	Familiar	Tremores, "visões diferentes"	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	Cuidados clínicos e internação psiquiátrica
M	50	Ipiranga	Familiar	Crise nervosa, hetero-agressividade	Não consta	Seguimento para CAPS
F	43	Ipiranga	Ambulância	Agitação, agressividade	Transtorno Afetivo Bipolar	Avaliação
M	56	Jd. Jandaia	Familiar	Alucinações	Transtorno depressivo recorrente	Avaliação CAPS
M	36	Sumarezinho	Não consta	Usuário de cocaína	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	Encaminhado para CAPS
M	22	Jd. José Sampaio	Ambulância	Crise convulsiva	Não consta	Não consta
F	28	Jd. Jovino Campos	Familiar	Ideação suicida, depressão	Episódios Depressivos	Avaliação CAPS
M	24	Vila Recreio	Familiar	Depressão, ideação suicida e usuário de drogas	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas Episódios Depressivos	Avaliação CAPS
F	75	Jd. Jovino	Não consta	Tristeza, choro	Episódios	Avaliação CAPS

		Campos		fácil, medo	Depressivos	
F	63	Cidade Universitária	Familiar	Agressividade, insônia	Esquizofrenia	Avaliação CAPS
F	29	Sumarezinho	Não consta	Não consta	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	Não consta
M	20	Vila Albertina	Familiar	Ansiedade, insônia	Não consta	Avaliação CAPS
M	22	Jd. Orestes Lopes	Não consta	Alucinações, agressividade	Esquizofrenia	Medicação e avaliação psiquiátrica
F	50	Monte Alegre	Não consta	Sintomas depressivos	Episódios Depressivos	Medicação e avaliação psiquiátrica; CAPS
F	31	Vila Recreio	Familiar	Ideação suicida	Não consta	Avaliação psiq. e internação
F	26	Jardim Jandaia	Não consta	Agitação, psicose	Esquizofrenia	Medicação e internação
M	41	Jardim Paiva	Não consta	Nervosismo, insônia	Episódios Depressivos	Encaminhado ao CAPS
F	28	Sumarezinho	Não consta	Depressão e ideação suicida	Episódios Depressivos Transtorno da personalidade	Avaliação clínica psiq. e alta

Fonte: Coleta de Dados: Perfil dos usuários com demanda em saúde mental atendidos no CSE-FMRP-USP, Ribeirão Preto-SP, 2011.

A partir do levantamento do perfil dos usuários regulados para a rede de saúde mental, constatou-se que, dos 25 usuários, 15 eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Ser a maioria usuários do sexo feminino difere dos achados da pesquisa realizada por Santos et al. (2000) que constataram, em um estudo prospectivo realizado em uma unidade de emergências psiquiátricas na cidade de Ribeirão Preto-SP, que a maioria dos usuários nesse serviço era do sexo masculino.

No atual estudo o fato de a maioria de usuários ser do sexo feminino, pode estar relacionada às hipóteses diagnósticas que no período da coleta de dados eram em grande parte referentes a sintomas de ansiedade e transtornos afetivos.

Neste sentido, há estudos que apontam diferenças entre os sexos quanto à incidência e prevalência de transtornos mentais. As mulheres sabidamente apresentam maior prevalência de transtornos ansiosos e de humor que homens (ANDRADE;

VIANA; SILVEIRA, 2006). Em uma pesquisa avaliando a população domiciliar com idade a partir de 18 anos verificou-se também maior frequência de transtornos afetivos e ansiosos em mulheres (ANDRADE et al., 2002).

Quanto à faixa etária, os usuários encaminhados para outros serviços estavam na idade de 20 aos 75 anos.

Ao analisar as fichas dos usuários no que diz respeito a quem os acompanha nos serviços de pronto atendimento, constatou-se, em nove delas, que no momento da admissão, o usuário estava na companhia de algum familiar, em outras duas fichas constava que chegou de ambulância, sem acompanhante. Entendemos que tais dados foram desvalorizados durante preenchimento das fichas de atendimento, pois, em 14 das 25 fichas não foi informado o acompanhante.

Quanto à procedência dos usuários, observamos que os mesmos obedeciam à lógica de regionalização dos serviços implantada na cidade, pois, quase todos, pertenciam à distrital de saúde do local de estudo.

O acesso ao serviço pela população, segundo Mângia e Yasutaki (2008) é determinado, preferencialmente, pelo o que se dispõe no próprio território. Assim, podemos observar que se sobressai em número, os usuários de bairros localizados nas proximidades do serviço.

Quanto aos motivos relacionados à procura do serviço destaca-se, dentre os 25 pacientes, sintomas de depressão, psicose e quadros de agitação. Um dos dados mais documentados em pesquisas epidemiológicas da área de saúde mental, conforme já citado anteriormente, é a prevalência dos transtornos depressivos em mulheres (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Quando analisamos as condutas terapêuticas realizadas no serviço, essas se limitaram a avaliação psiquiátrica seguida de medicação e solicitação de internação, no entanto, destacamos que em 11 fichas de atendimentos constavam solicitação de encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial, o que consideramos positivo, pois pode demonstrar uma maior preocupação dos profissionais na busca em utilizar os serviços abertos da rede de cuidados de saúde mental.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, os serviços de saúde que recebem as demandas de saúde mental devem funcionar necessariamente integrados com a rede, recomendando-se que à atenção em saúde seja prestada preferencialmente pelos serviços substitutivos visto que estes têm um caráter comunitário (BRASIL, 2011). Nesse sentido, é preditivo que o pronto atendimento seja integrado a rede de CAPS, aos ambulatorios e ao serviço de internação hospitalar, quando se fizer necessário.

4.3 Construção e Análise das categorias

Obedecendo a metodologia já descrita no estudo e buscando atender aos objetivos do mesmo quanto à descrição e análise do cotidiano de atendimento dos usuários com demanda em saúde mental em serviço de pronto atendimento, destacam-se as categorias que emergiram das falas dos sujeitos investigados: **No pronto atendimento, o atendimento ao paciente psiquiátrico é rotina...; [...] O atendimento depende muito do médico que está atendendo...; A grande maioria é dependente químico. E aí? A gente não tem um preparo para lidar com paciente psiquiátrico...**

3.4 NO PRONTO ATENDIMENTO O ATENDIMENTO AO PACIENTE PSQUIÁTRICO É ROTINA...

Nessa categoria os sujeitos nos relatam situações rotineiras que ocorrem ao atender os usuários com demanda em saúde mental no pronto atendimento. Algumas falas nos levam a perceber que no dia-a-dia do serviço é comum atender a este tipo de paciente, como se pode observar nas falas a seguir:

“No pronto atendimento, o atendimento ao paciente psiquiátrico é rotina. Então, assim, a gente tem igual você tem trauma, igual você tem as urgências clínica, você tem a urgência psiquiátrica. Isso é rotina.” (Clarisse)

“Por que você vê diariamente a gente tem 3,4,5, 6 psiquiátricos e são os que ficam mais tempo...” (Clarisse)

No estudo de Santos et al. (2000) realizado na cidade de Ribeirão Preto - SP com intuito de caracterizar a clientela de urgência psiquiátrica de um hospital universitário durante o período de dois meses, foi constatado um grande número de atendimentos de usuários com demanda em saúde mental. Outro estudo de Medeiros, Monteiro e Andrade (2011) realizado na cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, que se utilizou de dados retrospectivos, constatou além da demanda em saúde mental no serviço de pronto atendimento, uma frágil ligação com os serviços emergenciais e os serviços substitutivos.

A grande demanda nos serviços de pronto atendimento pode ser explicada pelo fato do serviço ser uma das portas de entrada para internação após o estabelecimento de

mudanças na configuração da rede de saúde mental. Para Foster e King (1994), os serviços de emergência podem oferecer tanto apoio psicossocial quanto realização de triagem para outros serviços e, ainda, intervenção aos usuários em crise.

No serviço estudado, na atual pesquisa, durante observação participante, percebeu-se que apesar de ser freqüente o atendimento a pacientes com demandas em saúde mental, os usuários em crise costumam ser isolados dos outros pacientes e da própria equipe, isto é, são sempre alocados nas mesmas salas, pequenas e pouco ventiladas, mesmo que haja vagas em leitos mais próximos ao posto de enfermagem. Ainda durante o período de observação, um funcionário referiu-se a uma dessas salas como sendo “sala 54 CAPS”, referindo-se a um serviço específico para atendimento em saúde mental.

Mesmo os usuários com demanda em saúde mental recebendo atendimento inicial, igual aos demais usuários, percebe-se a segregação desses, o que pode ser notado no tom de preconceito e estigma presentes nas falas dos profissionais do serviço, como pode-se observar nos relatos de Maria e Augusto:

“[...] Então, é diferente o campo dele, a linha... e quando junta (os pacientes) a gente tenta até colocar, tipo assim, fazer uma enfermaria, “a salinha” [...]” (Maria)

“O atendimento inicial dele é como se fosse qualquer outro [...] até ele passar pelo médico ele é visto como assim, como um qualquer, palavra forte mais é isso. Passa lá pelo acolhimento é verificado sinais, pressão, pulso, saturação mas, eu já notei muito assim preconceito, preconceito da equipe de enfermagem, da equipe médica em relação ao paciente psiquiátrico, tem um bloqueio... Não sei se é medo do desconhecido...” (Augusto)

Atitudes de discriminação e segregação advindas dos profissionais não são comuns somente nas falas dos profissionais do atual estudo, mas, são também encontradas em estudos de Nunes e Torrente (2009), Loch et al., (2011), Kondo et al. (2011). A discriminação manifestada por atitudes de exclusão é relacionada à concepção, ainda vigente, de periculosidade dos usuários que demandam cuidados de saúde mental (NUNES; TORRENTE, 2009).

A atitude de segregar e discriminar os usuários em salas separadas, verificada também, durante a observação participante, acontecia mesmo nos dias que havia uma alta demanda de usuários de saúde mental, ou seja, mantinham-se esses usuários nesses locais mesmo quando o número era dois, três, às vezes, mais. Nessas salas pequenas era onde também encontravam-se os acompanhantes, ampliando o número de pessoas na sala e que proporcionando um desconforto maior.

Essas atitudes que nos parece excludentes fazem parte de rotina do serviço e de alguma forma mecanicamente de alguma forma já previstas para atendimento a esses pacientes. Cabe ressaltar que não existe um protocolo, mas, é uma espécie de determinação, ainda que implícita. Percebe-se que, mesmo sendo uma demanda freqüente, os usuários são ainda tratados como “estranhos” no serviço. Para Nunes e Torrente (2009) a identificação de espaços onde ocorrem estigmatização e preconceito permite traçar estratégias de enfrentamento destes e, neste caso, oportuniza atender de forma mais adequada essa alta demanda do serviço. No entanto, não foi possível perceber no atual estudo o uso de estratégias para o enfrentamento do preconceito e estigma.

