UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANDREIA CRISTINA FORMAGGI

Características sociodemográficas e clínicas da população atendida em um serviço de emergência psiquiátrica de um hospital geral do Norte do Paraná

RIBEIRÃO PRETO
2019

ANDREIA CRISTINA FORMAGGI

Características sociodemográficas e clínicas da população atendida em um serviço de emergência psiquiátrica de um hospital geral do Norte do Paraná.

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

Linha de pesquisa: Promoção de saúde mental

Orientador: Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato

Coorientador: Clarissa Mendonça Webster-Corradi

RIBEIRÃO PRETO
2019

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.

Formaggi, Andreia Cristina

Características sociodemográficas e clínicas da população atendida em um serviço de emergência psiquiátrica de um hospital geral do Norte do Paraná.. Ribeirão Preto, 2018.

101 p. : il. ; 30 cm

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

Orientadora: Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato

Coorientadora:Clarissa Mendonça Webster-Corradi

1. saúde mental. 2. emergência psiquiátrica. 3.hospital geral. 4.drogas.

FORMAGGI, Andreia Cristina

Características sociodemográficas e clínicas da população atendida em um serviço de emergência psiquiátrica de um hospital geral do Norte do Paraná.

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

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

AGRADECIMENTOS

Às professoras ***Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato e Clarissa Mendonça Webster-Corradi*** *que me direcionaram no desenvolvimento deste trabalho, contribuindo com suas vivências em pesquisa.*

À ***todos*** *que acreditaram em mim e incentivaram-me a prosseguir na realização deste desafio e com os quais posso compartilhar um pouco da minha vida.*

Os poemas são pássaros que chegam
não se sabe de onde e pousam
no livro que lês.
Quando fechas o livro, eles alçam vôo
como de um alçapão.
Eles não têm pouso
nem porto;
alimentam-se um instante em cada
par de mãos e partem.
E olhas, então, essas tuas mãos vazias,
no maravilhado espanto de saberes
que o alimento deles já estava em ti...

(QUINTANA, 2005).

RESUMO

FORMAGGI, A.C. **Características sociodemográficas e clínicas da população atendida em um serviço de emergência psiquiátrica de um hospital geral do Norte do Paraná**. 2019. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP.

O objetivo deste estudo foi descrever características da população atendida em um serviço de emergência psiquiátrica de portas abertas de um hospital geral. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal, com dados coletados por meio de banco de dados fornecidos pelo hospital no período de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2017. O banco de dados foi gerado no formato de planilha que foi organizada e exportada para software estatístico para fins de análise. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes para um valor de $p<0,05$. Desse modo, foi possível identificar nos atendimentos realizados no serviço de urgência e emergência psiquiátrica que houve predominância do gênero masculino (55,4%), com faixa etária dos 30 a 59 anos (53,9%), buscaram atendimento no período das 13h01 às 19h (40,3%), foi prescrito medicação no local (65,6%), sendo ansiolítico (46,0%), declararam fazer uso de substâncias psicoativas (34,0%), sendo o álcool tipo de substância psicoativa de maior frequência (38,6%). Do total da amostra, foram internados (9,9%), permaneceram em média de 1 a 10 dias de internação (75,8%) e eram casos de reinternação (3,2%). Houve predominância de busca espontânea pelo serviço (62,0%) e receberam alta médica (40,9%). O diagnóstico de maior referência foi de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (34,2%). Ocorreu significância entre a associação entre o uso de substâncias psicoativas e gênero masculino, idade de 30 a 59 anos, horário de atendimento durante o dia, prescrição de medicação, procedência espontânea e encaminhamento para o hospital psiquiátrico. Observou-se também que o tipo de substância psicoativa predominante na faixa etária até 18 anos foi da cocaína e do crack (31,8%) e que os usuários de álcool tiveram índice de internação (51,7%). A razão de chances de buscar o serviço por uso de álcool e outras drogas: o gênero masculino tinha 6,15 vezes mais chances; pessoas com idade entre 30 e 59 anos tinham 3,10 vezes mais chances do que as pessoas com 60 anos ou mais. Os atendimentos realizados na faixa de horário das 19:01 as 7:00h tinham 1,16 vezes mais chances do que os realizados entre 7:01 e 13h. Os atendimentos em que foi administrada medicação tinham 3,08 vezes mais chances de terem sido realizados por procuras relacionadas ao uso álcool e outras drogas do que os que não tiveram administração de medicação. Conclui-se que as variáveis sócio-demográficas mais prevalentes estão de acordo com outros estudos nacionais e internacionais, que os pacientes que declararam uso de substâncias psicoativas foram mais medicados no atendimento e encaminhados ao hospital psiquiátrico do que os que não declararam.

Palavras-chave: saúde mental, emergência psiquiátrica, hospital geral, drogas.

ABSTRACT

FORMAGGI, A.C. **Social-demographic and clinical characteristics of the population served at a psychiatric emergency service at a general hospital in the North of Paraná**. 2019. 101 f. Dissertation (Master degree) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto - SP.

The goal of this essay describes the characteristics of the population served in an all welcome psychiatric emergency department of a general hospital from January 1st, 2016 until December 31st, 2017. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study and the data was collected through a database provided by the hospital. The database was generated on Microsoft Excel spreadsheet format. This spreadsheet has been organized and exported to the statistical software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) and the program R (R Core Team, 2017) version 3.4.1 through the library GAMLSS (RIGBY E STASINOPOULOS, 2007). Thus, it was possible to identify in the emergency room and psychiatric emergency services that were predominantly male (55.4%), ages 30 to 59 years (53.9%), sought care in the period of 01.01.01 (40.3%), on-site medication was prescribed (65.6%), being anxiolytic (46.0%), reported usage of psychoactive substances (34.0%), alcohol being the drug of higher frequency choice (38.6%). From the entire total sample, they were hospitalized (9.9%), and remained on average from 1 to 10 days of hospitalization (75.8%) and there were cases of a second hospitalization (3.2%). There was a predominance of spontaneous search for the service (62.0%) and they were discharged (40.9%). The most frequent diagnosis was mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substance (34.2%). There was a significant association between the use of psychoactive substances and male gender, ages from 30 to 59, daytime hours, prescription of medication, spontaneous origin and referral to the psychiatric hospital. It was also observed that cocaine and crack (31.8%) predominated in the age group up to 18 years of age and alcohol users had an admission rate (51.7%). The odds ratio of seeking the service for the alcohol abuse and other drugs: the male gender was 6.15 times more likely; people aged between 30 and 59 were 3.10 times more likely than those aged 60 and over. The attendances performed in the time zone from 19:01 to 7:00 were 1.16 times more likely than such ones performed between 7:01 and 13:00. Outpatient medications were 3.08 times more likely to have been performed by searches related to alcohol and other drugs than those who did not take medication. The conclusion is that the social-demographic higher frequency profile is similar to other national and international studies, patients who declared the use of psychoactive substances were more medicated in the care and referred to the psychiatric hospital than those who did not report.

Key words: mental health, psychiatric emergency, general hospital, drugs.

RESUMEN

FORMAGGI, A.C. **Características sociodemográficas y clínicas de la población atendida en un servicio de emergencia psiquiátrica de un hospital general del Norte de Paraná**. 2019. 101 f. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.

El objetivo de este estudio fue describir características de la población asistida en un servicio de emergencia psiquiátrica de puertas abiertas de un hospital general. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, con datos recogidos por medio de base de datos suministrados por el hospital en el período del 1 de enero de 2016 hasta 31 de diciembre de 2017. La base de datos fue generada en el formato en que fue organizada y exportada a software estadístico para fines de análisis. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos para un valor de $p < 0,05$. En este modo, fue posible identificar en las atenciones realizadas en el servicio de urgencia y emergencia psiquiátrica que hubo predominancia del género masculino (55,4%),entre edad de 30 hasta 59 años (53,9%), buscaron atención en el período de las 13h01 a las 19h (40,3%), se prescribieron medicación en el lugar (65,6%), siendo ansiolítico (46,0%), declararon hacer uso de sustancias psicoactivas (34,0%), siendo el alcohol tipo de droga de mayor frecuencia (38,6%). En el total de la muestra, fueron internados (9,9%), permanecieron en promedio de 1 a 10 días de internación (75,8%) y eran casos de re internación (3,2%). Hubo el predominio de búsqueda espontánea por el servicio (62,0%) y recibieron alta médica (40,9%). El diagnóstico de mayor referencia fue el de trastornos mentales y comportamentales debido al uso de sustancia psicoactiva (34,2%). Se observó una relación entre el uso de sustancias psicoactivas y género masculino, edad de 30 hasta 59 años, horario de atención durante el día, prescripción de medicación, procedencia espontánea y encaminamiento al hospital psiquiátrico. Se observó también que el tipo de droga predominante en el grupo de edad hasta 18 años fue de la cocaína y del crack (31,8%) y que los usuarios de alcohol tuvieron índice de internación (51,7%). La razón de posibilidades de buscar el servicio por uso de alcohol y otras drogas: el género masculino tenía 6,15 veces más posibilidades; las personas de edad entre 30 hasta 59 años tenían 3,10 veces más probabilidades que las personas de 60 años o más. Las atenciones realizadas en la franja de horario de las 19:01 a las 7:00 tenían 1,16 veces más posibilidades que las realizadas entre 7:01 hasta 13h. Las atenciones en que se administró la medicación tenían 3,08 veces más probabilidades de haber sido realizadas por búsquedas relacionadas con el uso del alcohol y otras drogas que los que no tuvieron administración de medicación. Se concluye que el perfil socio-demográfico de mayor frecuencia es similar a otros estudios nacionales e internacionales, que los pacientes que declararon uso de sustancias psicoactivas fueron más medicados en la atención y encaminados al hospital psiquiátrico que los que no declararon.