Spadini e Souza (2006) em estudo bibliográfico constataram que o preconceito e estigma em relação a portadores de transtorno mental ainda são fortes no meio social,

o que a nosso ver, provoca essa reprodução no meio em que esses usuários são atendidos.

Em outro estudo realizado com 1414 psiquiatras aplicando-se questionário que avaliava o estigma em três dimensões: estereótipos, distância social e preconceitos relacionados às pessoas com esquizofrenia, constatou-se que pessoas com transtorno mental ainda são estereotipadas negativamente (LOCH et al., 2011).

Na rotina do serviço observa-se também, que por ser um local de alta rotatividade e de agilidade nas consultas e avaliações realizadas poderia haver algumas dificuldades no procedimento de encaminhamentos, no entanto, a presença do médico psiquiatra ameniza esta situação, conforme o relato do Ricardo:

“[...] o atendimento é um atendimento de PA, que a clínica vai vê, vai avaliar se tem urgência ou não [...] Então, se for trabalhar nesse sentido não é pra aumentar, por que não vai aumentar o número de pessoas com ideação suicida ou psicótico por que tem um psiquiatra no PA atendendo esses pacientes. Aumenta, a partir do momento que as outras pessoas sabem e passam a vir por um outro motivo que talvez não seja urgência...” (Ricardo)

A alta demanda relatada pelos profissionais no serviço de emergência, segundo Barros, Tung e Mari (2010), pode ocasionar erros de avaliação, encaminhamentos desnecessários e, por conseguinte, maior número de internações.

No atual estudo, devido os usuários serem atendidos primeiro pelo clínico geral e, após, pelo psiquiatra, pensamos que os erros de avaliação podem ser minimizados e com isso levar a uma diminuição das solicitações de internações. A não funcionalidade da rede de serviços pode acarretar a sobrecarga no pronto atendimento que, muitas vezes, recebe demandas que não podem ser classificadas

como urgentes ou emergentes, esse fato é apontado por Garlet et al. (2009), em decorrência da visão dos usuários de que este local é um serviço resolutivo, onde eles obtêm a resposta que necessitam.

Nesta pesquisa, a presença freqüente de pacientes com transtornos mentais foi apontada como decorrente de criação de vínculo com o serviço por outros motivos. Conforme o depoimento de Vera, é freqüente o atendimento de usuários de saúde mental que residem na região do pronto atendimento. Neste sentido, ela refere que quase todos os usuários com demandas em saúde mental já são bem conhecidos pela equipe:

“No pronto atendimento então, ele (o usuário) acaba vinculando até com as pessoas aqui, o que não deveria estar acontecendo, aqui não é lugar para isso, só que infelizmente [...]. Todos os pacientes são conhecidos por nome, número e série, infelizmente...” (Vera)

Essa fala deixa claro que os profissionais não parecem entender que alguns usuários, como se pôde verificar na observação participante, procuram o serviço simplesmente por que este pode ser o único disponível no momento para atendê-lo. O vínculo pareceu-nos ser um aspecto pouco entendido por esses profissionais. Para Amarante (2007), no atendimento das crises é imprescindível a criação de vínculos e esse processo é decorrente de escuta e estabelecimento de relacionamento terapêutico.

Deste modo, não nos parece que os profissionais entendem que, mesmo diante das dificuldades apresentadas no atendimento a essa demanda no serviço, possuem uma importante ferramenta, pois se são procurados em momentos difíceis por esses usuários,

significa que de certa forma os mesmos depositam confiança e acreditam que podem ser ajudados pelos profissionais.

Esse entendimento, talvez ainda não tenha ocorrido, por que alguns profissionais referiam nunca ter refletido sobre como se dava o atendimento aos usuários com demanda em saúde mental no serviço. Isso pode ocorrer, porque na maioria das vezes, o fazer cotidiano é formado por pensamentos fragmentados e juízos que não se conectam necessariamente com o que se está a fazer, mas, tem somente orientação para realização de tarefas, não uma reflexão crítica (HELLER, 1992)

Como em qualquer cenário cotidiano de saúde, a unidade de pronto atendimento é repleta de ações complexas que são inerentes ao ambiente e às atividades que ali são desenvolvidas (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2008). As ações nestes cenários podem por vezes se resumir às repetições de cuidados técnicos, como aferição de sinais vitais e administração de medicações. Nesse sentido, torna-se ainda mais difícil conseguir distinguir ações entre o comportamento cotidiano, caracterizado pela espontaneidade, e o não cotidiano, mais racionalizado e elaborado (HELLER, 1992). Ainda assim, podemos notar que o tipo de preconceito referido na fala de Vera anteriormente citada é um sentimento comum partilhado pela maioria da equipe que, tende a não aceitar a demanda de usuários de saúde mental como responsabilidade do serviço.

Algumas ações de atendimento em unidades de pronto atendimento podem contribuir para que se desconstrua o conceito de que o atendimento psiquiátrico deverá ser realizado somente em serviços específicos (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Acreditamos que reconhecer a existência dessa demanda no serviço e responsabilizar-se por ela é um fator importante, pois demonstra acolhimento e valida o

papel do pronto atendimento na organização do fluxo de pacientes dentro da rede de serviços (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

A adequada abordagem ao usuário em emergência pode, por vezes, determinar a aceitação ou recusa por parte do usuário em realizar acompanhamento de saúde (KONDO et al., 2011).

Alguns sujeitos relatam perceber diferença no atendimento, de acordo com o tempo que o paciente permanece no serviço e também se queixam de um dia-a-dia desordenado, onde não se observa um protocolo para atendimento:

“Normalmente quando vem aqui o paciente está em surto, a família trás... no primeiro momento é bem atenciosa tanto a equipe médica, quanto a auxiliar, mas assim, por exemplo, se for para aguardar vaga, ficar muitos dias...” (Pedro)

“Desestruturado (o atendimento). O sistema de saúde não tem estrutura pra esse tipo de paciente [...]. Nenhuma distrital tem um lugar adequado, um atendimento, um protocolo. Acho que falta isso.” (Ana)

A queixa dos sujeitos quanto à necessidade de estabelecimento de protocolos para atender usuários com demanda em saúde mental nos parece ser uma questão complicada, pois concordamos com Dell’acqua e Mezzina (1991) que referem que os serviços devem ser flexíveis nesses tipos de atendimentos, sem protocolos pré-construídos para intervenção, mas, deve-se atender centrado no sujeito e em sua história, sobretudo em seu momento atual.

Destaca-se que no período da observação participante verificamos que o atendimento realizado pelo psiquiatra do serviço pareceu de fato ser centrado no sujeito

e na sua história, e não, como desaconselhado pelos mesmos autores citados anteriormente, um “colóquio psiquiátrico” (termo utilizado por Dell’Acqua e Mezzina). Fato que parece demonstrar uma potencialidade do serviço, mesmo que realizada ainda por poucos profissionais.

A forma como o paciente chega ao pronto atendimento quase sempre é descrita em decorrência de um fracasso anterior, ou seja, quando usuários passam por outros serviços e recebem atendimentos inadequados ou, quando o familiar não consegue oferecer suporte na própria residência. Estes fatos nos levam a pensar que os profissionais entrevistados sentem-se sobrecarregados com a rotina de atendimentos as demanda em saúde mental, conforme se pode observar na fala a seguir:

“[...] Normalmente eles (os outros serviços) não conseguem manejar o paciente então mandam para pronto atendimento resolver.” (Regina).

A ideia de que o serviço do qual fazem parte deve devolver aos usuários a “normalidade”, sobrecarrega ainda mais os profissionais que já se encontram numa relação com grande potência para gerar ansiedade e frustração (ISHARA, 2007).

A ansiedade para resolução dos “problemas” do paciente leva os profissionais acreditarem que o insucesso, decorrente de não haver um protocolo estabelecido no serviço para atendê-los, gera uma “confusão” ou desordenamento no atendimento.

“[...], por exemplo, eu no meu caso, eu me sinto um pouco confusa em como atender o paciente, eu nunca sei [...] então

assim fica meio perdida... eu me sinto um pouco confusa em como atender o paciente, eu nunca sei [...].” (Heloísa)

A situação de crise, quase sempre associada com o atendimento emergencial, é reconhecida como dificultosa por parte dos profissionais também em outras pesquisas, como a realizada por Costa (2007), onde se buscou saber as práticas e saberes dos atores profissionais do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silvera. Na presente pesquisa, apesar de alguns sujeitos relatarem despreparo e insegurança, outros disseram sentirem-se seguros e preparados quanto a esse tipo de atendimento. Porém, nos questionamos sobre qual é a compreensão dos sujeitos que nos informaram se sentirem seguros e preparados quanto ao atendimento a demanda em saúde mental, pois durante as observações o que notamos é que os atendimentos quase sempre se limitavam a administração de medicamentos. Nas interações que observamos poucas são as que se podem nomear de terapêuticas, salvo em casos que se acompanhou o atendimento feito por alguns profissionais que, durante observação e entrevista, notamos ter empatia pelos usuários com demanda em saúde mental.

Alguns dos entrevistados justificam sobre a pouca interação com o paciente:

“É um momento assim que você interage muito pouco, por que naquele momento ele está assim se colocando em risco, colocando em risco outras pessoas, então é um momento de contenção físico-química na maioria das vezes, medicar... então, faz parte da nossa rotina, é desagradável, mas assim, a gente se habitua, é um atendimento como outro qualquer. O que complica, passou o atendimento ao surto psicótico, o que complica é que o paciente, geralmente, precisa da internação hospitalar e a gente não tem a estrutura pra ficar com ele aqui dias e dias como tem acontecido.” (Vera)

Alguns problemas do cotidiano relatados pelos profissionais, como por exemplo, lidar com situações como as descritas por Vera em seu depoimento quando faz referência que atuar em situações de crise utilizando como instrumento a contenção física e medicamentos é “fácil”, nos preocupam. Parece haver no serviço dificuldades ao estabelecer relacionamento interpessoal com o usuário.

As relações usuários-profissionais são únicas e se fazem, sobretudo por que um necessita de ajuda e outro é capaz de auxiliar. Nesse processo não existe solução rápida ou modo fácil de resolver as dificuldades (TRAVELBEE, 1982). No entanto, as relações no serviço estudado, são impregnadas de concepções e preconceitos adquiridos de experiências anteriores, agregadas de rótulos que, segunda a mesma autora, não são importantes para uma interação de sucesso.

Observa-se ainda uma contradição quando os sujeitos queixam-se da falta de protocolo e sequência para atender demandas em saúde mental e, por outro lado, expressam que no atendimento de urgência há certa imprevisibilidade em atender essa demanda.

Essas questões nos parecem ser comuns em grande parte das falas relacionadas à como abordar os usuários com transtornos mentais, no entanto, percebe-se que estabelecer protocolos não nos parece solução, pois entende-se que a maior dificuldade diz respeito ao relacionamento interpessoal e as questões mais subjetivas, o que não seria contemplado na elaboração de um protocolo.

Entendemos que devido à demanda de usuários de saúde mental no serviço, seja compreensível a necessidade dos profissionais em estabelecerem protocolos para guiar suas ações, contudo tememos que esses engessem um atendimento que deveria ser, prioritariamente, flexível e dinâmico.

3.5 O ATENDIMENTO DEPENDE MUITO DO MÉDICO QUE ESTÁ ATENDENDO...

Nesta categoria será abordado o tipo/modelo de atendimento realizado no pronto atendimento, a partir das falas dos entrevistados. Observou-se muitos dos depoimentos com falas que tem em comum “dar” à figura do médico o papel, por vezes único e, central no atendimento em Saúde Mental no serviço de pronto atendimento. Essa compreensão dos profissionais sobre o atendimento vai ao encontro com o imaginário popular, ainda muito presente, de que o saber médico é o capaz de resolver/aliviar com o sofrimento e que todas as outras intervenções terapêuticas possíveis, são apenas adornos no serviço (COSTA-ROSA et al., 2004).

Assim, atender em emergência psiquiátrica, neste serviço, ainda é notadamente um ato essencialmente médico. Durante observações pouco se viu de interação e, quando se viu, referiam-se mais ao cumprimento de prescrições médicas, sobretudo de medicações, o que fica pode ser notado no seguinte depoimento:

“Eu acho que assim que o atendimento depende muito do médico que está atendendo, entendeu? Lógico que a estrutura (física) não é a ideal, não é para isso (atender o paciente psiquiátrico) [...].” (César)

Esse aspecto de responsabilização do atendimento para apenas uma categoria profissional, a nosso ver, dificulta avanços no sentido dos diferentes profissionais assumirem seus papéis no serviço. Responsabilizar um único profissional pelo tratamento, encaminhamento, enfim destino do paciente, nos parece inadequado por que impossibilita a visão dos profissionais do serviço das potencialidades que os mesmos

têm em suas atuações, o que pode contribuir para criar sensações de fracasso e frustração no atendimento, como pode ser evidenciado fala seguinte:

“Fico muito angustiada [...] e acaba que a gente sente uma impotência muito grande [...] de repente você vê ele é internado, ela vai sofrer, ele volta, muitas vezes pior...” (Vera)

Culturalmente é o médico, com seu poder de prescrever medicações, que vai devolver ao paciente a “normalidade”, é o médico que determina se o paciente permanece, se vai para outro serviço ou se segue para o domicílio (DELGADO, 1991). Esta reflexão não tem a intenção de subjugar as competências de cada categoria profissional, nem tão pouco desmerecer a importância da categoria médica no atendimento, mas, observamos que o poder médico ainda está muito presente e reconhecido pela maioria dos profissionais que, de certa forma, desvaloriza as ações de outros profissionais no atendimento nos momentos de crise nesse serviço e proporciona a alguns profissionais sensação de incapacidade.

Alguns sujeitos relataram só sentirem-se seguros para atender os usuários com demanda em saúde mental, quando o psiquiatra está presente no serviço. Cabe ressaltar que o psiquiatra não permanece no serviço de forma contínua, assim, aos fins de semana e feriados, quando o psiquiatra está ausente, os outros profissionais devem se sentir mais inseguros e, certamente, este fato contribui para uma abordagem menos adequada conforme fala de Clarisse:

“Só de a gente saber que vem um psiquiatra pra avaliar, isso dá muita tranquilidade, muita segurança para equipe, tanto pra equipe médica, quanto para equipe de enfermagem. A gente fica tranqüila assim... ele (o paciente) vai passar por uma avaliação especializada.” (Clarisse)

Entendemos a preocupação com um parecer especializado e com a terapêutica medicamentosa no momento de emergência, por ser nesse período necessário o restabelecimento do paciente para que se possa seguir com interação terapêutica. Contudo, acreditar que só faz parte do atendimento os cuidados com a medicação é ignorar outros aspectos que podem ser trabalhados durante esse período de crise.

A crença do medicamento como resolução dos problemas é advinda do modelo médico-centrado e, por ser no hospital o centro do poder médico, isso talvez seja mais forte nesses locais (AMARANTE, 2007). O serviço de pronto atendimento possui semelhanças com modelo de atendimento hospitalar, o que pode justificar a reprodução forte deste modelo, como funcionamento em regime de plantão, escalas profissionais e afastamento dos usuários do contexto social de vida durante o tempo de atendimento, mesmo que estes hoje se encontrem regionalizados.

A atenção em saúde mental é mais que medicar e, se o pronto atendimento faz parte da rede de serviços ao portador de transtornos mentais, seus profissionais deveriam ter esse entendimento (PRANDONI; PADILHA, 2006).

Mesmo diante destes aspectos, observamos nuances de percepções de cuidado mais voltados para os sujeitos em sofrimento e não apenas para a doença. Isso fica evidenciado na fala de Clarisse quando identifica a boa atuação do psiquiatra por conseguir realizar uma intervenção que dispensou a internação:

“[...] Tem dado muito bom resultado, tanto é que muitos pacientes que estão aguardando vaga e passam pela reavaliação dele são liberados. Ele (o psiquiatra) conseguiu, nem vai pro hospital, ele conseguiu resolver o problema aqui, então isso para o paciente é bom, para equipe também.”
(Clarisse)

Imaginar que existem outros aspectos além dos já consagrados cuidados técnicos, onde a medicação e a resolução imediata são preconizadas pelos profissionais e pelos pacientes que procuram serviço talvez seja mais difícil pelo local de estudo, que é notadamente focado no procedimento e no corpo como objeto de intervenção. Esse fato pode também decorrer de os serviços emergenciais receberem, em sua maioria, usuários que necessitam de intervenções técnicas e a loucura e a doença mental escapem desta lógica, pois não se pode palpar ou ver a causa da demanda (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Mas, ainda assim, o serviço de pronto atendimento pode ser espaço de atendimento aos usuários desde que recepção, acolhimento e encaminhamento façam parte da lógica de cuidado. Este serviço é, sem dúvida, um elo importante por fazer fronteira com os demais serviços da rede (OLIVEIRA, 2000). Porém, isso não assegura que não haja dificuldades no serviço, como fica evidente no seguinte depoimento:

“[...] Você já chega, você já tem que conter já fazer a medicação e a conversa fica, às vezes, até para dia seguinte, muitas vezes tem que até sedar o paciente.” (Mara)

Na área de Saúde Mental as discussões ainda são constantes sobre o local onde deve ocorrer o primeiro atendimento, visto as dificuldades que os profissionais dos serviços gerais apontam em atender essa demanda. Priorizar os serviços especializados ou diluir o cuidado na rede de saúde ainda é uma questão a ser discutida. Concordamos com Costa-Rosa et al. (2004), sobre a importância de um serviço de pronto atendimento para atender as demandas em saúde mental, mesmo correndo-se o risco de burocratizar o atendimento e torná-lo parte da rotina do serviço.

Um dos obstáculos a se vencer é o trabalho multiprofissional nessas emergências, pois na maioria delas, como no serviço em questão, a figura hegemônica ainda é a do médico.

Essa problemática de delegar os cuidados somente ao médico, seja ele clínico ou psiquiatra pode ser em decorrência da necessidade, como bem colocou Delgado (1991) de diagnosticar, tratar, medicar. Desse modo, os profissionais só julgam o atendimento como adequado quando realizado pelo profissional que possui o poder de prescrever, medicar e diagnosticar. Certamente esse único tipo de atendimento não faz parte dos preceitos da reforma psiquiátrica e, apenas reproduz fora do manicômio um modelo que lá existia.

Assim, nos questionamos inspirados em Travelbee (1982) e na Teoria da Relação Interpessoal, sobre a potência dos outros profissionais para a escuta do usuário e de sua família, pouco aproveitada no serviço é importante para se estabelecer uma relação terapêutica que retira da crise em que os usuários se encontram as ferramentas adequadas para trabalho com este.

Sabemos que, apesar do serviço nem sempre dispor de recursos adequados, o ato de acolher e encaminhar com responsabilização representa uma importante ruptura com

o modelo biomédico, pouco eficiente. Alguns sujeitos apontaram a falta de tempo no serviço como impeditivo para o adequado atendimento e atenção aos aspectos citados.

Como descrito na fala de Flora:

“A gente não tem muito tempo pra ficar dando apoio emocional, para ficar conversando muito, a gente tenta conversar com paciente, com familiar que está acompanhando. Fica-se muito tempo aguardando vaga aqui, às vezes, fica paciente uma semana aguardando vaga então, a gente tenta oferecer o melhor que agente pode aqui.” (Flora)

Formas mais sofisticada e técnicas de lidar com a doença e o doente, bem como o aumento das pesquisas nas áreas de genética, farmacologia e aéreas básicas ganharam importância em detrimento do cuidar e do relacionar-se com o doente e seu sofrimento (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Entendemos que estes fatores contribuem para a afirmação de que o cuidar, seja centrado na medicação e, por ser o médico o detentor do poder de medicar, este se torna uma figura mais valorizada, como se pode observar no serviço foco desta pesquisa.

As dificuldades apontadas pelos profissionais provavelmente advém de suas formações, onde se privilegiou a prática considerando apenas aspectos físicos, excluindo características culturais e socioeconômicas (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

O profissional que não se encaixa nesse tripé diagnosticar, tratar e medicar sente-se inseguro, incapaz e não vê muitas possibilidades de ação frente às crises. A idéia que se tem de que o especialista pode atuar de forma eficiente e terapêutica no

atendimento e que a presença deste já é por si só suficiente como tentativa de melhora do atendimento aponta para relevância dada às especialidades. A fala dos sujeitos a seguir exemplifica bem o modelo médico-centrado onde a especialização é valorizada:

“Se tem um serviço e tem o psiquiatra e tem a equipe de atendimento psiquiátrico, o paciente deveria passar por lá e ter atendimento individualizado [...] É bipolar? Então tratamento para bipolar. É drogadição? Paciente vai ser tratado como drogadição.” (Heloísa)

“O que eles (a coordenação) podiam ter feito eles fizeram: contrataram um psiquiatra.” (Elias)

Os participantes desta pesquisa mostraram-se preocupados com as questões somente técnicas, ou seja, medicação, necessidade de contenção, entre outros, o que pode ser fruto de uma concepção inadequada da medicina, que só concebe a cura, excluindo outros aspectos do cuidado em saúde (RIBEIRO; AMARAL, 2008). Percebe-se que o modelo biomédico, que se mostrou presente no serviço, possibilita a ocorrência de dificuldades em lidar com o outro quando este não possui doença de cunho orgânico, pois, nestes casos os fatores determinantes são mais claros.