Palabras clave: salud mental, emergencia psiquiátrica, hospital general, drogas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Frequência das variáveis sociodemográficas avaliadas nos pacientes atendidos na emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná, 2016 e 2017..... 55

Tabela 2 Frequência das variáveis sociodemográficas avaliadas nos atendimentos da emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná, 2016 e 2017…..... 56

Tabela 3 Frequência das variáveis sociodemográficas avaliadas nos atendimentos da emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná, 2016 e 2017..... 57

Tabela 4 Frequência das variáveis sociodemográficas avaliadas nos atendimentos da emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná, 2016 e 2017…..... 57

Tabela 5 Frequência das variáveis sociodemográficas avaliadas conforme classificação de transtornos mentais nos atendimentos da emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná, 2016 e 2017 ….. 58

Tabela 6 Associação entre uso de substâncias psicoativas e variáveis sociodemográficas e clínicas de atendimentos realizados em 2016 e 2017 na emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná ….. 59

Tabela 7 Associação entre tipos de substâncias psicoativas identificadas nos atendimentos realizados entre 2016 e 2017 na emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná ……... 60

Tabela 8 Estimativas das razões de chance relacionadas ao uso de álcool e outras drogas nos atendimentos realizados em 2016 e 2017 de emergência psiquiátrica em Maringá – Paraná..... 62

LISTA DE SIGLAS E SIMBOLOS UTILIZADOS

μ	Média
AB	Atenção Básica
Abrigo Municipal	Abrigo Municipal de Maringá - Paraná
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial I
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial III
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
Cardiologia (UBS)	Cardiologia na Unidade Básica de Saúde
CCE	Centro de Ciências Exatas
CCM	Casa de Custódia de Maringá
CENSE	Centro de Sócio Educação
Centro POP	Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua
CESUMAR	Centro Universitário de Maringá
CID-10	10ª edição da Classificação Internacional de Doenças
CIS	Centro de Informação em Saúde
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá
CISAMUSEP	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense
Clínica Médica	HMM – Clínica médica do Hospital Municipal de Maringá
Clínica Santa Cruz (Umuarama)	Clínica Santa Cruz do município de Umuarama – Paraná
Comunidade Terapêutica (Iguatemi)	Comunidade Terapêutica do município de Iguatemi – Paraná
Conselho Tutelar Zona Sul	Conselho Tutelar da zona sul do município de

	Maringá – Paraná
CPM	Colégio da Polícia Militar
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
dp	Desvio-padrão
DVSAM	Divisão de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Maringá – Paraná
Enc. ao município de origem	encaminhamento ao município de origem
Enc. Médico Particular	encaminhamento médico particular
ENC. MUNICIPIO	encaminhamento ao município de origem
Faculdade UNIFAMA	Centro Universitário Metropolitano de Maringá – Paraná
FAMMA	Centro Universitário Metropolitano de Maringá – Paraná
H.U	Hospital Universitário
Hospital (Jandaia do Sul)	Hospital do município de Jandaia do Sul - Paraná
Hospital Particular (UNIMED)	hospital particular convênio de saúde Confederação Nacional das cooperativas médicas
Hospital São José	hospital São José do município de Paiçandu – Paraná
HospPsiq	Hospital Psiquiátrico
HPM	Hospital Psiquiátrico de Maringá - Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Involuntária	internação involuntária
Licença	licença médica
LSD	Dietilamida do Ácido Lisérgico
MAREV	Associação Maringá Apoiando a Recuperação de Vidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEM	Penitenciária Estadual de Maringá – Paraná
Pronto Socorro (Paiçandu)	Pronto Socorro do município de Paiçandu – Paraná
PSF	Programa Saúde da Família

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMA	plano de saúde dos servidores municipais de Maringá - Paraná
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Santa Casa	Hospital Santa Casa de Maringá – Paraná
SASC	Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania
Saúde ocupacional	setor de saúde ocupacional da Prefeitura Municipal de Maringá - Paraná
SEMULHER	Secretaria Municipal da Mulher, Igualdade Racial, Juventude e Pessoa Idosa do município de Maringá – Paraná
SEMUSP	Secretaria Municipal de Serviços Públicos da Prefeitura Municipal de Maringá – Paraná
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SRT	Serviços de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
Transferência Jandaia do Sul	transferência para o hospital de Jandaia do Sul – Paraná
Transferência Umuarama	transferência para o hospital de Umuarama - Paraná
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBS (Sarandi)	Unidade Básica de Saúde do município de Sarandi - Paraná
UE	Unidade de Emergência
UNICESUMAR	Centro Universitário de Maringá – Paraná
UNIMED	Confederação Nacional das cooperativas médicas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPA (Sarandi)	Unidade de Pronto Atendimento do município de Sarandi – Paraná
UPA Zona Norte	Unidade de Pronto Atendimento da zona Norte do

	município de Maringá - Paraná
UPA Zona Sul	Unidade de Pronto Atendimento da zona Sul do município de Maringá - Paraná
Viapar	Rodovias Integradas do Paraná S/A
WHO	World Health Organization
X^2	Qui-quadrado

SUMÁRIO

1.	**INTRODUÇÃO……..**	**14**
2	**REVISÃO DE LITERATURA……..**	**17**
2.1	A história da saúde mental no Brasil: construção da Rede de Atenção Psicossocial……	18
2.1.1	Emergência psiquiátrica.....	26
2.1.2	A emergência psiquiátrica e o uso de álcool e outras drogas.....	35
3.	**JUSTIFICATIVA……**	**41**
4.	**OBJETIVOS……**	**43**
4.1	Objetivo Geral…….	44
4.2	Objetivos Especificos……	44
5.	**MÉTODO.....**	**45**
5.1	Tipo de estudo.....	46
5.2	Local.....	46
5.3	Instrumentos.....	48
5.4	Coleta de dados.....	48
5.5	Análise de dados.....	49
5.6	Quadro de características das variáveis.....	51
5.7	Considerações éticas.....	53
6.	**RESULTADOS……..**	**54**
6.1	Características sociodemográficas e clínicas da população atendida……..……	55
6.2	Associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e o uso de álcool e outras drogas…….	58
7.	**DISCUSÃO……**	**66**
8.	**CONCLUSÃO……**	**80**
	REFERENCIAS……	**84**
	ANEXOS……	**100**

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência psiquiátrica fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e atendem grande parte da população que busca atendimentos em Saúde Mental. Muitos pacientes são atendidos todos os dias por esse serviço apresentando as mais diversas necessidades e cada um deles representa uma parcela da população que requerem os serviços de Saúde Mental. Ainda são poucos os municípios que disponibilizam o serviço, principalmente com funcionamento de 24 horas de portas abertas dentro de um hospital geral.

Nessa direção, poucos estudos foram realizados no Brasil buscando conhecer as características dos serviços de emergência psiquiátrica. Desse modo, conhecer características da população que é atendida nesse serviço fomenta novas reflexões e discussões sobre as políticas públicas em Saúde Mental.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a Região Sul apresenta 28,4% de pessoas acima de 18 anos que fazem uso de bebida alcóolica ao menos uma vez na semana; 12,6% apresentaram diagnóstico de depressão sendo que desse índice em torno de metade das pessoas relataram fazer uso de medicamentos para esta patologia e 46,4% obtiveram suporte médico no decorrer do último ano.

A depressão nos paranaenses atingiu uma proporção de 11,7% que dizem ter sido diagnosticadas, dessas a maioria é de mulheres com 17,8% e a minoria de homens com 4,9%. Das pessoas que referiram diagnóstico de depressão, em média 80,4% foram encaminhados a um especialista em Saúde Mental e obtiveram atendimento. Outro dado apresentado pelo IBGE diz respeito ao uso de medicações para indução do sono. Nessa categoria, a média de pessoas acima dos 18 anos que fizeram uso é de 8,3% com predominância do gênero feminino em 11,8% sobre o masculino que foi de 4,4% (IBGE, 2013).

A Emergência Psiquiátrica é um setor muito importante entre as diversas possibilidades de recursos que a saúde mental oferece. É nela que se observa um grande filtro das reais necessidades da população atendida e se os outros diversos recursos disponíveis para tratamento e acompanhamento das pessoas que apresentam sofrimento psíquico estão sendo utilizados adequadamente. Quando as estruturas de base do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram-se instáveis os usuários procuram o serviço de emergência psiquiátrica na expectativa de suprir uma demanda pessoal momentânea, mas que em grande parte dos casos poderiam ser

resolvidos em níveis mais simples de complexidade dentro do SUS e não culminar em uma internação psiquiátrica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A história da saúde mental no Brasil: construção da Rede de Atenção Psicossocial

Os movimentos e as leis sobre Saúde Mental no Brasil estão intrinsecamente ligados às questões de saúde pública e a ideais filosóficos em discussão em outros países (SEIXAS et al., 2009). A insalubridade da capital real durante a época imperial serviu de base para a criação de medidas que tinham como objetivo diminuir a precariedade do quadro sanitário brasileiro.

Nesse contexto, foi a epidemia de febre amarela que reforçou a aprovação do decreto n. 598 de 14 de setembro de 1850, oriundo de um valor de grande custeio a ser investido unicamente na melhoria da salubridade da capital. Por meio desse investimento foi criada a Junta de Higiene Pública que absorveu a Inspeção de Saúde dos Portos e o Instituto Vacínico do Império com o objetivo de melhoria do saneamento da cidade. Assim, em 1851, devido ao trabalho sanitário junto aos portos, a regularização das vacinas e a administração dos profissionais das artes curativas, a Junta de Higiene Pública foi renomeada para Junta Central de Higiene Pública assumindo a função que pertencia anteriormente às câmaras municipais (CABRAL, 2014).

Desse modo, no decorrer dos anos seguintes novos decretos foram renovando as funções da Junta Central de Higiene Pública conforme necessidades sobre salubridade das cidades. Em 1886, a Junta Central de Higiene Pública foi extinta juntamente com seus órgãos e a partir do decreto N. 9.554 de 3 de fevereiro deste mesmo ano se instaurava um Conselho Superior de Saúde Pública (CABRAL, 2014).

Assim, em 1852 foi instalado no império o primeiro hospício, o Hospício Pedro II (HPII) que recebia pessoas alienadas para a cura da doença. Não havia qualquer critério para internação e ficou nítido que grupos específicos sociais eram recorrentemente internados. O HPII, por se tratar do primeiro espaço que asilava as pessoas consideradas alienadas da sociedade, foi galgando repercussão em uma sociedade que se preocupava com o crescimento das cidades. Os médicos que trabalhavam no HPII focavam no objetivo da cura e da pesquisa, entremeados com a religiosidade das irmãs de caridade e com a polícia, que encaminhava para lá as pessoas que perambulavam pela rua como indigentes. Dessa forma, o fato de considerar os indigentes como loucos, era algo comum na esfera pública, conduzindo

ao hospício juntamente com os alienados, pessoas inválidas e pessoas às quais a família não tinha condições de manter em casa por diversos motivos, dentre os quais a falta de recursos, busca pela cura, violência ou mesmo por questões sociais. As questões sociais foram tão sobressalentes que o número de internações e de encaminhamentos feitos pela polícia eram relativamente equivalentes aos pedidos de familiares (RIBEIRO, 2012).

No entanto, Ribeiro (2012) afirma que a polícia, ao enviar os alienados para os hospícios, mostrava relação com a psiquiatria de controle social dos pobres, perseguindo essa camada populacional nas ruas. Socialmente, o estigma que a sociedade dessa época construiu levava em consideração para a decisão da internação a expectativa de cura e o medo do doente mental que representava perigo e que, portanto, deveria ser internado.