Parece-nos coerente que os serviços de pronto atendimento, por fazer parte da rede direcionada aos usuários que demandam cuidados em saúde mental, ser um local de análise de suas queixas e solicitações de ajuda, não apenas ponto de início de regulação. Contudo, reconhece-se que para isso os aspectos referentes próprios aos usuários, como história e queixa, devem ser potencializados e a conduta médica-centrada repensada (COSTA-ROSA et al., 2004).

Há falas que evidenciam que as mudanças podem ser possíveis mesmo em locais como pronto atendimento, conforme descrito na fala de Ricardo:

“Eu acho que não é só, acho que entrar com a medicação, mas também, talvez em alguns casos, seja só dá um suporte [...] talvez se conseguir integrar também com outros profissionais, que aí algumas vezes consegue outras vezes não [...] se tivesse o acolhimento do serviço social teria, o que muitas vezes tem, talvez fosse um ganho pra unidade.” (Ricardo)

Entendemos que avaliar crise no pronto atendimento, ou em qualquer outro serviço, não é tarefa simples, pois implica em entender a situação atual de sofrimento, não apenas a doença, além de avaliar os recursos que o sujeito tem para superação daquele momento (COSTA-ROSA et al., 2004; ROTELLI, 1991).

A dificuldade neste tipo de atendimento é maior quando o processo de trabalho é burocrático, medicamentoso é influenciado pelo modelo médico-centrado, visto que este tipo de processo de trabalho fragiliza e dificulta o envolvimento dos outros profissionais na responsabilização da saúde dos usuários (BRASIL, 2004). Assim, é sempre o médico o único profissional capaz de disparar/provocar melhoras, agilizar vagas e prescrever medicamentos. No serviço em estudo, pareceu-nos que os demais profissionais se isentam, por vezes, de seu papel.

Essa lógica de funcionamento do serviço mantém claramente traços do modelo de funcionamento manicomial, apesar de ser um serviço aberto e dedicado aos cuidados gerias de saúde. Esse fato se deve ao observamos relações marcadas de dominação e subordinação com relação à figura do médico sobre os usuários, a submissão e não ação

das demais categorias profissionais e os cuidados prestados focalizados somente em medicamentos (OTANARI et al., 2011).

3.6 A GRANDE MAIORIA É DEPENDENTE QUÍMICO. E AÍ?

Nesta categoria serão trabalhadas questões referentes ao atendimento no pronto atendimento, a usuários de álcool e outras substâncias psicoativas. A compreensão do cotidiano deste atendimento, por meio da observação participante e falas que compõem essa categoria permitiram revelar percepções dos sujeitos quanto ao preconceito e como se dá a abordagem destes usuários no serviço.

Um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade é uso ou abuso de substâncias psicoativas e álcool. É cada vez mais freqüente a presença de usuários de substâncias psicoativas em serviços de pronto atendimento. Esse fato se deve ao aumento no consumo e, com isso, a presença de maiores implicações clínicas que terminam por motivar a ida ao serviço destes usuários (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

É política do Ministério da Saúde aperfeiçoar assistência em serviços que demandem maior complexidade, a exemplo dos serviços emergenciais que se dedicam a atender em casos de intoxicação e abstinência (BRASIL, 2003).

Ao realizar a observação participante pode-se verificar que na região, distrital onde se localiza o serviço deste estudo, os usuários que necessitam de internação, ou mesmo que estão em situações de urgência ou emergência por uso ou abuso de substâncias, podem ser facilmente encontrados. Situação comum, pois se encontram neste serviço casos de usuários que vêm por demanda espontânea ou por encaminhamentos, pelo próprio CAPSad que, atualmente, enfrenta problemas por não possuir profissional psiquiatra em seu quadro de profissionais fixos. Assim, o pronto atendimento é o serviço porta de entrada na rede.

Em estudo piloto realizado nos serviços de pronto atendimento da cidade de Ribeirão Preto-SP conclui-se que o uso diário de álcool estava presente em 90% dos entrevistados entre idade de 34 a 40 anos (RIBEIRO, 2007).

Neste sentido, entendemos que o pronto atendimento é um ponto importante do percurso do usuário na rede. O sujeito a seguir exemplifica a situação de chegada do usuário no serviço e como é difícil para equipe manter-se empática com a situação:

“Chega muito, por exemplo, usuário de droga que não tem onde morar e quer ficar aqui, é... alguém que brigou na família e não quer ficar lá e fica aqui, sabe? E, é claro que para equipe também é difícil lidar com uma situação dessas [...] Qual que vai ser a empatia aí? Baixa, e realmente é difícil isso...” (Ricardo)

É por meio do processo empático que os profissionais podem compreender e perceber significados dos sentimentos e vivências dos usuários. Segundo Townsend (2002) o usuário de serviços de saúde deve ser aceito como é, independente de seu comportamento (TOWNSEND, 2002). Torna-se difícil, se não impossível, manter uma relação terapêutica e de ajuda com usuário se a compreensão que se tem do seu sofrimento e de sua vivência parte somente dos julgamentos morais.

Para Travelbee (1982) as enfermeiras devem estabelecer relações empáticas para que se possam proporcionar atenção de enfermagem adequada. Estendemos essa afirmação a toda equipe do serviço por acreditarmos que nenhuma interação, em nenhum nível de assistência, se dá de forma terapêutica e, por isso, satisfatória para equipe e usuários do serviço, se essa interação não for empática, ou seja, se o

profissionais coloca-se na situação do outro que sofre. Talvez, no caso de uso e abuso de substâncias quando o envolvimento é com substâncias moralmente inaceitáveis pela sociedade isso possa ser dificultado.

Segundo estudos de Fontanella e Turato (2002) as relações usuários-profissionais caracterizam comumente por medo e distanciamento percebido por parte dos usuários. Situação que pode ser advinda de postura pouco empática por parte dos profissionais e que nos parece ser mais difícil de mudar.

Estudos mostram o impacto social e de saúde em decorrência do uso de substâncias à população usuária e, por isso a necessidade de se melhorar a assistência dirigida a estes. O uso freqüente do álcool, por exemplo, tem significado problemas de saúde e acarretado altos gastos econômicos referentes a saúde em adultos, podendo ocasionar morte ou sérias complicações clínicas (PILLON; LUIS; LARANJEIRA, 2003).

Para Pillon, Luis e Laranjeira (2003) a formação profissional de enfermeiros apresenta-se inadequada para que esses possam oferecer cuidados aos usuários de substâncias psicoativas. Esse fato nos preocupa pela importância do profissional de enfermagem na assistência em saúde, visto que os mesmos participam do processo de implantação e implementação de programas de prevenção em saúde, incluindo prevenção do uso e abuso de substâncias (GELBCKE; PADILHA, 2004).

Em estudo realizado por Noto e Carlini (1995) a problemática do uso e abuso de substâncias é presente em todos os serviços e a atenção a esses usuários envolve todos os profissionais de saúde. Cerca de 90% das internações em hospitais psiquiátricos devido uso de substâncias psicoativas são em decorrência do uso de álcool. No mesmo estudo foi apontado que as internações por cocaína apresentam aumento

desde 1987, mudando os perfis de internação, visto que o uso da maconha não é, desde 1991, o primeiro em solicitação de internação por dependência de substâncias ilícitas (NOTO; CARLINI, 1995).

No atual estudo com a observação realizada no serviço verificou-se que a presença de usuários de álcool é freqüente. Como citado acima apesar de o uso de álcool ser a causa de maior número de internações psiquiátricas quando se analisa as internações motivadas por uso ou abuso de substâncias, neste estudo notou-se que somente uma solicitação de internação psiquiátrica foi em decorrência do álcool (ver Tabela 2). Outros dois casos por uso de substâncias foram um por uso ou abuso de cocaína e outra por uso de múltiplas substâncias.

Outro fator observado no serviço que tem especial preocupação quando se refere ao uso ou abuso de substâncias foi a demora no processo de liberação de vaga para internação em casos já avaliados pelo psiquiatra e que, portanto, de fato requerem internação. Para tratamento do uso de substâncias o item motivação⁸ é muito importante e, quando os usuários sentem-se motivados para dar início ao processo de tratamento, há de se crer, que a demora, de certa forma, desperdiça a oportunidade de realização de trabalho terapêutico, fato que a pesquisadora presenciou algumas vezes no serviço, ocasionando as “fugas” do serviço como descrito na fala de Flora:

⁸ O modelo mais utilizado hoje nos estudos de mudança e motivação foi desenvolvido por Prochaska e Diclement em um estudo publicado em 1983 sobre processo de auto-mudança no hábito de fumar. As etapas do processo de mudança descritas neste estudo são hoje utilizadas em diversas outras pesquisas levando em conta as cinco etapas descritas: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Outras abordagens surgiram para manter o indivíduo motivado levando em consideração as etapas de Prochaska e Diclement, como a Entrevista Motivacional (EM), desenvolvida por Miller e Rollnick (2001) e a Intervenção Motivacional Breve (IBM), que visa atendimento conciso baseado na EM (CASTRO; PASSOS, 2005).

“Se agente tem alguma situação assim que a enfermagem tem que se deslocar, às vezes, o paciente fica sem observação, tem que ter a família ali do lado dele pra que ele não tenha atitude de sair, evadir que acontece, acaba acontecendo, principalmente drogadição, muitas vezes sai, vai dá volta. Aqui ele não tem atividade nenhuma, ele fica lá na sala aguardando, fica o dia inteiro à toa... Às vezes, ele sai, vai, volta e quem garante que ele sair e voltar não usa droga?”
(Flora)

No período de motivação o indivíduo sente-se mais capaz para mudança de comportamento em relação ao uso de substâncias e, assim, mais receptivo à atuação da equipe (WILLIAMS; MEYER; PECHANSKY, 2007).

Para aproveitar a motivação dos usuários ou mesmo para sensibilizá-los uma das saídas apontadas em estudos, que poderia ser utilizado no pronto atendimento, seria a intervenção breve que demonstrou ser efetiva em indivíduos que apresentam consumo de risco e prejudicial de álcool. Esse tipo de intervenção proporciona ainda a facilitação da derivação do tratamento especializado em casos graves de dependência alcoólica (OMS, 2001 a).