Acerca desse contexto de mudanças políticas ocorridas, como a abolição da escravidão e a formação da República, dois movimentos se opuseram. De um lado, o decreto N. 1132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganizava a assistência aos alienados, possibilitando o cuidado na casa da pessoa, realizando nova avaliação de sanidade mental e a proibição de restringir a pessoa em cadeias (BRASIL, 1903). Do outro, opondo-se a essa perspectiva anterior, estava a Liga Brasileira de Higiene Mental, seguindo o ideal de degeneração de Morel sob liderança do psiquiatra Gustavo Riedel, instituída em 1923 (SEIXAS et al., 2009).

De acordo com Seixas et al. (2009), a Liga Brasileira de Higiene Mental objetivava a melhoria na assistência aos doentes mentais aprimorando o atendimento psiquiátrico. Em seus métodos de trabalho permeava a ideia de degeneração por meio da eugenia para esterilizar a população, limpando o chamado “sangue mongólico”. Aos hospícios e prisões eram enviados os marginalizados loucos de rua, alcoolistas, prostitutas e homossexuais com o intuito de excluí-los da sociedade.

O decreto-lei 8.550 (03/01/1946) permitiu firmar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos onde os poderes estaduais se comprometiam a doar o terreno, assumir despesas de manutenção e pagar a folha salarial e o poder federal se encarregava pelo investimento em projeto, construção, instalação e equipamentos (PAULIN et al., 2004).

Acompanhando a crescente mudança que ocorria nos Estados Unidos e na Europa na década de 1960, o Brasil se caracterizou pelo desencontro oriundo pelo despontar de movimentos sociais fortalecidos com a participação dos estudantes e os

sindicatos opondo-se à ditadura militar e a todo tipo de opressão de liberdade e direitos universais. Em meio a toda essa transformação que ocorria no exterior, em território nacional as discussões sobre os pacientes internados em manicômios também acontecia em prol da antipsiquiatria. Tomando como referência a Psiquiatria Democrática Italiana, o Brasil, em 1978, por meio do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), propulsionava o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial em 1987. Nessa direção, o tema da psiquiatria tomava um âmbito social maior e passava a ser debatido socialmente não somente por profissionais da área (OLIVEIRA, 2012).

A grande população que habitava os hospícios do Brasil foi obrigada a viver em situações precárias, com escassez de roupas, higiene, medicamentos, espaço físico, alimentação e profissionais de saúde. O Serviço Nacional de Doenças Mentais, administrado pelo médico Adauto Botelho na década de 1940, alavancou um processo de desenvolvimento e estruturação dos hospícios, instituindo novos ambulatórios e apoiando a melhoria de técnicas terapêuticas, uma vez que, ainda nesse período, os doentes mentais permaneciam subjugados a técnicas ineficazes, agressivas e degradantes. Originaram-se novas metodologias de tratamento, além da lobotomia, o coma e convulsão insulínica, a convulsão ocasionada por cardiazol e a eletroconvulsoterapia (MIRANDA, 2014).

Miranda (2014) diz ainda que esse modo de tratamento foi reforçado devido à condição financeira das pessoas, uma vez que pessoas com condições financeiras piores eram encaminhados aos serviços públicos para serem atendidos com terapias de choque ao contrário dos que possuíam boas condições financeiras e eram internados no Sanatório do Recife onde eram oferecidas terapias biológicas e psicoterapias. Nesse período, as terapias biológicas eram comuns e a eletroconvulsoterapia aceita como tratamento mais eficaz. Já o uso do cardiazol foi praticamente extinto até o final da década de 40, devido a sua agressividade e pouca eficácia. A lobotomia foi abandonada por volta dos anos 50 pela baixa eficácia, irreversibilidade do procedimento e alta periculosidade. O surgimento de novos medicamentos neurolépticos também contribuiu para o desuso dessas técnicas. Nessa mesma década, surgiram movimentos sociais opositores que mais tarde propulsionariam uma revolução na psiquiatria.

Durante o período da ditadura militar no Brasil, foi possível ampliar o debate sobre a igualdade e a liberdade das pessoas abrindo portas para se discutir mais a

respeito da pessoa com transtorno mental, uma vez que antes era vista como perigosa, incapaz, não produtiva e sem função. O “louco” passou a ser observado sob uma perspectiva diferente, com direitos e possibilidade de participar do próprio tratamento (MIRANDA, 2014).

A Reforma Sanitária no Brasil, concomitante ao regime militar, foi um movimento de grande transformação na psiquiatria do país, tendo como alicerce a antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, esta última, desenvolvida por Franco Basaglia desinstitucionalizando os pacientes dos manicômios italianos e empenhando na promulgação uma lei que bloquearia a criação de hospícios e incentivava o seu fechamento, acreditando que a internação nos manicômios era prejudicial ao indivíduo, uma vez que existiam outras formas de reverter os quadros clínicos (OLIVEIRA, 2012).

Na década de 1970, foi realizado o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, no qual foi realizada a declaração contendo os princípios da Saúde Mental, dentre os quais incluía a reorganização do atendimento em saúde mental, a prevenção das doenças e de possíveis agravantes para a pessoa. Em 1977, houve a VI Conferência Nacional de Saúde tentando resgatar as bases da psiquiatria comunitária por meio de capacitações generalistas e lançando o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM). Em 1978, ocorreu o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú, Santa Catarina, mostrando grande expressividade na discussão de novas políticas em saúde mental (OLIVEIRA, 2012).

Nessa direção, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, marco na história da saúde mental no Brasil, ocorrida ao final dos anos de 1970, teve entre seus objetivos a desinstitucionalização da loucura, por meio da extinção dos manicômios, instituições que recebiam as pessoas com transtornos mentais e melhoria do tratamento das pessoas em sofrimento psíquico (LIMA; GUIMARÃES, 2015). Nesse período, houve também a preocupação inicial em relação ao tratamento que era oferecido pelos profissionais de saúde e a forma pela qual essas pessoas excluídas durante um longo período da história poderiam, aos poucos, iniciar um processo de inserção social (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005). Importante ressaltar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira saiu do campo apenas da medicina e se aportou em questionamentos sociais passando a ser discutida também por meio de questões políticas e sociais, englobando outros atores na discussão. (BONET, 2018).

Com esse cenário antimanicomial e o final da ditadura militar, em 1986 foi

inaugurado em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, denominado de CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira. O CAPS tinha o objetivo de evitar internações, oferecer aos pacientes que saíram de hospícios recursos de tratamento condizente aos ideais do movimento. Assim, nesse contexto de 1987, dava-se início o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, em Bauru, São Paulo, envolvendo profissionais de saúde, familiares e usuários dos serviços de saúde mental na discussão sobre manicômios, hospitais psiquiátricos e demais temas de discriminação social (RIBEIRO, 2004).

Em 1988, comungando dos debates sociais, o direito à saúde passa a ser amparado pela Constituição da República (CF/88, art. 196) que diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Já o conceito estabelecido pela OMS é de que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946).

Nessa perspectiva, Ribeiro (2004) relembra que, associado à 8ª Conferência de Saúde, ocorreu em 1988 a I Conferência de Saúde Mental trazendo uma nova visão sobre a ciência psiquiátrica e formas de inserir a saúde mental na política do governo. Na cidade de Santos, São Paulo, em 1989 ocorreu uma intervenção em um hospital psiquiátrico particular devido a denúncias de falecimentos e de maus-tratos. Esse fato levou a prefeitura a reconstruir a imagem do local instalando um Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS), serviço de saúde mental semelhante ao do CAPS.

Sarmento et al. (2006) apontou a necessidade de implantação de dispositivos residenciais terapêuticos no processo de substituição de leitos em hospitais, proporcionando “autonomia” aos pacientes em tratamento. Ribeiro (2004) observa que em 1992, alterado depois em 1994, o Ministério da Saúde do Brasil lançou uma portaria que regulamentava os serviços de saúde mental, indicando o mínimo de recursos humanos e financeiros necessários ao atendimento do usuário dos serviços de saúde mental.

Segundo Paulin et al. (2004), o surgimento da reforma psiquiátrica no Brasil se deu em 1995, tendo a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) ocorrida em 1978, na cidade do Rio de Janeiro, como desencadeadora de intenso

processo de discussão sobre a assistência nos hospitais psiquiátricos públicos. Esse processo levou à criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental.

Durante todos esses anos de luta em prol da pessoa com transtorno mental houve uma grande discussão que durou mais de dez anos em torno da lei 10.216/01, também conhecida como Lei Paulo Delgado e que contribuiu diretamente para a abertura de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, repensando e desconstruindo a ideia de tratar a loucura com o isolamento, e propondo para a sociedade uma oportunidade de tentar reparar os prejuízos causados à pessoa com doença mental, reforçando o direito ao convívio social e à cidadania (DELGADO et al., 2001).

Para Silva et al. (2004) a saúde é exercida pelo indivíduo (ou grupo) com o intuito de realizar aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o meio ambiente enfrentando as adversidades e lutando pela qualidade de vida. Já o adoecimento ocorre quando o indivíduo ou grupo é privado de condições de vida ou trabalho, ou ainda, limitado de se movimentar na vida, circular e ou desenvolver, de expressar sua singularidade e o seu potencial. Nessa direção, a Saúde Mental seria a capacidade de viver a vida, de poder se expressar, de participar e se sentir pertencente na comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), a saúde mental envolveu um processo amplo social e político, mas também foi constituído por muitos aspectos que repercutem em diferentes esferas, envolvendo os níveis políticos, autoridades e profissionais de saúde, organizações, familiares e, principalmente, as pessoas com transtornos mentais. É no dia a dia das instituições e dos serviços atuais disponíveis, e principalmente nas relações interpessoais, que se observa as idas e vindas desse processo, ainda marcado pelos seus desafios e conflitos, repleto de reformulações das práticas, saberes e valores sociais. Um dos principais desafios consiste no aspecto das relações interpessoais entre profissionais da saúde, familiares e a pessoa com transtorno mental, envolvendo formação técnica e teórica, e promovendo uma melhor qualidade de vida e superação de paradigmas.

Um desafio constante em saúde mental diz respeito à hospitalização. Uma pessoa pode ser hospitalizada quando os mecanismos ambulatoriais tornaram-se esgotados (BRASIL, 2001). A internação hospitalar é pautada na sintomatologia manifestada pelo usuário mas ressalta-se que o sofrimento mental engloba outras questões que vão além da sintomatologia; como questões familiares, financeiras,

políticas e demais que compõem o ambiente ao qual a pessoa pertence. A dificuldade em controlar os impulsos e o risco de auto ou heteroagressão justificam algumas internações (FORTES, 2010). Além das intervenções pautadas nas sintomatologias específicas de cada doença a hospitalização também pode estar relacionada a uma condição familiar de cansaço diário devido rotinas junto à pessoa adoecida ou mesmo dificuldades de manejo. Em algumas situações de vulnerabilidade, como questões financeiras precárias e recursos humanos insuficientes, a internação tem o intuito de preservar a pessoa de possíveis maus-tratos. Assim, a hospitalização pode estar relacionada a outras questões de maior amplitude, como questões familiares e socias, e não necessariamente ao processo saúde e doença (PACHECO et al., 2003).

Ely et al. (2014) apresentam uma percepção de sentimentos ambivalentes do ponto de vista da pessoa que foi internada em relação à hospitalização: ora visto como local terapêutico, ora como isolamento social. Nessa premissa, algumas pessoas que passam pelo processo de hospitalização declararam que tiveram a possibilidade de se expressar em convivência com os demais e manifestar outros aspectos não adoecidos (MIRANDA, 1998).

As mudanças realizadas no tratamento em saúde mental nos últimos anos estão para além dos fundamentos históricos e conceituais, envolvendo uma análise crítica de intervenção, gestão, usuários e familiares (LIBERATO, 2009). A discussão e a reformulação constante dos serviços de saúde teve como marco a década de 1970 com um pensamento voltado à novas políticas públicas. Houve a aprovação da Portaria n. 3.088 MS/GM, de 23/12/2011 do Ministério da Saúde que instituiu a RAPS em território nacional. A implantação da RAPS se deu no ano de 2011 com a aprovação da lei 3.088 MS/GM que determinava a implantação, expansão e interrelação da rede de atendimento as pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substancias psicoativas. A RAPS é constituída de rede primária formada por todas as unidades de entrada de atendimentos, a rede secundária constituída por ambulatórios de saúde mental e CAPS e a rede terciária constituída por hospitais psiquiátricos ou gerais (BRASIL, 2011).

A implantação e estruturação dos serviços que pertencem a RAPS, como as modalidades de CAPS, tomam como referência o número de habitantes de cada município (BRASIL, 2002). Esses municípios encaminham seus pacientes para hospitais de referência mais próximos considerando a estrutura de cada cidade e alguns casos que demandam maior suporte clínico ou sintomas psiquiátricos

complexos. Portanto, na rede de saúde mental nem todos os municípios dispõem dos mesmos recursos de suporte aos usuários do SUS em virtude do dessas questões (BRASIL, 2012).

Dentre os dispositivos que constituem a RAPS encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residência Terapêutica (SRT), Centros de Convivência e Cultura, Programa de Volta para Casa e o Programa Saúde da Família (PSF) que objetivam atender a população de modo ambulatorial e, considerados substitutivos ao modelo de tratamento hospitalar (VOLPE, 2010).

Os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad são incumbidos de prestar atendimento a população de modo gratuito e de livre acesso. Cada um deles possui características específicas de atendimento distribuídos por grau de complexidade do tratamento, especificidade para infância ou mesmo para álcool e outras drogas. Pautada no número de habitantes do município: CAPS I – 20 a 70 mil habitantes; CAPS II – 70 a 100 mil habitantes; CAPS III – acima de 100 mil habitantes; CAPSi – para atendimento de pessoas de 0 a 18 anos e CAPSad – pessoas que buscam tratamento para álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A RAPS pode contar com Unidades de Acolhimento, Residências Terapêuticas, hospitais-dia, e emergência psiquiátrica. Para Bonfada e Guimarães (2012) e Barros (2010), os serviços em rede procuram evitar a internação e reinternação psiquiátrica. Bessa (2013) destaca a importância da rede de saúde mental nos municípios para as famílias que possuem pessoas que necessitam de suporte, acompanhamento e tratamento em saúde mental favorecendo o vínculo e a assistência integral. Cavalcanti et al. (2009) observou os atendimentos realizados nos CAPS e outros setores da RAPS e diferenciou que os pacientes com sintomas relacionados a esquizofrenia e quadros psicóticos buscam o serviço do CAPS, enquanto quadros mais leves que não apresentam sintomas de psicose são direcionados aos demais setores da saúde mental.

A RAPS engloba algumas diretrizes que envolvem autonomia, equidade, garantia de acesso e da qualidade dos serviços, base territorial e comunitária, serviços em rede, ações intersetoriais, enfatizando sempre o cuidado centrado nas necessidades das pessoas. Pautada nos objetivos de aumentar possibilidade de acesso das pessoas, vinculá-las ao serviço e poder articular a Rede de Saúde dentro do território em que se encontra (BRASIL, 2013).

De acordo com o Decreto 7.508/2011 a Região de Saúde, para ser

instituída, deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde. A Emergência Psiquiátrica está inclusa no tópico II – urgência e emergência. Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências – SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde entre outros, são responsáveis, em seu território por acolher, classificar o risco e cuidado nas situações de urgência e emergência dos usuários com sofrimento e/ou com necessidades decorrentes de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A revista britânica *The Lancet* publicou edição sobre a temática da Saúde Mental apontando grandes falhas de tratamento e prevenção em diversos países. Além da rapidez do crescimento dos casos registrados nos últimos dez anos ser inversamente proporcional ao investimento de cada nação e a desarticulação com a saúde global como um todo, o dispêndio na economia mundial até 2030 pode ultrapassar as cifras de 16 trilhões de dólares (THE LANCET, 2018).

2.1.1 Emergência psiquiátrica

A Atenção de Urgência e Emergência é um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial que envolve Sala de Estabilização, SAMU 192, UPA 24hs e serviços hospitalares de portas abertas de atenção a urgências que atuam acolhendo a pessoa em sofrimento, classificando os riscos, e cuidando tantos de questões relacionadas a transtornos mentais assim como decorrentes do uso de álcool, crack ou outras drogas (BRASIL, 2013).

Importante ressaltar que não existe uma definição única do que se caracterizaria uma situação de Emergência Psiquiátrica devido a complexidade de manifestações comportamentais que ela pode abarcar (MUNIZZA et al., 1993). A emergência psiquiátrica é marcada por uma situação de crise, de desestabilização, de ruptura, de perturbação, de conflitos, de desordem tanto em nível individual quanto coletivo (SOUSA et al., 2010). Nessa direção, entende-se como emergência psiquiátrica qualquer comportamento que possa ocasionar algum dano grave a si mesmo ou a outros, necessitando de intervenção médica imediata (QUEVEDO, 2014). Esse momento de emergência, verbalizado no senso comum como crise ou surto, é acolhido no setor e conduzido conforme as especificidades de cada caso. A

emergência psiquiátrica cumpre algumas funções diante do usuário do SUS, entre elas: investigação de uma hipótese diagnóstica, exclusão de questões clínicas associadas, estabilização de quadros possíveis, encaminhamento para outros serviços e em último recurso, a internação psiquiátrica (BRASIL, 2011; QUEVEDO, 2014).

Caracteriza-se como emergência na área da saúde a "situação crítica e imprevista que demanda ação imediata; urgência" e, portanto, este serviço de urgência e emergência está disponível para a população ininterruptamente (DICIONÁRIO MICHAELIS, 2018). Desse modo, acredita-se que unir numa única emergência os setores de emergência geral e psiquiátrica seria uma forma de desenvolver esta nova tendência de integração e contribuir para a redução da discriminação da pessoa em sofrimento mental (CARSTENSEN et al., 2017). Duncan et al. (2018) encontraram que há menos empatia por parte dos profissionais nos serviços de saúde quando atendem pessoas com transtornos mentais do que quando a emergência atendida refere-se a condições físicas.

Para Dimenstein (2015) não existe unicidade de opiniões quanto ao conceito de crise em saúde mental entre os profissionais de saúde. As opiniões se dividem em acreditar que a crise seja uma instabilidade mental que deva ser reestabelecida o mais breve possível a fim de evitar agravamentos, outros descrevem como momento de explosão permeado por situação de perigo e que necessita de contenção ou como um momento de sofrimento intenso do qual todos nós estamos predispostos a vivenciar reconhecendo como um processo de mudança e oferecendo recursos para enfrentamento desse momento.

De acordo com a definição médica, caracteriza-se como emergência psiquiátrica qualquer alteração das condições do estado mental que possa gerar situações de risco a si mesmo ou a outros e que necessite de intervenção em caráter imediato (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008). Além disso, pode ser definida também como qualquer alteração de comportamento que não pode ser manejada de maneira rápida e adequada pelos serviços de saúde (BARROS, 2010). Estando a Emergência Psiquiátrica inserida em um hospital geral ainda dispõe de todos os recursos disponíveis em relação a outras especialidades médicas, como exames gerais e contribui para a redução do estigma em relação a pessoa que busca o serviço ou mesmo precisará permanecer hospitalizada (SOUSA et al., 2010).

A emergência psiquiátrica desempenha uma função central no fluxo dos

serviços de saúde mental, uma vez que atua também como porta de entrada do sistema, distribuindo e direcionando as pessoas para outros serviços e avaliando a necessidade de internações, intermediando as relações entre as diversas áreas do sistema de saúde (BARROS, 2010; BURIOLA et al., 2017).

No manejo da emergência psiquiátrica é importante averiguar no momento do atendimento, a existência de um transtorno psiquiátrico na história de vida da pessoa e o que nesse momento suscitou a situação de busca pela emergência. Deve-se atentar principalmente em preservar a vida do paciente e dos acompanhantes nesse momento de crise (SCIVOLETTO; BOARATI; TURKIEWICZ, 2010). Nesse contexto, o acolhimento é um ponto de grande relevância ao tratamento integral, dinâmico e resolutivo para a pessoa em sofrimento, resgatando o que se preconiza a Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Humanização (BURIOLA et al., 2017).

Zalaquett e Munoz (2017) apontam que a intervenção psicoterapêutica em momentos de crise e hospitalização se caracteriza por uma atuação rápida e breve focada na sintomatologia aguda, que emerge da dificuldade da pessoa em sofrimento mental utilizar mecanismos de defesa adaptativos ao se deparar com situações conflituosas. O objetivo da intervenção é a tentativa de restabelecer o equilíbrio que antecedeu a crise ou que ao menos reduza a sintomatologia apresentada, prevenindo sua cronicidade. Segundo esses autores as situações mais críticas que uma pessoa pode vivenciar agrupam-se em três categorias: as situações de violência e temor à própria vida, crises que provocam a perda da autoestima e por último, o temor da morte. Em maior ou menor grau, as crises podem também comprometer tanto o funcionamento corporal quanto potencialmente também afetar o sentido de identidade de uma pessoa.

O trabalho do profissional de saúde que atua na emergência psiquiátrica exige, além da agilidade de intervenção, a observação de um conjunto de variáveis mais amplas como família, ambientes estressores, eventos antecedentes entre outros, diferente dos demais setores hospitalares. Diante disso, a intervenção na crise pode ser fundamental para oferecer um suporte quando a pessoa em sofrimento não consegue dar conta das suas vivências e emoções, facilitando e promovendo um ambiente emocional que auxilie na estabilização da sua saúde mental (ZALAQUETT; MUNOZ, 2017).