A pouca disponibilidade de tempo é apontada por alguns profissionais como uma das razões que dificultam uma abordagem adequada, o que Segatto et al. (2007) sugerem ser trabalhado com realização de capacitações para intervenções breves. A pouca disponibilidade de tempo, comum em serviços com alta demanda como o pronto atendimento, poderia ser assim compensada com uso de abordagens baseadas em princípios da intervenção breve, visto que nessas intervenções há adaptações para aplicação em salas de emergência.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2001 a) profissionais da saúde tendem a cometer o erro de evitar a falar sobre consumo de substâncias por

acreditarem não ser o local adequado para tratar disso. Contudo, pesquisas, por exemplo, de Segatto et al. (2007), já apontam que intervenções breves são possíveis em ambientes como o do pronto atendimento em estudo.

Diante dessa demanda, é preciso ainda formar profissionais para que possam entender que a própria informação no caso de uso de substâncias é uma importante forma de apoio (OMS, 2001 a). No serviço em que foi realizada a coleta de dados para atual investigação, por meio da observação participante foi possível verificar que, os profissionais mostram-se, por vezes, com medo de abordar ou questionar os usuários quanto ao hábito de consumo de substâncias ou, quando o faziam, faziam de modo que explicitava seus julgamentos morais, o que não contribui para estabelecimento de uma relação terapêutica.

No período da observação a pesquisadora constatou a presença constante de usuários de álcool e outras substâncias ilícitas, contudo, poucas falas dos participantes do estudo se referiram a isso. Em conversas informais com os profissionais do serviço, muitos deles relataram à pesquisadora que esses usuários não fazem parte da demanda de saúde mental, ou seja, não os identificam como tal, como fica evidenciado no seguinte trecho:

“Por que não é só dizer que ele é psiquiátrico, a grande maioria é dependente químico. E aí?” (Alice)

Cabe destacar as situações que envolvem o uso abusivo de substâncias, como acidentes de trânsito e de trabalho, o que foi observado no serviço, agressões físicas, conflitos entre traficantes com o qual nos deparamos no serviço tendo inclusive como

um das envolvidas uma adolescente grávida, além do desajuste familiar que quase sempre vinha acompanhada com o usuário (NOTO; GALDUROZ, 1999).

Segundo Segatto et al. (2007) os problemas relacionados ao consumo de substâncias lícitas, como álcool, são cada vez mais apontados em estudos como significativos em hospitais gerais, sobretudo nas emergências destes.

No estudo prospectivo de Pirmohamed et al. (2000), realizado no Reino Unido, já apontava para aumento progressivo do consumo de álcool. No mesmo estudo, no serviço hospitalar enfocado, dos 1915 pacientes atendidos em dois meses, 12% eram decorrência de acidentes ou outras emergências relacionados ao álcool ocorrendo, no geral, cerca de 6,2% de internações que se relacionaram ao consumo de álcool. Para os mesmos autores, os evidentes problemas relacionados ao álcool em hospitais são enormes, tanto em termos dos serviços de emergência quanto em serviços ambulatoriais.

Nas observações realizadas nesta pesquisa, no durante o período noturno, eram frequentes a presença de usuários de álcool, usuários de substâncias ilícitas, inclusive em situação de violência física por envolvimento com tráfico de substâncias ilícitas. Uma parcela importante de pacientes usuários do serviço em questão chegou ao serviço devido uso de álcool e, muitos deles, segundo informações dos profissionais durante as observações, já eram conhecidos no serviço.

A emergência é local onde comumente vai parar os usuários de substâncias, seja por intoxicação alcoólica ou por envolvimento em acidentes, fato também observado no serviço (OMS, 2001 b). Destacamos o período noturno de observação como o período em que esse fato foi mais comumente encontrado.

Não nos pareceu que neste serviço de pronto atendimento que nos propusemos a estudar, de maneira geral, há profissionais formados para realizar abordagens adequadas para essa clientela. Observação esta confirmada na fala de Heloísa:

“Não, não é igual... é um pouco...por exemplo eu no meu caso eu me sinto um pouco confusa em como atender o paciente, eu nunca sei, por exemplo, como tratar um paciente de drogadição [...]É drogadição? Paciente vai ser tratado como drogadição.”
(Heloísa)

A forma como o usuário chega ao serviço é descrita por alguns como proveniente de episódio de violência anterior e o mesmo vem quase sempre por força da família fato que corrobora a observação. Para Regina, o tipo de interação com o paciente depende de como ele se encontra no momento do atendimento:

“Se ele veio por que ele é usuário de drogas, por exemplo, e ele quer parar, ele quer tratar a dependência, é diferente. Então dá para você conversar, vê sinais vitais...” (Regina)

Profissionais relataram que algumas dificuldades são maiores quando se trata de atender pacientes usuários de substâncias e demonstram não incluir esses usuários como usuários com demanda em saúde mental. No depoimento a seguir o sujeito relata que usuários de substâncias psicoativas não são demanda de saúde mental, por não apresentarem o estereótipo de paciente psiquiátrico.

“O usuário de droga não chega a ser um paciente psiquiátrico, não é? Geralmente os que eu vejo chegar aqui, eles chegam... tirando overdose assim, ele chega com dor precordial, ansiedade e taquicardia, entendeu? Mas chega tranquilo, não chega agitado, entendeu? Paciente drogadito não... eu vi poucos que chegaram aqui agitados, a maioria chega com dor precordial e taquicardia.” (Elias)

Silva (2011) revela em uma pesquisa que os profissionais de enfermagem de pronto atendimento de um hospital geral, onde realizou seu estudo citam com mais frequência situações de violência relacionada a usuários sob efeito de substância, o que se mostra diferente no serviço aqui estudado pela afirmação de Elias anteriormente colocadas, quando afirma que esses usuários chegam tranquilos ao serviço, ou seja, o sujeito parece não demonstrar ligação entre uso de substâncias e violência. Esse fato pode ser positivo no serviço, pois o medo de sofrer violência pode impedir a realização de uma abordagem.

Há necessidade de uma rede de atendimento integrada para atendimento de dependente, sendo a nosso ver, o pronto atendimento um espaço importante onde se possibilita não apenas intervenção em nos problemas clínicos devido ao uso, mas, sensibilização para que o usuário possa dar início ao processo de mudança (SILVA, 2011).

A identificação de usuários com comportamentos de risco pode favorecer a implementação de estratégias preventivas que tem comprovada eficácia e eficiência, além de menores custos por reduzir os quadros clínicos mais graves, que são mais onerosos ao sistema público de saúde (NOTO; GALDUROZ, 1999). Essa identificação poderia ter como um dos locais o próprio pronto atendimento que, rotineiramente,

recebe usuários, contudo para isso há de ser formação e compreensão para a importância de tal atividade.

Outra questão que também justifica a importância de formação para a identificação e abordagem adequada de usuário de substâncias no pronto atendimento é o fato de a maior parte das taxas de morbi-mortalidade sobre uso de álcool, especificamente, se dá em indivíduos que não frequentam serviços especializados, mas, devem percorrer os outros dispositivos da rede de saúde (NOTO; GALDUROZ, 1999). Os serviços emergenciais, sem dúvida um desses.

3.7 A GENTE NÃO TEM PREPARO PARA LIDAR COM PACIENTE PSQUIÁTRICO...

A observação dos atendimentos, bem como as falas dos sujeitos permitiu-nos enxergar limites quanto à formação dos profissionais e estrutura física disponível para o atendimento em saúde mental. Neste sentido, nessa categoria analisamos as dificuldades e limites apontados pelos sujeitos relativos ao preparo para atender demanda em saúde mental.

Mesmo com a grande demanda de usuários em saúde mental no serviço, os sujeitos expressaram muitas dificuldades no atendimento. Um dos pontos mais relatado durante as entrevistas foi à questão referente a não formação para realizar tais atendimentos, como explicita Flora:

“A gente não tem uma preparação para lidar com paciente psiquiátrico, aqui é uma situação de urgência e emergência.”
(Flora)

Além da necessária ampliação da rede de serviços de saúde mental se faz imprescindível o desencadeamento de processos de formação e educação permanente, essenciais para qualificação dos diversos serviços e equipes, garantindo avanços no modelo comunitário de atenção à saúde onde, os serviços de emergências são suporte essencial (MANGIA, 2009).

Em estudo de Tavares (2006) constatou-se que a equipe de enfermagem, foco do estudo, também necessitava de formação em saúde mental o que, segundo a autora, poderia ser respondido por instalação de um processo de educação permanente, visto que o governo federal adota essa política como principal estratégia para reformulação de

práticas de formação no setor da saúde. No campo da saúde mental, a educação permanente seria ainda uma das ferramentas utilizadas para consolidar os ideais da Reforma Psiquiátrica.

A falta de qualificação e de suporte para atendimento é evidenciada de forma uníssona no serviço do atual estudo. Os profissionais mostraram-se carentes de formação e, claramente, solicitaram suporte para sentirem-se mais seguros durante o atendimento a essa demanda, conforme apontado no depoimento:

“É que como eu te falei, a gente não tem esse treinamento. Se tivesse pelo menos assim, um horário que pudesse pegar o funcionário e falar “olha no caso do paciente tiver essa atitude de querer manipular a situação você faz isso”. Quando a família vem querendo contenção até que ponto a explicação mais ajustada é essa...” (Heloísa)

Atender em saúde mental, seja em qualquer nível ou serviço, depende muito do pessoal preparado ou não para conduzir e manter relacionamento terapêutico, visto que o instrumento de trabalho no cuidado em saúde mental é, prioritariamente, o próprio profissional (OLIVEIRA; LEME; GODOY, 2009).

Merhy (2005) relata que o componente humano no serviço deve ser apoiado e ser objeto de constante investimento.

O fato da equipe de trabalho não sentir-se pronta e capaz de oferecer cuidado em saúde aos pacientes faz surgir sentimentos de impotência que só contribuem para a recusa da demanda presente no serviço, como fica claro nas seguintes falas:

“Você acaba fazendo bobagem, fazendo, às vezes, até o que não é indicado. Exatamente o que não é indicado, é o que você vai fazer na hora para paciente acalmar.” (Heloísa)

“Eu só acho que o paciente psiquiátrico não deveria vim para cá, deveria ir diretamente para os locais que atendem psiquiatria. Aqui não é lugar para paciente desse porte.” (Alice)

Devido ao sentimento de incapacidade em oferecer atendimento adequado, a visão da maioria dos profissionais do serviço passa a ser a de que seu local de trabalho somente atrapalha o percurso de cuidado do usuário. Essa concepção ainda se deve ao modelo de saúde meramente biológico de compreensão do processo saúde-doença, com práticas assistenciais voltadas somente para sintomas e modos de atuação nas doenças (AMARANTE, 1995).