Estudo realizado no estado de São Paulo com internações de crianças e

adolescentes, observou que as hospitalizações não tinham relação com uma situação pontual de crise, uma grande parte apresentava transtorno de comportamento ou deficiência mental como diagnóstico, além de detectar a presença de internações oriundas de determinações judiciais. Nesse mesmo estudo os autores levantaram a hipótese de que outros motivos permeavam essas internações, como situações de violência, dificuldades familiares e sociais ou mesmo a não cobertura de área pelos serviços de saúde (BRAGA; D´OLIVEIRA, 2015).

Barros et al. (2010) pontuam que outro papel importante relacionado aos serviços de Emergência Psiquiátrica refere-se ao fato de que a maioria das internações de curta duração no setor de quadros agudos, reduz a utilização de leitos de internação de longa duração em hospitais psiquiátricos.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, o índice de número de leitos em hospitais psiquiátricos especializados e hospitais gerais deveriam ser de 0,45 por mil habitantes. Porém, este índice ainda se encontra abaixo da expectativa estando próximo de 0,11 por mil habitantes. Considerando que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) orienta que este índice seja maior que 0,30 por mil habitantes, o Ministério da Saúde reconhece sua deficiência (BRASIL, 2017).

Estudo que buscou caracterizar o paciente com sofrimento psíquico assistido no Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral (SEPHG), observou o predomínio de pacientes do gênero masculino (70,15%), com idade entre 30 a 49 anos (48,71%) e solteiros (74,86%). Em pouco menos da metade dos casos (42,40%) o diagnóstico foi o de transtorno por uso de álcool, sendo que grande parte dos pacientes (66,50%) deu entrada no serviço por demanda espontânea. Após avaliação do SEPHG, 43,45% dessas pessoas foram encaminhadas ao CAPS-ad (SOUSA et al., 2010). Diante desse problema, é visível a necessidade de maior intervenção por parte das políticas públicas voltadas ao uso de álcool e outras drogas, particularmente, em relação ao álcool.

Observa-se que a eficiência dos serviços de urgência psiquiátrica contribui significativamente para a redução das internações e reinternações hospitalares desnecessárias e que quanto maior a RAPS estiver fortalecida mais facilitará a pessoa que busca os serviços a receber um atendimento de qualidade (VOLPE, 2010). Jarwani (2017) não descarta a possibilidade de que o paciente permaneça em observação no setor de emergência psiquiátrica até que tenha condições de ser

encaminhado para outro setor clínico necessário ou realizar alta médica com encaminhamento para seguimento do tratamento fora do ambiente hospitalar. O autor chama a atenção que não existe uma padronização de sintomas excludentes para internação hospitalar e que fica a critério médico a conveniência ou não da internação psiquiátrica hospitalar.

Del-Ben e Teng (2010) enfatizam a importância da emergência psiquiátrica, que além de manter boa articulação com os demais serviços da rede de saúde mental, oferece também atendimento baseado em dados comprovados cientificamente, permitindo avaliar as rotinas do setor quanto ao seu êxito e resultados. Os autores descrevem que o serviço de emergência psiquiátrica tem características específicas que difere de outros serviços clínicos gerais, que além de prestar um atendimento rápido leva em consideração o motivo da vinda do paciente e ao mesmo tempo, detecta os principais sintomas ou indicativos para o levantamento da hipótese diagnóstica primária. Durante o período de observação do paciente no setor, ocorrem ações relacionadas a evolução da medicação, efeitos colaterais, terapêutica e análise de suporte social ou familiar, sempre levando em consideração que serviços de urgência e emergência apresentam um grande fluxo de consultas em um curto espaço de tempo (DEL-BEN et al., 2017).

No ano de 2009, foi constatado que no estado de Minas Gerais o maior número de internações psiquiátricas acontecia por esquizofrenia ou psicoses relacionadas, sendo a prevalência do gênero masculino (77,1%) (VOLPE et al., 2009). Tannure (2010) realizou um estudo na capital de Minas Gerais e constatou que 3,8% da população que apresentava algum tipo de transtorno mental eram de idosos.

Com relação a faixa etária da infância e adolescência, autores relatam índices estatísticos de transtornos mentais aproximados entre 10 a 15% (SCIVOLETTO; BOARATI; TURKIEWICZ, 2010). No estudo encontrou-se predominância de casos de alteração de comportamento, sendo os mais observados o transtorno desafiador opositor (7%) e os ansiosos (5,2%). Nesta faixa etária, os atendimentos na emergência psiquiátrica podem estar relacionados a uma acentuação de um transtorno mental pré-existente ou a um primeiro episódio de uma manifestação psiquiátrica

Outra característica salientada por Del-Ben e Teng (2010) diz respeito a grande demanda de atendimentos no serviço de emergência psiquiátrica e a alta rotatividade. É observada na emergência psiquiátrica uma grande variedade de

questões clínicas, complexidades específicas em cada paciente que é mais raro de ser observado em outros setores hospitalares.

O serviço de emergência psiquiátrica vem sendo buscado cada vez mais pela população, e diferente do que é definido pela medicina como emergência, recebe pessoas que apresentam diversos comportamentos considerados como situações para atendimentos emergenciais. Esses atendimentos buscam diminuir a possibilidade de maiores danos a própria pessoa que busca este serviço ou a outros e atua de modo rápido e eficiente, enfatizando a ocorrência de um movimento para a integração dos serviços de emergência geral e emergências psiquiátricas (LIMA; GUIMARÃES, 2015).

A emergência psiquiátrica pode ser um indicador para constatação da eficácia do funcionamento dos demais serviços que fazem parte da Rede de Apoio Psicossocial e apontar entraves a serem solucionados (BARROS, 2010). Observa-se também nesse setor que o uso de mandados judiciais gradativamente se tornou mais frequente, ordenando internações ou mesmo períodos de tratamento e restrições para alta médica (BENTES, 1999).

Buriola et al. (2017) ressaltam a importância de conhecer o funcionamento desses serviços para que se tenha um panorama dos atendimentos em saúde mental e de como eles acontecem no dia-a-dia. Harris et al. (2016) constataram que as visitas freqüentes dos usuários a emergência psiquiátrica resultaram, em parte, devido a falta de acesso aos serviços de base comunitários e, por outro lado, por apresentar maior acessibilidade de horário e porta de entrada para outros serviços de saúde. Essa questão condiz com que Candiago (2007) considera ao propor que, quanto melhor a organização e investimento nos serviços ambulatoriais da rede de apoio extra hospitalar de saúde mental, maior será a redução das internações psiquiátricas hospitalares, oferecendo diversidade terapêutica as pessoas que buscam esses serviços.

Na rotina diária dos serviços de emergência psiquiátrica, Calfat (2007) nos esclarece que a pessoa que busca atendimento neste local pode permanecer em observação após atendimento, pode ser encaminhada para outros serviços para seguimento ambulatorial em casos mais simples, ser internado em ambiente hospitalar ou mesmo receber alta médica para retorno a sua residência.

Volpe et al. (2010) descrevem que a população usuária de serviço de emergência psiquiátrica tinha predominância do gênero masculino, média de idade de

38,6 (±12,7) anos e faixa etária prevalente entre 31 e 40 anos (28,4%). Os diagnósticos principais atendidos nos setores de emergência psiquiátrica foram: 31,3% de esquizofrenia, transtorno esquizotípico delirante, psicoses; 21,5% de transtornos de comportamento e mentais em decorrência do uso de álcool e outras substâncias; 16,5% de transtorno de humor afetivo, 12,6% de transtorno neurótico relacionado ao estresse e somatoforme, e 4,7% não tinham hipótese diagnóstica. Lima e Guimarães (2015) em levantamento de pesquisas científicas de 2002 a 2012, apontaram que a faixa etária predominante nos atendimentos está compreendida em média entre os 37 e 39 anos, a busca maior pelo serviço é do gênero masculino, o grupo que incluía diagnóstico de esquizofrenia, transtorno esquizotipico, delirante e psicose foi de 31,3%, seguido pelo diagnóstico de álcool e outras drogas (21,5%) e transtornos de humor (16,5%).

Arias et al. (2017) apresentam algumas características das pessoas que foram atendidas no Departamento de Emergência nos Estados Unidos, dentre elas, eram geralmente mulheres, idade abaixo dos 60 anos, vivendo sozinhas, com queixas que envolvíam comportamento psiquiátrico, toxicologia positiva em exame de urina, intoxicação por álcool ou outras drogas, registro de acesso a instrumentos de letalidade. Documento do Population Reference Bureau (2010) aponta que no dia do falecimento, 20% dos idosos realizaram consulta com um médico, 40% durante a semana e 70% durante os últimos 30 dias em que ocorreu seu falecimento.

Dias et al. (2014) realizaram classificação dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Jundiaí no ano de 2013 e constataram que 7% das ocorrências correspondiam a questões psiquiátricas. Dessas, a maior predominância foi de casos de etilismo (27%), seguidos de depressão (14%), tentativa de suicídio (12%) e surto psicótico (11%).

Jarwani (2017) ressalta que os atendimentos realizados nas Emergências Psiquiátricas tiveram um acréscimo de 38% nas últimas duas décadas. Em hospitais gerais, Mantovani et al. (2010) esclarecem que cerca de 3% dos atendimentos realizados são de pacientes que apresentam algum tipo transtorno mental e que 25% desses são realizados devido a quadros de agitação e/ou agressividade, necessitando habilidade dos profissionais de saúde envolvidos quanto ao diagnóstico diferencial e manejo adequados. Por outro lado, nem todo quadro de agitação e/ou agressividade é decorrente de pacientes que apresentam transtorno mental podendo estar associado a outras questões clínicas (JARWANI, 2017). Apesar do senso comum

afirmar que as pessoas com transtorno mental são agressivas, isto não tem sido comprovado em pesquisas (ROCCA et al., 2006).

Barros (2010) constatou que as pessoas admitidas nesses serviços são na maioria do gênero masculino, sem renda e sem vínculos conjugais. Para aquelas pessoas que necessitaram de internação, esta durou em média 20 dias, e as taxas de ocupação não ultrapassavam 80% dos leitos disponíveis. Observou-se também uma preferência em manter as pessoas com primeiro episódio de transtorno mental internadas em hospital geral para favorecer um diagnóstico mais detalhado das condições do paciente e uma preocupação com as reinternações num curto espaço de tempo em relação a internação anterior.

Para as autoras Braga e D´Oliveira (2015), o termo agressividade tem sido usado de modo amplo tanto no que se refere a justificativa da internação, surgindo comumente na fala do paciente ou mesmo como sintoma. Esse termo acaba englobando e redimindo diversos aspectos de um processo bem mais amplo quando observamos a pessoa como um todo e suas necessidades.

Nos Estados Unidos foi constatado em 2009 que, independente da intenção suicida, o comportamento agressivo auto-lesivo é um dos motivos de maior frequência para que jovens busquem atendimendo num setor de emergência. Esse comportamento é considerado de alto risco para suícídio, visto que a probabilidade aumenta quando a internação é de mulher. Diante disso, os transtornos de humor, por uso de substâncias, de ansiedade e conduta são os mais comuns no setor de emergência, bem como o transtorno de conduta esteve presente em quase 90% dos adolescentes que tentaram suicídio (BRIDGE et al., 2012; SHAFFER et al., 1996; BRENT et al., 1999).

O comportamento suicida, sua ideação ou planejamento também tem sido bastante debatido nos últimos anos nas mídias em geral, e é no setor da emergência psiquiátrica que estes casos são acolhidos diretamente pela equipe de profissionais de saúde. Mesmo não havendo registros em relação às pessoas que pensam em suicídio, o que se observa é uma grande preocupação nos profissionais de saúde na prevenção e interrupção desse comportamento. Com um número mundial expressivo de 49% de mortes por causas externas, acredita-se que se somado as pessoas que pensam em suicídio e as diversas tentativas de suicídio que ocorrem todos os dias, esses dados podem ser ainda maiores (BERLOTE, 2010). Alguns autores consideram que esses indices de tentativa de suicídio sejam multiplicados por vinte vezes a

quantidade de mortes (DEL-BEN et al., 2017).

Del-Ben et al. (2017) apontam que os maiores índices de consumação do suicídio são de jovens e idosos, podendo ser agravado em oito vezes nesta idade quando existe deficiência de amparo social. Estes autores apresentam também outros aspectos que podem influenciar no comportamento suicida, como situação econômica extrema, falta de religião, vínculo familar comprometido ou mesmo negativas profissionais. Torrico et al. (2009) detectaram que um dos indicativos mais sensíveis ao suicídio está relacionado a existência de alguma alteração psiquiátrica ou psicológica na pessoa que comete este ato.

O processo de desinstitucionalização apresenta um novo modelo de amparo, tendo como proposta a inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade em que vive. Nesse movimento, o serviço de Emergência Psiquiátrica no hospital geral surge como um dos alicerces de atendimento a pessoa com sofrimento mental, partindo de uma rede de atenção psicossocial diversificada, descentralizada e interagindo com os demais serviços de saúde cada vez mais focando no recurso extra-hospitalar (CAMPOS; TEIXEIRA, 2013).

Em 2017, o estado do Paraná foi referência nacional em liberação de leitos, exames e consultas apresentando um sistema informatizado que expõe em tempo real onde há disponibilidade de leitos para internação hospitalar (SESA, 2017). Cada unidade solicitante, representada pelos hospitais gerais de cada cidade, encaminha sua solicitação via sistema para a Central de Leitos em Curitiba que realiza a intermediação dos leitos disponíveis no Paraná e encaminha o usuário do SUS para seu tratamento. A destinação da vaga de internação hospitalar também leva em consideração não somente os recursos disponíveis no local conforme cada necessidade como também a proximidade com a residência da pessoa que está sendo hospitalizada (SESA, 2018).

O serviço da emergência psiquiátrica permanece com portas abertas 24 horas. Nessa direção, o número de atendimentos tende a se ampliar em função dessa disponibilidade. Na Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá, a pessoa que busca o serviço pode permanecer por até 72 horas nos leitos de observação após atendimento do médico plantonista, este reavalia o quadro do paciente periodicamente e em seguida realiza o encaminhamento para outra especialidade, internação hospitalar ou seguimento ambulatorial (JUNIOR, et al., 2015). Esses leitos seguem os preceitos da lei 10.216/2001 para uma breve estada

dos usuários em crise, cujo atendimento fora do ambiente hospitalar esteja impossibilitado.

Os moradores de Maringá que conhecem a existência do serviço de Emergência Psiquiátrica prestado pelo hospital municipal buscam atendimento neste local devido ao fácil acesso para a população e pela disponibilidade de horário. Consta no relatório do município de Maringá realizado em 2010 e que trata sobre o serviço de saúde mental, que uma das principais buscas pelo serviço de emergência psiquiátrica ocorre quando existe dificuldade de inserção na rede de saúde mental ambulatorial, desencadeando a ruptura do tratamento e consequentemente um retorno ao setor da emergência psiquiátrica deste município (MARINGÁ, 2010).

Zurita (2013), discorrendo sobre as internações por transtornos de comportamento em decorrência do uso de álcool na Emergência Psiquiátrica do município de Maringá, encontrou 88,6% de predominância do gênero masculino e faixa etária de 41-51 anos, afirmando que estas representaram 46,51% das internações no período de janeiro de 2009 à junho de 2010.

2.1.2 A emergência psiquiátrica e o uso de álcool e outras drogas

O uso de drogas, tanto lícitas como ilícitas, podem gerar problemas de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que a “droga é toda a substância que, introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções”. Essas substâncias ao serem utilizadas produzem alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional do indivíduo. Essas alterações variam de acordo com as características individuais, o tipo de substância psicoativa utilizada, a quantidade e o efeito esperado, além das circunstâncias em que é consumida.

Na atualidade, apesar de variar de região para região, o uso de substâncias psicoativas afeta praticamente todos os países. Pode-se dizer que se tornou um problema de saúde pública global em razão da dependência gerada, dos efeitos produzidos pela progressão no consumo, do multiuso, do abuso crônico e da gravidade de suas consequências, visto que é um grave problema, que ultrapassa o limite biológico, culminando em um aumento vertiginoso da prevalência do consumo na população mundial (MACHADO; MOURA; ALMEIDA, 2015).

De acordo com o DATASUS (2012) referente a indicadores e dados

básicos, a prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas em território nacional teve uma média de 18,4%, sendo 27,9% do gênero masculino e 10,3% feminino. O álcool esteve presente em 93,5% das causas de óbito que envolveram uso de substâncias, seguido por uso de múltiplas drogas (3,8%) e uso de cocaína e derivados (1,9%). A FIOCRUZ (2017) realizou pesquisa durante os anos de 2014 a 2017, e constatou que dos 12 aos 65 anos a prevalência do consumo de álcool nos ultimos 30 dias, 12 meses, na vida e em binge é maior no gênero masculino. A faixa etária que mais consome álcool é a dos 25 – 34 anos (38,2%). Em relação às drogas ilícitas, houve predominância de consumo da maconha, seguido pelo uso de cocaína. Em relação à dependência de drogas, excluindo-se o álcool e tabaco, os indicadores apontaram maiores indices de dependência de maconha, seguida por benzodiazepínicos e depois cocaína. Em relação a busca por tratamento durante a vida, 1,1% dos pesquisados com faixa etária dos 12 – 65 anos declararam ter procurado ajuda durante a vida para lidar com problemas relacionados ao uso de tabaco, álcool ou alguma outra substâncias. A maior procura por tratamento foi em comunidade/fazenda terapêutica (61%), unidades de acolhimento (31%), seguidas do CAPS AD (24%), considerando que uma pessoa possa ter recebido atendimento em mais de um destes serviços (FIOCRUZ, 2017). Importante ressaltar que, neste levantamento, outros danos também foram apontados como relacionados ao uso prejudicial de álcool e outras substâncias ilícitas. Entre eles, foram encontrados: conflitos no trânsito, danos ao patrimônio e agressões, ser vítima de lesões acidentais.

McCoy e Johnson (2011) referem que adultos jovens têm maior probabilidade de envolverem-se no abuso de substâncias, podendo exacerbar a doença mental e levar a crises comportamentais. O abuso de substâncias psicoativas tem sido um fator frequente gerador de atendimentos de emergência. Pessoas que se encontram intoxicadas ou abusando de substâncias costumam realizar mais atendimentos nos setores de emergência e exigem da equipe grande habilidade no manejo comportamental, assim como gastam mais tempo no serviço de emergência psiquiátrica do que pessoas que não se encontram intoxicadas ou que não fizeram uso de substâncias.

Heslin et al. (2015) identificaram que os diagnósticos mais comuns nas hospitalizações admitidas no Departamento de Emergência foram: 65,1% transtornos de ansiedade; 58,7% distúrbios do impulso; entre aqueles que declararam uso de substâncias psicoativas, 84,4% receberam diagnóstico de transtornos relacionados ao

uso de alucinógenos, seguidos de 72% com transtornos relacionados ao uso de álcool. De todos os atendimentos em saúde realizados em 2012, 21,2% apresentaram diagnóstico de transtorno mental e 5,5% de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Os autores identificaram também que a média de dias de internação para as pessoas com diagnósticos somente de transtornos mentais foi aproximadamente 80% mais alto que a média de dias para as pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Barros et al. (2010) em seus estudos realizados na Região de Ribeirão Preto observaram que o perfil dos pacientes que ficaram hospitalizados na Emergência Psiquiátrica eram 56,1% do gênero masculino, 54% com idades de 20 a 39 anos, 28,5% apresentavam confunsão por uso de substâncias psicoativas, 20,3% desorganização psicótica, 19,7% transtornos de humor, 13% transtornos de personalidade, e 18,5% outros diagnósticos. Identificaram que 93% permaneceram na emergência psiquiátrica de 1 a 2 dias e 7% ficaram de 3 a 10 dias.

Os autores discutem que, mesmo não havendo uma legislação específica referente a este fluxo, o Setor da Emergência Psiquiátrica geralmente atende casos de um primeiro episódio de transtorno mental grave e encaminham para internação em hospitais gerais por contarem com suporte de diversas especialidades que favorecem um diagnóstico mais preciso. Com relação aos pacientes diagnosticados com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, as internações são em maior frequência encaminhadas ao hospital psiquiátrico por disponibilizarem de tratamento de longo prazo, sendo a sintomatologia da abstinência cuidada principalmente na Emergência Psiquiátrica.

Urbanoski et al. (2018) observaram que, do total dos pacientes que procuraram o departamento de emergência, uma porcentagem bem baixa (2,1%) referiam-se a pacientes com sofrimento mental. Dentre estas pessoas, 75% tinha feito uso problemático de álcool. Para os autores, o uso repetido do Departamento de Emergências por pessoas que declararam fazer uso de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas pode ser um ressoar de necessidades não satisfeitas em serviços especializados de tratamento e evoca a necessidade de programas que objetivem intermediar os pacientes na transição de situações de emergência para serviços ambulatoriais contínuos.

Bahorik et al. (2018) constataram que a utilização de recursos do departamento de emergência é de 50% a 100% maior para pessoas que declararam

fazer uso de substâncias psicoativas em comparação com pessoas que não declararam uso. Além de emergências médicas agudas, o uso do setor de emergência pode ser por outros sinais de problemas de saúde, necessidades de serviço não atendidas ou inadequado uso do setor. Foram identificados como frequentes diagnósticos da maior para a menor porcentagem, respectivamente: o álcool, a maconha e os opiácios. As visitas ao setor de emergências foram as mais altas entre as pessoas com transtorno por uso de opióides, seguidos pelos que tinham transtornor por uso de maconha e transtornos por uso de álcool. Pacientes que relataram fazer uso de álcool ou outras drogas e recebiam cuidados primários continuamente eram menos propensos a necessidade de realizar atendimento no departamento de emergência.