O modelo biológico de atenção à saúde proporciona ao mesmo tempo sensação de impotência, sobretudo aos profissionais que não têm o “poder” de prescrição. Essa sensação, mais presente nos profissionais da enfermagem, auxiliares, técnicos e enfermeiros, acarreta maior desgaste físico, insatisfação com trabalho e baixo rendimento tanto qualitativamente, quanto quantitativamente, o que finda por prejudicar a prestação de cuidados (ANDRADE; VIEIRA, 2005)

Não negamos a importância dos profissionais no pronto atendimento, nem tão pouco o progresso terapêutico com o início da utilização dos psicofármacos que, certamente, facilitou a diminuição das internações, contudo, apesar de propiciarem avanços, os medicamentos não conseguiram evitar as frequentes reinternações

(SILVEIRA, 1982 apud FERREIRA, 2002). O fenômeno de reinternações ou procura constante ao serviço, foi observado nesse pronto atendimento onde, muitos usuários já são conhecidos pela equipe devido procurarem assiduamente atendimento no local.

O fenômeno de reinternação foi descrito em estudos de Bezerra e Dimenstein (2011) em Natal-RN; Castro (2009) em Ribeirão Preto-SP; Parente et al. (2007) em Teresina-PI e em estudo de revisão de literatura de Ramos; Guimarães e Enders (2001). Nestes estudos, alguns dos motivos levantados para as freqüentes reinternação foram a fragilidade dos vínculos dos usuários com serviço e necessidade do fortalecimento da rede de serviços. Esses motivos, nos parece ser em decorrência da não existência efetiva de uma rede de saúde mental, que ainda está em processo de construção e, como tal, prescinde da formação dos profissionais que ela integram, de acordo com os moldes propostos no processo de reforma psiquiátrica.

A formação nos novos moldes de atenção em saúde mental deve pressupor uma reestruturação dos currículos e metodologias de ensino ainda na graduação, alcançando os cursos de pós-graduação em saúde e possibilitando o desenvolvimento de profissionais atuantes no serviço (OLIVEIRA; LEME; GODOY, 2009).

Para Ishara (2007), alguns aspectos no processo de ensino em saúde mental ultrapassam as barreiras do conhecimento formal e, por isso, não se apreende em livros. Tais aspectos contudo são indispensáveis para o cuidado adequado, a saber: comunicação, liderança, resolução de conflitos interpessoais e a escuta.

Corroborando com estudo de Souza (2010) as dificuldades apresentadas pelos sujeitos deste estudo podem ser provenientes de uma formação que ainda prioriza disciplinas da área de formação básica e clínica, centralizando então os conteúdos concernentes à psiquiatria aos centrados em psicopatologia, sinais e sintomas, com

carência de enfoque em conteúdos de atitudes e procedimentos frente à pessoa com demanda em saúde mental.

Para mesma autora que analisou o ensino de enfermagem psiquiátrica em cursos públicos do Estado de São Paulo, a estrutura curricular da maioria dos cursos é ainda fragmentada e disposta em disciplinas não integradas, que seguem mais frequentemente a lógica de cuidado biomédico, podendo favorecer o surgimento de profissionais que poderão ter dificuldade em integrar seus conhecimentos e assim, desenvolver ações pautadas não apenas em cuidados técnicos mas, também em relações interpessoais terapêuticas.

A escuta, tão essencial no atendimento a crise, neste serviço não foi um instrumento de cuidado muito utilizado e pareceu-nos que há dificuldade dos profissionais em realizar uma escuta terapêutica, pois em poucos momentos podemos observar um processo de escuta que podemos classificar como terapêutica e, nesses casos, eram sempre os mesmos profissionais que tinham, já notadamente, uma postura mais humanizada e diferenciada.

Corroborando com Ferreira (2002), a postura de muitos profissionais decorre da visão de cuidado durante o processo de adoecimento dos usuários. Os que possuem uma visão puramente biológica tendem a só valorizar a escuta e a voz do sujeito se esta for para captação de sinais e sintomas e, assim, poder ser decodificada em semiologia; o que é subjetivo não tem efeito na prática clínica nessa perspectiva. Portanto, a escuta terapêutica é dispensável para estabelecer-se a relação com o usuário.

A dificuldade de estabelecer relação terapêutica fica claro na fala a seguir, onde o sujeito relata ser mais fácil o momento onde se dispensa a escuta:

“Então, atender no momento do surto não é o mais difícil, por que é um momento assim que você pouco interage. Você faz, você acode, você aplica medicação. O duro é o depois. É você dá continuidade a isso de forma eficiente, por que também não dá para pessoa ter boa vontade, precisa saber lidar com isso.” (Clarisse)

A incapacidade para o atendimento parece ir sendo transferida para o local de trabalho, isso fica claro quando em muitos momentos os sujeitos referem que o pronto atendimento não tem estrutura física para prover os cuidados de forma adequada. Como explicita o sujeito no depoimento a seguir:

“Aqui não é lugar para paciente desse porte. Não tem espaço físico e é ser difícil manter ele aqui. Muitas vezes o paciente vai embora sem ter nada, muitos evadem-se e outros, poucos, são poucos, pedem para ir embora por que já saíram da crise, não tem por que ficar esperando uma vaga aqui pra um hospital.” (Alice)

Tal dado corrobora com os da pesquisa realiza por Campos e Teixeira (2001) sobre assistência de enfermagem em um pronto atendimento em que esses profissionais também referiram não ser este o local adequado para atender a essa demanda.

Goffman (1987) falando das instituições totais, diz haver dentro destes locais o que ele denominou de espaços de vigilância. Nesses espaços, os sujeitos institucionalizados estão à mercê de autoridades e restrições. Essa análise não se parece muito distante da necessidade do sujeito citado anteriormente de ter um espaço onde se possa “manter o paciente”. A dificuldade demonstrada por muitos sujeitos, neste estudo, foi à alegação de no serviço a “vigília” ao usuário ser mais difícil e, com

isso, a consequente imposição de autoridade, o que nos parece semelhante à reprodução de modelos de atenção institucionalizados.

Especialmente esse ponto nos preocupa por que parece haver uma reprodução do modelo manicomial, onde as ações praticadas, antes dentro de seus muros, agora tentam persistir em outros serviços devido, entre outros fatores, a não formação adequada dos profissionais.

A formação dos profissionais da saúde (destaco aqui as profissões dos sujeitos deste estudo: auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) parece não ter acompanhado as mudanças ocorridas nas últimas três décadas no campo da saúde mental.

Houve, e ainda há em muitos cursos e instituições, desconsideração quanto às práticas de cuidado em detrimento de apreensão de técnicas e rotinas, muito mais presentes no modelo manicomial (LOBOSQUE, 2010). A formação em saúde mental é mais que a mera transmissão de saber, pois há de ser necessária a construção com os estudantes práticas que possam significar valores e entendimentos quanto ao processo saúde-doença (OTANARI et al., 2011; SOUZA, 2001).

Qualificar profissionais para o trabalho em saúde mental é hoje uma das preocupações, buscando-se não dar ênfase só em ensaio de cunho farmacológico ou diagnóstico, mas, inserir nas pesquisas e formações contextos sociais e de saúde pública que permeiam essa área.

Na área do ensino de saúde mental parece já existir um mal estar natural pela dificuldade de se ensinar uma clínica “sem ver, sem auscultar e sem apalpar” o que é contrário do ensino em outras áreas da saúde (FERREIRA, 2002). O reconhecimento

das dificuldades de ensinar e praticar relações terapêuticas podem ser um ponto positivo no processo de substituição de modelo de atendimento imposto atualmente.

As dificuldades levantadas por alguns sujeitos com relação ao espaço físico do serviço fazem-nos lembrar Delgado (1991) que já citava que, às vezes, as pessoas até admitem a existência do louco na rua, porém esses espaços devem ser segregados e rotulados.

Isso nos parece semelhante ao discurso dos sujeitos que, em sua maior parte, admitem os usuários fora do hospital psiquiátrico, contudo, isso parece implicar que os mesmos estejam dentro de outros serviços rotulados para psiquiatria, o que nos parece criar muros de difícil transposição na rede de assistência. O sujeito abaixo deixa claro essa reflexão:

“O PA, o pronto atendimento não foi feito para paciente psiquiátrico, agente atende por que tem que atender, mas não foi feito pra isso.” (Elias)

Assim, negar ao usuário de saúde mental o uso do pronto atendimento nos parece mais uma tentativa de rotular o espaço em que “caibam” esses usuários, conforme podemos visualizar no trecho seguinte:

“Aqui não é um lugar pra isso, a estrutura não comporta, mas assim, antes do psiquiatra vim era bem diferente, era bem complicado, agora já está mais tranquilo.” (Elias)

Assim sendo, todo serviço ou prática que foge dessa lógica de resolução, de institucionalização imposta com os hospitais psiquiátricos, pode vir a ser taxada de “fora do lugar” (AMARANTE, 1995).

Entendemos que algumas dificuldades apontadas pelos sujeitos, como locais inadequados para a longa espera até internação (quando necessário) e falta de alimentação, são enfrentadas por todos os usuários das mais diversas clínicas. No entanto, não ouvimos nem durante as entrevistas e nem tão pouco nas observações, falas que deixassem claro não ser esse o local adequado ao atendimento a usuários de outras clínicas. Essa distinção fica claro no depoimento seguinte:

“É um paciente que precisa de acompanhante, alimentação, um local adequado, medicações adequadas [...]” (Ana)

Assim, esse discurso nos pareceu mais a reafirmação de um preconceito alicerçado na falta de formação para entender, de fato, como cuidar em saúde mental.

Usuários com necessidades de demanda em saúde mental foi relato comum a todos os sujeitos, para os mesmos o atendimento a essa clínica é uma realidade no serviço, apesar de, às vezes, se sentirem despreparados para tal.

Mesmo diante de relatos de despreparo dos sujeitos desta pesquisa, acreditamos que é possível se manter a construção deste modelo de atenção à saúde mental que já se mostrou capaz de atender os usuários em outras perspectivas e abrangendo outras complexidades dos serviços de saúde (COSTA-ROSA, 2000; QUINDERÉ; JORGE, 2010).

Os sujeitos a seguir relatam, mais uma vez, o despreparo dos profissionais, revelando ainda uma inadequação de profissionais para atuação frente aos princípios dos SUS e necessidades de saúde da população.