Em 2018, o Relatório Global sobre Álcool e Saúde apontou que em nosso país aproximadamente 40% da população fez uso de bebida alcóolica no último ano e que a predominância mundial do gênero masculino ficou em 54% (237 milhões) e o feminino (46 milhões) em 27,3%. Comparando-se o consumo de álcool pelos brasileiros em 2016 houve uma redução em relação a 2010 de 8,8 para 7,8 litros de álcool *per capita*, contudo encontra-se acima da média mundial de 6,4 litros de álcool puro (OMS, 2018).

Para Prates (2014), o setor de urgência e emergência psiquiátrica é um local de grande importância para abordagem de usuários de substâncias psicoativas ou álcool e favorece intervenções que se bem conduzidas, sem estigmas, podem propiciar grande melhoria no tratamento dessas pessoas. Germano e Alonzo (2017) constataram em estudo descritivo sobre atendimentos no setor de urgências e emergências numa cidade de São Paulo, que dos atendimentos toxicológicos, 58,1% referiam-se ao abuso de drogas, 68,6% eram homens e 74,6% encontravam-se na faixa etária de 20 a 59 anos.

Braga e D´oliveira (2015), ao pesquisar sobre pessoas hospitalizadas pelo uso de álcool e outras drogas detectaram a presença de outras comorbidades ocasionadas pelo uso de tais substâncias. Del-Bem et al. (2017) reforça a posição de que, em pessoas que apresentam transtorno psíquico, o uso de substâncias psicoativas tem sido uma patologia concomitante frequente e alerta que comportamentos psiquiátricos podem remeter a uma diversidade de questionamentos de patologias, não somente as psiquiátricas. Botega et al. (2012) identificaram que transtornos afetivos, cognitivos e problemas secundários ao uso de álcool são de

grande frequência em hospitais gerais.

Duncan et al. (2018) apontaram que das ligações feitas ao serviço de emergência, 11% estavam relacionadas ao sofrimento mental, sendo 52% do gênero masculino e 48% gênero feminino. De todas as chamadas referentes à questões de saúde mental, 20,% foram relacionadas ao consumo de álcool e 1,% relacionadas ao uso de drogas. Dos atendimentos realizados pelo serviço de emergência em ambulância, 61,3% tiveram alta de um pronto-socorro sem registro de encaminhamentos. Para os casos que envolviam intoxicação por álcool, 49% estavam mais propensos a realizar alta por abandono do tratamento. No setor da emergência, as pessoas permaneceram em média um dia, enquanto as que foram internadas em um serviço psiquiátrico a média foi de oito dias de internação.

Em hospital do Uruguai, constatou-se que das pessoas internadas nos anos de 2005, 2006 e 2007 o diagnóstico de uso abusivo de substâncias psicoativas foi o de maior preponderância de comorbidades. Os dados evidenciaram que as idades compreendiam entre 15 a 35 anos, que o grupo era composto por 62,2% homens, que 72,6% apresentavam diagnóstico de esquizofrenia (F20) e 18,2% transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23). As justificativas mais frequentes para a internação foram a de presença de sintomas psicóticos (46,6%), comportamento agressivo (28,4%) (FIELITZ et al., 2010).

Para Williamson et al. (2012) um dos fatores causadores do efeito “porta giratória” nos serviços de saúde mental é o uso de substâncias psicoativas por pessoas com quadros clínicos psiquiátricos. Já na visão dos usuários do serviço de emergência psiquiátrica, Harris et al. (2016) observaram que eles se sentiam em alguns momentos envergonhados por perceber na equipe de profissionais de saúde certos julgamentos pelo fato de buscarem a emergência numa frequência maior do que outros usuários que apresentavam sintomas clínicos.

Urbanoski et al. (2018) observaram que, nas consultas de pacientes que não relataram o uso de álcool e outras drogas, as razões mais comuns de busca pelo serviço foram por transtornos de ansiedade (35,5%), psicose (30,7%) ou transtornos de humor (26,5%). A maioria dos diagnósticos das pessoas que realizaram atendimento no serviço de emergência envolveu álcool, seguido de múltiplas drogas e opiáceos. Constatou-se que num curto período de 30 dias após o atendimento no departamento de emergência, dois terços dos pacientes recorreram ao serviço novamente. Nessa recorrência, metade (50%) eram por sintomatologias relacionadas

a transtornos mentais e aproximadamente 31% foram hospitalizados novamente. Neste período de 30 dias que culminou em nova procura ao serviço de emergência da cidade, menos da metade dos pacientes fez uso de serviços primários e menos de um terço realizou atendimento com um médico psiquiatra.

Seleghim et al. (2010) observaram que os principais motivos que levaram as pessoas com dependência de crack ao serviço de emergência foram por busca espontânea de tratamento, agressividade familiar, presença de sintomas ou sinais de transtorno mental e transferência de outros setores clínicos. As características que predominaram foram: idades de 20 a 27 anos; ensino médio incompleto; estado civil divorciado; possuir filhos. Para Duailib et al. (2008) os pacientes que procuram um serviço de emergência para tratamento da dependência do crack geralmente apresentam baixa escolaridade, não realizam trabalhos formais, são do gênero masculino e são jovens.

A cocaína, de acordo com Gilmore et al. (2017), é a substância psicoativa mais comumente utilizada entre os pacientes que buscam atendimento no serviço de emergência. Os autores afirmaram que quando a cocaína é usada em conjunto com outra substância psicoativa ou álcool, suas consequências prejudiciais ao organismo podem ser ainda maiores do que quando é usada isoladamente. Para pessoas que procuraram o serviço declarando uso de álcool, a maioria era homem (62%), com média de idade de 45,6 anos. Quando declaravam uso de maconha, 63% eram do gênero masculino, com média de idade de 33,8 anos e para os que disseram fazer uso de cocaína, 66% eram do gênero masculino, com média de idade de 46,9 anos.

Marx et al. (2019) constataram que em Denver - Colorado, onde a maconha teve sua comercialização legalizada no varejo em janeiro 2014, que as características dos pacientes que procuravam o departamento de emergência para atendimento médico eram em sua maioria homens (58%), na faixa etária dos 21 aos 50 anos (71%), residiam no próprio estado (79%) e em sua maioria essas pessoas residiam fora da área legalizada de comércio da maconha. Esse fato foi identificado como turismo da maconha, pois as pessoas migraram para a região legalizada de comércio da maconha e foram elas as responsáveis pela maioria dos atendimentos em serviços de emergência locais.

3 JUSTIFICATIVA

Nos últimos 30 anos, muitas mudanças foram feitas na saúde mental no Brasil que culminaram na proposta da RAPS. Dentre os domínios da RAPS, temos como um dos serviços, o serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica. A literatura tem apontado que este serviço é importante para realizar uma avaliação adequada dos pacientes com transtornos mentais e/ou uso problemático de substâncias, auxiliando no projeto terapêutico destes por meio do encaminhamento para outros serviços da rede, rompendo com o paradigma de que o tratamento em saúde mental deve passar necessariamente pela internação psiquiátrica hospitalar. No serviço de urgência e emergência também podemos detectar se a RAPS tem sido eficiente em suas funções de atendimento ao usuário ou se a maior parte dos casos que chega até ele deveria ter sido resolvido em outros equipamentos, como os da Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossocial, Comunidades Terapêuticas, Consultórios de Rua, serviços da Neurologia, dentre outros. Nos últimos anos, este serviço vem também recebendo muitas pessoas com problemas relacionados ao uso de substância psicoativa. No Brasil, ainda há pouca literatura que busque conhecer as características dos pacientes que buscam este tipo de serviço. Deste modo, faz-se importante conhecer as características da população atendida em um serviço de urgência e emergência com funcionamento de portas abertas, a fim de aprofundar o conhecimento do perfil desta população e, com isto, fomentar políticas públicas que sejam condizentes com quem busca este serviço.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Descrever características da população atendida em um serviço de emergência psiquiátrica de portas abertas de um hospital geral.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever características sociodemográficas e clínicas da população atendida;
- Analisar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e o uso de álcool e outras drogas;

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, descritivo tipo levantamento.

5.2 Local

O estudo foi realizado no Hospital Municipal Thelma Villanova Kasprowicz de Maringá - Setor Psiquiatria, inaugurado em 2003. Atende três Regionais de Saúde do Estado do Paraná: 11ª Regional de Saúde com 25 municípios,13ª Regional de Saúde com 11 municípios e a 15ª Regional de Saúde com 30 municípios; perfazendo (16,54%) 66 municípios do Estado do Paraná; aproximadamente 1 milhão e 700 mil habitantes. Recebe pessoas com transtornos mentais, incluindo transtornos por uso de substâncias psicoativas. Atende adultos, adolescentes e crianças. Este serviço realiza atualmente a regulação e intermediação de leitos psiquiátricos junto a Central de Leitos em Curitiba, regulando para os municípios de Maringá e Mandaguaçu, localizados na região Noroeste do Estado do Paraná.

O serviço fica aberto 24 horas e funciona com “portas abertas”, ou seja, não é preciso agendamento ou encaminhamento. As pessoas chegam por demanda espontânea ou então encaminhadas por outros serviços da Rede de Apoio Psicossocial como: Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Consultório de Rua, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Delegacia, Centro de Socioeducação (Cense), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidade Básica de Saúde (UBS), Conselho Tutelar, Hospitais Gerais, Penitenciária, Residências Terapêuticas e demais setores da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS). A demanda também pode ocorrer de modo involuntário envolvendo estes serviços, sendo o paciente acompanhado por um responsável; ou mesmo por meio de demanda judicial, com determinação compulsória para que seja realizada uma avaliação médica e sejam tomados os devidos encaminhamentos conforme a necessidade de cada paciente. Essa determinação pode partir do juiz ou promotor de justiça e o paciente pode ser encaminhado para outros serviços ou ser internado para tratamento,

dependendo da necessidade de cada caso.

O paciente chega ao hospital municipal e na recepção identifica-se e é aberta uma ficha de atendimento com os dados registrados no sistema de saúde do município. Essa ficha impressa é levada pelo paciente até o setor da psiquiatria onde é recebido por uma equipe multiprofissional que conta com um técnico de enfermagem e um médico plantonista, que pode ser tanto um clínico geral quanto um psiquiatra responsável somente pelo atendimento de porta de entrada. Caso seja necessário a presença de outros profissionais de saúde durante o atendimento esses podem ser solicitados pelo plantonista a qualquer momento, como o psicólogo, assistente social, enfermeiro, ou outros. Todas as informações referentes ao momento do atendimento, bem como a conduta realizada pela equipe, é registrada nesta ficha. Após encerrado o atendimento os dados registrados na ficha de atendimento do paciente são digitados por um funcionário do administrativo em um banco de dados e permanece arquivada no hospital. A chegada do paciente ao setor não caracteriza necessariamente uma internação, podendo este ficar em observação até estabilização do quadro, ser encaminhado aos outros serviços da rede de apoio, retornar ao município de origem devido a problemas clínicos ou seguimento ambulatorial; e, em último recurso, ser internado para tratamento em regime hospitalar.