“[...] o próprio médico que esta atendendo também não tem preparo então, assim, eu acho que ao invés de melhorar ou resolver o problema acaba criando um conflito, uma situação um pouco pior, mais complicada...” (Heloísa)

“Segurança com paciente psiquiátrico eu não tenho. Eu acho que não vou adquirir nunca. Cada caso que chega para mim é um desafio, desafio muito grande” (Clarisse)

Pensamos que, assim como Rotelli (1991, p. 87), após o processo de reforma, “é muito mais difícil, na situação concreta, ensinar aos psiquiatras um modo de trabalho que é mais complexo e cansativo que o tradicional”. E aqui fazemos essa reflexão pensando em toda a equipe do serviço onde, de fato não se mostra ser tarefa fácil desconstruir alguns conceitos de atendimento de saúde mental para se reconstruir outros, porém, ainda em concordância com o mesmo autor acreditamos que os locais onde se ocorram práticas reais de transformação serão locais escolas determinando a perpetuação dessas práticas.

3. Considerações finais

Esta pesquisa partiu do pressuposto de que a atenção aos usuários com demanda em saúde mental é construída levando-se em conta a composição de uma rede de serviços. Estes serviços devem estar aptos a atender a essa demanda, inclusive de forma articulada com os outros pontos da rede de saúde. Assim, buscamos entender como se dá o cotidiano de atendimento aos usuários de saúde mental em um serviço de pronto atendimento de uma distrital de saúde da cidade de Ribeirão Preto (SP), por acreditamos que neste cotidiano estariam inseridos importantes aspectos que nos permitiriam fazer análises quanto aos avanços e limites no que se refere ao cuidar em saúde mental.

Neste sentido, verificou-se que a demanda em saúde mental no pronto atendimento estudado é frequente e que as ações desenvolvidas frente a essa demanda são, muitas vezes, executadas levando-se em conta somente técnicas e, as condutas são centradas no profissional médico. Algumas dificuldades encontradas pela equipe levantaram questões que precisam ser repensadas no serviço, como por exemplo, como lidar com usuários que procuram o serviço em busca somente de receita médica, pois faltaram no dia agendado nos serviços de saúde mental em que fazem acompanhamento? Como atender usuários que querem um espaço para escuta? Essas questões podem apontar para uma fragilidade na rede de saúde mental, além da falta de vínculo estabelecido entre os usuários e equipe de saúde mental dos serviços aos quais estão ligados.

A fragilidade da rede de saúde mental pode ser percebida nos relatos dos profissionais e durante o período de observação participante pelo fato do serviço de pronto atendimento atender de forma rotineira alguns usuários, às vezes, com as

mesmas queixas. Isso nos remete tanto a pouca *resolutividade* do serviço, quanto a ausência de serviços da rede capazes de responder às necessidades dos usuários que, por não serem atendidos adequadamente, terminam sempre por procurarem o pronto atendimento, na crença da resolução rápida dos problemas.

Assim, não nos pareceu que, no geral, o pronto atendimento é acionado nos momentos de extrema necessidade, mas, em momentos onde os usuários julgam ter as portas dos outros serviços “fechadas”. Para nós, o pronto atendimento deveria ser acionado em momentos quando, a situação vivenciada pelo usuário mostra-se insuficiente de ser acompanhada nos outros níveis de serviço, como por exemplo, na Estratégia de Saúde da Família. Contudo, presenciamos diversas vezes atendimentos que poderiam estar sendo acompanhados e monitorados pela atenção básica ou mesmo num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Entendemos que os limites encontrados neste serviço correspondem aos aspectos de formação de rede da cidade que ainda é fragmentada, desarticulada e pouco resolutiva no atendimento em saúde mental.

Os usuários com demanda em saúde mental atendidos no serviço apresentavam desde uso ou abuso de substâncias ilícitas ou álcool, situações de crise e tentativas de suicídio, fato esse último que se mostrou mais freqüente que o esperado. Cabe ressaltar que em casos de atendimento por uso de substâncias, além de não se sentirem preparados para atendimento, os profissionais realizavam julgamentos morais relacionados ao envolvimento do uso de substâncias, agindo muitas vezes, de forma preconceituosa.

As diversas demandas em saúde mental atendidas no serviço apresentaram, de maneira geral, uma conduta de atendimento médico-centrado onde, quase que a maioria das vezes, pautou-se somente na administração de medicamentos. Raramente, mesmo

quando passado o período de crise dos usuários, observamos orientações realizadas para familiares ou para o próprio usuário. Quando se observou condutas “mais terapêuticas”, essas quase sempre partiam dos mesmos profissionais que já identificamos como mais empáticos com os usuários com demandas em saúde mental.

A conduta pouco adequada observada durante atendimento pode ser decorrente de formação também não adequada, relatada pela maioria dos profissionais para manejar situações de emergências e atendimentos na área de saúde mental. Parece-nos pertinente ressaltar que muitos desses profissionais vivenciaram, ainda durante a graduação, o atendimento de pessoas com transtornos mentais somente dentro dos manicômios. Cabe ressaltar que o atendimento dos usuários fora desse contexto é ainda recente. Assim, sem a devida formação para atender em saúde mental fora do contexto manicomial, acreditamos que condutas inadequadas observadas no serviço, podem ser mais frequentes, ocasionando inclusive a negação de atendimento, fato que nos pareceu evidente quando os profissionais relataram que o serviço de pronto atendimento não é local adequado para esses usuários.

Visualizamos como possibilidade de modificação no atendimento aos usuários com demanda em saúde mental a construção, ainda no ensino, de um olhar mais articulado dos saberes, possibilitando contato com a realidade social e com os sujeitos. A vivência de um ensino biologista que prioriza as doenças e seus sintomas é, sabidamente, centrada em campos de práticas hospitalares o que pode dificultar os profissionais a atenderem esses usuários em outros cenários adequadamente.

O estigma também pode ser quebrado com uso de práticas de ensino mais estruturadas e inovadoras. Casos em que o motivo de procura do serviço foi o uso ou abuso de substâncias nos pareceu que eram ainda mais carregados de estigma e

preconceitos, chegando mesmo os profissionais a fazerem comentários preconceituosos tanto com a equipe, quanto para com os pacientes. Cabe ressaltar que usuários de substâncias foram bastante frequentes durante o período de observação, no entanto pouco citados nas entrevistas pelos profissionais por esses não entenderem que os usuários de substâncias são parte do cotidiano das demandas em saúde mental.

A formação dos profissionais foi bastante apontada no decorrer das entrevistas, visto que quase todos entrevistados relataram não terem adequada formação para atenderem em saúde mental, sobretudo depois de passado o período de crise onde a necessidade de um processo terapêutico de escuta e conversa com usuário e família fica mais clara.

Entendemos que com essa constatação da deficiente formação dos profissionais deste pronto atendimento para atender as demandas em saúde mental é necessário repensar que a formação da rede faz-se não somente como instituição de serviços componentes da rede, mas, também com a preparação dos profissionais para atuarem nessa perspectiva, pois, é a formação profissional que permite construir parcerias e vínculos importantes na saúde mental.

Alguns pontos da rede mostraram-se deficientes, como o acompanhamento e a possibilidade de intervenção da rede básica de saúde na demanda de saúde mental, visto que presenciemos casos com a possibilidade de atuação nesse nível de serviço de saúde. Ressaltamos que a atuação mais efetiva da rede básica poderia possibilitar diminuição de fluxo na emergência e também oportunizar a superação do modelo psiquiátrico centrado no nível hospitalar.

Os atendimentos observados no cotidiano do pronto atendimento deveriam ser mais reflexivos e, não somente como constatado rotineiramente, execução das

atividades que são de sua competência. Pareceu-nos que há uma rígida divisão de tarefas no serviço que contribuir com um processo de trabalho alienante e fragmentado.

Esperamos despertar maior interesse para importância da formação dos agentes que compõem a rede de serviço, incluindo nestes o pronto atendimento. Ressaltamos a necessidade da Universidade ser mais parceira nos serviços no sentido de auxiliar a formação dos profissionais já inseridos nos serviços e, ainda, preparar os formandos para inserção no campos de praticas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. C. A. Por uma clínica em rede. Texto apresentado na mesa redonda Reforma Psiquiátrica: A psicologia debate a clínica em Saúde Mental, em 27 de agosto de 2009. In: PSICOLOGIA NAS GERAIS, 4., Juiz de Fora, 2009. **Anais...** Juiz de Fora: CRPMG, 2009.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. Loucura, cultura e subjetivo: Conceitos, e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 163-185, 1997.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300002>> Acesso em: 20 jan. 2012.

ANDRADE, L. et al. Prevalence of CID-10 Mental Disorders in a Catchment Area in the City of São Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, New York, v. 37, p. 316-325, 2002.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 552-557, 2008.

BARBANO, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arq Ciên Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 1, p. 52-63, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, p. S71-S77, 2010. Suplemento 2.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, São José do Rio Preto, v. 9, n. 16, p. 303-326, 2011.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde-DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, DF, 2007 a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2007 b.

CACAPAVA, J. R. et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, p. 1256-1260, dez. 2009. Número especial.

CAMPOS, C. J. G.; TEIXEIRA, M. B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev. Esc Enf USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 141-149, jun. 2001.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CASTRO, M. M. L. D.; PASSOS, S. R. L. Entrevista motivacional e Escalas de Motivação parágrafo Tratamento in Dependência de Drogas. **Rev. psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 330-335, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000600004>>. Acesso em: 20 fev. 2012

CASTRO, S. A. **Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-14092009-161137/>>. Acesso em: 28 fev. 2012.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2012

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. et al. Uma experiência de pronto atendimento em saúde mental coletiva. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 101-115, 2004.

CREMESP. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo**. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Estado de São Paulo, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEL-BEN, C. M. et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 33, n. 5, p. 470-476, 1999.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1483-1492, 2009. Suplemento 1.

DELGADO, J. Reflexões na cidade sem manicômio. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 11-25.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

DIAZ, F. S. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica**: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil. 2008. 341 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

FERREIRA, A. P. O ensino de psicopatologia: do modelo asilar à clínica da interação. **Rev latinoam Psicopatol Fundam.**, São Paulo, v. 4, p. 11-29, 2002.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, Aug. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 mar. 2012.

FOSTER, P.; KING, J. Definitive treatment of patients with serious mental disorders in an emergency service. Part I. **Hosp Community Psychiatry**, Washington, v. 45, p. 867-869, 1994.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na Atenção Básica – uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cad Bras Saúde Mental**, v. 1, n. 2, p. 112-131, out./dez. 2009.

GARLET, E. R. et al. Work objective in emergency wards: professionals' conceptions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 535-540, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000400016>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

GELBCKE, F. L.; PADILHA, M. I. C. S.; O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 272-279, abr./jun. 2004.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GONÇALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de drogas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 586-592, dez. 2007.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

HIRDES, A. A Reforma psiquiátrica no Brasil: Uma (re) Visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 2012.

ISHARA, S. **Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial**. 2007. 163 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-07032008-135625/>>. Acesso em: 28 fev. 2012.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682007000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2012.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

KONDO, E. H. et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 501-507, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

LOBOSQUE, A. M. **Caderno Saúde Mental/Seminário Saúde Mental**: os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG, v.3, 2010.

LOCH, A. A. et al. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 173-177, 2011.

LUCCHESI, R. et al. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042 set. 2009.

MÂNGIA, E. F. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, ago. 2009.

Disponível em:

<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042009000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2012.

_____. Psiquiatria institucional: do Hospício à Reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 2012.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 61-71, jan./abr. 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MEDEIROS, H. L. V.; MONTEIRO, D. C.; ANDRADE, P. L. C. Perfil geral de atendimento em um serviço de emergência psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, 74 (1) jan./mar. 2011.

MELMAN, J. A. **Família e doença mental**. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MENEZES, P. R. et al. Incidence of first-contact psychosis in São Paulo, Brazil. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 191, p. 102-106, 2007.

MERHY, E. E. **Engravidando palavras: o caso da integralidade**. Palestra proferida no Congresso da Rede Unida, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>>. Acesso em: 15 Fev. 2012.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. Internações hospitalares provocadas por drogas: uma análise de sete anos consecutivos (1987-1993). **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 107-114, 1995.

NOTO, A. R.; GALDUROZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000100012&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 15 fev. 2012.

NUNES, M.; TORRENTE, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 101-108, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800015>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008, out./dez.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; LEME, F. R. G.; GODOY, K. R. G. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 12, p. 119-138, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria**. Valencia: Conselleria de Benestar Social; Generalitat Valenciana, 2001 a.

_____. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001 b.

OLIVEIRA, R. C. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. In: **A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental**. Instituto de Psiquiatria. Cadernos IPUB, São Paulo, v. VI, nº 17 2000, p. 30-91, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990.

OTANARI, T. M. C. et al. Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 460-467, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400004>> Acesso em: 12 abril 2012.

PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2012.

PARENTE, C. J. S. et al. O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. **REME rev. min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 381-386, out./dez. 2007.

PAULIN, F. L.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist., Cienc. Saude Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V.; LARANJEIRA, R. Treinamento em álcool e drogas para enfermeiros: uma questão de necessidade. **Rev. Hosp. Clin.**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 119-124, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S004187812003000200011>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

PIRMOHAMED, M. et al. The burden of alcohol misuse on an inter-city general hospital. **Q J Med.** London, v. 93, p. 291-295, 2000.

PRANDONI, R. F. S.; PADILHA, M. I. C. S. Loucura e complexidade na clínica do cotidiano. **Esc Anna Nery Rev.** Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 623-634, 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=PT.>

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr./jun. 2007.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des) Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, 2010.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARAES, J.; ENDERS, B. C. Contextual analysis of frequent hospital readmissions of the individual with mental disorder. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 519-527, abr./jun. 2001.

RIBEIRÃO PRETO. **Relatório de Gestão, período de janeiro a dezembro de 2010**. Secretaria Municipal de Saúde. Indicadores do Pacto pela Saúde. Ribeirão Preto, 2010 a. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16relatoriogestao10.pdf>>. Acesso: 2 fev. 2012.

_____. **Relatório de Indicadores de Saúde**. Secretaria Municipal de Saúde. Indicadores do Pacto pela Saúde. Ribeirão Preto, 2010 b. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16indpacto2010.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

_____. RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Rede municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16apresentacao.php>> Acesso em: 9 jan. 2012.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.

RIBEIRO, M. S. O uso funcional e disfuncional de substâncias psicoativas. In: _____. **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em Saúde Mental**. Juiz de Fora: UFJF, 2007. p. 55-80.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ROTELLI, F. Entrevista com Franco Rotelli. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 81-95.

SANTOS, M. E. S. B. et al. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 468-474, 2000.

SEGATTO, M. L. et al. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1753-1762, 2007.

SILVA, A. G. **Violência sofrida pela equipe de enfermagem provocada por pacientes com transtorno mental**. 2011. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

SILVA, B. M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2012.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A.; O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. rurais agroind.**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SOUSA, F. S. P.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.

SOUZA, A. J. F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 391-395, jul./ago. 2007.

SOUZA, A. N. Formação médica, racionalidade e experiência. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 87-96, 2001.

SOUZA, M. C. B. M. **O ensino de Enfermagem Psiquiátrica e/ou Saúde Mental: avanços, limites e desafios**. 2010. 168 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A Doença mental sob o Olhar de pacientes familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 fev. 2012.

STAKE, R. E. **A arte de investigação com estudos de caso**. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2009.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 287-295, 2006. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200013>.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica**: conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. 2. ed. Cali: Carvajal, 1982.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

WILLIAMS, A. V.; MEYER, E.; PECHANSKY, F. Desenvolvimento de um jogo terapêutico para prevenção da recaída e motivação para mudança em jovens usuários de drogas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 407-413, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Apêndice I

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
“CAMPUS” DE RIBEIRÃO PRETO

Telefone: 3602-3391 – FAX: (16) 3633-3271/3630-2561

CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Trata-se de uma pesquisa cujo título é “**Atendimento ao paciente psiquiátrico:** cotidiano de um serviço de pronto atendimento do interior do estado de São Paulo” e que tem como **objetivo:** descrever o cotidiano de atendimento dos pacientes psiquiátricos em um serviço de pronto atendimento do interior do estado de São Paulo; analisar como os profissionais realizam esse atendimento, por meio da observação participante e posterior entrevista com profissionais do serviço, sendo estas analisadas quanto ao conteúdo. Para tal, convidamos você a participar da entrevista (com duração de em média 60 minutos), em data e local previamente agendados, conforme sua disponibilidade. A entrevista será gravada, caso concorde. Sua participação é voluntária, sendo garantido o sigilo das informações, bem como o anonimato. Você poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem quaisquer prejuízos. Acreditamos ter tomado todas as providências para que você não sofra riscos, prejuízos, desconfortos, lesões, mas se achar que sofreu lesão ou qualquer dano decorrente da pesquisa poderá procurar seus direitos. Você não terá gastos financeiros devido à sua participação na pesquisa, porém também não será beneficiado financeiramente. Será informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que o desejar. Dúvidas poderão ser esclarecidas diretamente com os pesquisadores responsáveis. Este termo será confeccionado em duas vias, caso concorde em participar, uma cópia assinada deste termo de consentimento lhe será fornecida e outra fica com o pesquisador. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola (Protocolo n. 445/CEP-CSE-FMRP).

Esclareço que em caso de dúvida, fui orientado a procurar a mestrandia Sara Pinto Barbosa, telefone (16) 8192-4824, ou a Prof^a Dr^a Maria Conceição B. Mello e Souza do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) pelo telefone (16) 3602-3415 ou e-mail: sarabarbosa@usp.br

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima descritos, e consinto em participar deste estudo, realizado pelas pesquisadoras que subscreve este termo de consentimento.

De acordo, Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____

Pesquisadora

Participante da pesquisa

Apêndice II

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
“*CAMPUS*” DE RIBEIRÃO PRETO

Telefone: 3602-3391 – FAX: (16) 3633-3271/3630-2561

CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PACIENTES OU RESPONSÁVEIS**

Trata-se de uma pesquisa cujo título é “**Atendimento ao paciente psiquiátrico:** cotidiano de um serviço de pronto atendimento do interior do estado de São Paulo” e que tem como **objetivo:** descrever o cotidiano de atendimento dos pacientes psiquiátricos em um serviço de pronto atendimento do interior do estado de São Paulo; analisar como os profissionais realizam esse atendimento, por meio da observação participante e posterior entrevista com profissionais do serviço, sendo estas analisadas quanto ao conteúdo. Para tal, solicitamos sua permissão para observar seu atendimento durante período que permanecer no serviço de pronto atendimento do Centro de saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Acreditamos ter tomado todas as providências para que você não sofra riscos, prejuízos, desconfortos, lesões, mas se achar que sofreu lesão ou qualquer dano decorrente da pesquisa poderá procurar seus direitos. Você não terá gastos financeiros devido à sua participação na pesquisa, porém também não será beneficiado financeiramente. Dúvidas poderão ser esclarecidas diretamente com os pesquisadores responsáveis. Este termo será confeccionado em duas vias, caso concorde em participar, uma cópia assinada deste termo de consentimento lhe será fornecida e outra fica com o pesquisador. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola (Protocolo 445/CEP-CSE-FMRP).

Esclareço que em caso de dúvida, fui orientado a procurar a mestrandia Sara Pinto Barbosa, telefone (16) 8192-4824, ou a Prof^a Dr^a Maria Conceição B. Mello e Souza do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) pelo telefone (16) 3602-3415 ou e-mail: sarabarbosa@usp.br

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima descritos, e consinto em participar deste estudo, realizado pelas pesquisadoras que subscreve este termo de consentimento.

De acordo, Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____

Pesquisadora

Participante da pesquisa

Apêndice III

Roteiro para entrevista semi estruturada

Nome (iniciais):

Sexo:

Idade:

Local de trabalho:

Formação e ano de Formação:

Quanto tempo trabalha no serviço?

Quanto tempo faz parte desta equipe?

Tem outro emprego? Qual?

Fez Curso de Pós-Graduação stricto sensu ou lato sensu? Qual? Em que área?

A rede municipal de saúde oferece cursos de capacitação? Quais você já participou?

Questões:

1. Como percebe que se dá o atendimento ao paciente com transtornos mentais neste serviço? Você poderia descrever como você realiza o atendimento ao paciente psiquiátrico no serviço de pronto atendimento?
2. Você já refletiu sobre o cotidiano do atendimento de pessoas com transtornos mentais em seu serviço? O que pensa?
3. Você tem alguma sugestão no sentido de melhorar para o cuidado a pacientes com transtornos mentais neste serviço? Qual (is)?

Anexo

I

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 11 de maio de 2011.

Of. Nº.088/11/COORD. CEP/CSE-FMRP-USP.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, **aprovou** em sua 80ª reunião ordinária, realizada em 10 de maio de 2011, o projeto de pesquisa intitulado: **“Atendimento ao paciente psiquiátrico: cotidiano de um serviço de pronto atendimento do interior do Estado de São Paulo”**, protocolo nº.445/CEP-CSE-FMRP-USP, tendo como pesquisadoras responsáveis: V.Sª e Sara Pinto Barbosa (mestranda do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Recebido 16/05

Sara Pinto Barbosa

Ilma.Sra.
Profª. Dra. Maria Conceição B. Mello
Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e
Ciências Humanas de Ribeirão Preto-USP