As solicitações de internações hospitalares são feitas via sistema informatizado para a Central de Leitos em Curitiba que autoriza a internação neste hospital ou no Hospital Psiquiátrico localizado neste mesmo município. É o hospistal de referência para internações de gestantes, idosos, adolescentes femininos e primeiras internações. Gestantes e idosos são encaminhados ao hospital municipal de Maringá em função do suporte clínico disponível por ser um hospital geral. É o único hospital do município a disponibilizar vagas para adolescentes femininos. É também a referência para primeiras internações pois oferece suporte de diversos profissionais de saúde, além de proteger o paciente da estigmatização de uma internação em hospital psiquiátrico.

Durante o tempo de internação é oferecido aos pacientes atendimento médico diário, psicológico e terapia ocupacional durante os dias úteis, e caso haja solicitação médica também podem ser acionadas outras especialidades, como nutrição, fisioterapia, neurologia e odontologia, além da realização de exames de sangue, urina, fezes, radiografia, ultrassonografia, dosagem hormonais, tomografias, ressonâncias computadorizadas ou outras necessidades. O espaço físico do hospital

para o setor da psiquiatria conta com 2 consultórios de atendimento médico, 4 leitos de observação, 26 leitos de internação psiquiátricos, sendo 12 leitos femininos e 14 leitos masculinos e, em cada quarto ficam dois leitos com banheiro privativo; 1 sala para atividades de Terapia Ocupacional, 1 refeitório masculino, 1 refeitório feminino, 1 espaço de tv masculino, 1 espaço de tv feminino, 1 posto de enfermagem, uma área verde, incluindo uma quadra de esportes para atividades gerais que é utilizada diariamente dependendo das condições climáticas. As evoluções médicas são realizadas diária e individualmente; os atendimentos psicológicos e da terapia ocupacional são realizados em grupo ou individuais e os demais profissionais de diversas especialidades disponíveis como nutricionista, neurologista, clínicos gerais, urologistas, infectologistas, sempre que solicitados estão presentes na evolução de cada paciente. As visitas aos pacientes são feitas diariamente das 16 as 17hs e das 20 às 21 hs.

5.3 Instrumentos

O instrumento utilizado foi o banco de dados do setor de Emergência Psiquiátrica do serviço selecionado. Este banco é alimentado semanalmente por um auxiliar administrativo do setor de Emergência Psiquiátrica com informações retiradas da ficha de atendimento de cada pessoa que procura o serviço. As seguintes variáveis foram coletadas por este instrumento: gênero, idade, uso de substância psicoativa, tipo de substância psicoativa utilizada (em caso de poliuso, droga considerada mais problemática pelo profissional), uso de medicamento psiquiátrico, medicamento psiquiátrico principal utilizado, hipótese diagnóstica primária, forma de procedência, encaminhamento feito pelo serviço, necessidade de internação no serviço, tempo de internação, e se a paciente encontrava-se gestante.

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi conduzida pela pesquisadora, que solicitou ao serviço de Emergência Psiquiátrica do hospital em questão o banco de dados do período de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2017. Este banco foi gerado no formato de planilha do programa computacional *Microsoft Excel*. Foram avaliados dados de

12.921 atendimentos.

5.5 Análise de dados

O banco de dados foi gerado no formato de planilha do programa computacional *Microsoft Excel*. Esta planilha foi organizada e exportada para o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foi realizada análise estatística descritiva, por meio da distribuição de frequências, números absolutos e percentuais, médias, mínimo e máximo. Para compreender a associação entre variáveis foram utilizados o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. As variáveis dependentes foram “uso de álcool e outras drogas” e também “tipos de substâncias psicoativas”. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes para um valor de p<0,05.

Para a realização da análise dos dados por meio de modelos lineares generalizados foi utilizado o programa R (R Core Team) versão 3.4.1 através da biblioteca GAMLSS (RIGBY; STASINOPOULOS, 2007). A classe de Modelos Aditivos Generalizados para Posição, Escala e Forma (GAMLSS em inglês) é adequada, sobretudo, para modelagem da variável resposta quando ela não segue uma distribuição da família exponencial e nos casos em que o regressando exibe heterogeneidade, ou seja, quando a escala ou a forma da distribuição da variável resposta mudam com as variáveis explanatórias (FLORÊNCIO, 2010).

Seja $y^T = (y_1, \dots, y_n)$ um vetor de tamanho n da variável resposta com função densidade $f(y_i|\theta^i)$, onde $\theta^i = (\theta_{1i}, \theta_{2i}\ \theta_{3i}\ \theta_{4i}) = (\mu_i, \sigma_i\ \nu_i\ \tau_i)$, e seja k = 1,2,3,4 e seja $g_k(.)$ uma função de ligação monótona que relaciona os parâmetros com as variáveis independentes a partir das equações

$$g_1(\boldsymbol{\mu}) = \boldsymbol{\eta}_1 = \mathbf{X}_1\boldsymbol{\beta}_1 + \sum_{j=1}^{J_1} h_{j1}(\mathbf{x}_{j1})$$

$$g_2(\boldsymbol{\sigma}) = \boldsymbol{\eta}_2 = \mathbf{X}_2\boldsymbol{\beta}_2 + \sum_{j=1}^{J_2} h_{j2}(\mathbf{x}_{j2})$$

$$g_3(\boldsymbol{\nu}) = \boldsymbol{\eta}_3 = \mathbf{X}_3\boldsymbol{\beta}_3 + \sum_{j=1}^{J_3} h_{j3}(\mathbf{x}_{j3})$$

$$g_4(\boldsymbol{\tau}) = \boldsymbol{\eta}_4 = \mathbf{X}_4\boldsymbol{\beta}_4 + \sum_{j=1}^{J_4} h_{j4}(\mathbf{x}_{j4}).$$

Onde μ, σ, ν e τ são vetores de comprimento n, $\beta_k = \left(\beta_{1k}, \beta_{2k}, \ldots, \beta_{j^k}\right)$ é um vetor de comprimento j^k e X_k é a matriz de delineamento de ordem n x j^k. A função h_{jk} é uma função não aditiva não paramétrica da variável explicativa X_k avaliada em x_{jk}. Em Stasinopoulos et al. (2008) são apresentadas todas as distribuições abrangidas na classe GAMLSS.

Outro aspecto bastante relevante em análise de regressão é a presença de variância heterocedástica. Sob heteroscedasticidade, os estimadores de mínimos quadrados ordinários permanecem não-viesados e consistentes, mas deixam de ser eficientes (variância mínima). Adicionalmente, o estimador usual de sua matriz de covariâncias não é válido. Em consequência, os testes t e F convencionais podem conduzir a inferências errôneas (BATES, 1988).

A variável dependente do estudo foi o “uso de álcool e outras drogas” (sim/não). Para a variável uso de álcool e outras drogas, foi utilizada a distribuição Binomial, denotada por Y ~ BI(n,μ), cuja função densidade de probabilidade é dada por

$$p_Y(y|n,\mu) = P(Y = y|n,\mu) = \frac{n!}{y!(n-y)!}\,\mu^y\,(1-\mu)^{n-y}$$

onde y = 0,1,2 ... e 0 < μ < 1 com E(Y) = nμ e Var(Y) = nμ(1 - μ). A função de ligação para μ se dá através da função logito, ou seja, $g_1(\mu) = \text{logito}(\mu) = \log[\mu/(1-\mu)]$.

5.6 Quadro de caracterização das variáveis

Medida	**Instrumento**	**Tipo**	**Valores**
Ano	Questionário Sociodemográfico	Variável Quantitativa Contínua	2016 ou 2017
Gênero	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Nominal	**1-** Feminino **2-** Masculino
Idade	Questionário Sociodemográfico	Variável Numérica Discreta	De 04 a 96 anos
Idade Categorizada	Questionário Sociodemográfico	Variável Categórica Ordinal	**1-** Até 18 anos **2-** De 19 a 59 anos **3-** De 60 ou mais
Tipo de droga	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Nominal	**0-** Nenhuma **1-** Álcool **2-** Cocaína **3-** Crack **4-** Maconha **5-** LSD
Uso AD	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Nominal	**0 –** Não **1 –** Sim
Medicação	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Nominal	**0 -** Nenhuma **1 -** Ansiolítico **2 -** Antipsicótico **3 -** Outros
Diagnóstico	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Nominal	**F0** - F00 a F09 (transtornos mentais orgânicos, inclusive somáticos) **F1** - F10 a F19.9 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa) **F2** - F20 a F29 (esquizofrenia, transtornos esquizotipicos e transtornos delirantes) **F3** - F30 a F39 (transtornos de humor) **F4** - F40 a F48.9 (transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes) **F6** - F60 a F69 (transtornos da personalidade e do comportamento do adulto) **F7** - F70 a F79 (retardo mental) **F9** – F90 a F98 (transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência)
Horário	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Ordinal	**1 -** Das 07h as 13h **2 -** Das 13:01h as 19h **3 -** Das 19:01h as 6:59h

Internação	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Nominal	1 - Não 2 - Sim
Dias de internação	Questionário Sociodemográfico	Variável Numérica Discreta	De 0 a 71 dias
Dias de internação Categorizados	Questionário Sociodemográfico	Variável Categórica Ordinal	1 - Nenhum dia 2 - De 1 a 10 dias 3 - De 11 a 20 dias 4 - De 21 a 30 dias 5 - 31 ou mais dias
Procedência	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Nominal	**1 - Unidades de Emergência:** diferentes UPAs regionais, Corpo de bombeiro, Viapar, SIATE, Involuntária, SAMU. **2 - CAPS:** CAPS i, CAPS AD, CAPS I, CAPS II, CAPS III. **3 - Atenção Básica:** Consultório de Rua, UBS. **4 - Judiciais:** Cense, Conselhos Tutelares, Ordem Judicial (Compulsória), Departamento Penitenciário, Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. **5 - Sociais:** SASC, SEMULHER, Albergue Santa Luzia de Marila, Centro POP, Abrigo Municipal, Centro de Atendimento a Mulher Maria Maria, APAE, Associação Aliança de Misericórdia, Saúde Ocupacional (Maringá), SEMUSP, Faculdade UNIFAMA, Faculdade Metropolitana de Maringá, FAMMA, CCE, Colégio Santa Cruz, CESUMAR, CPM. **6 - Espontâneo: Voluntário** **7 - Hospitais gerais**: Hospitais privados, hospitais públicos, outras clínicas do próprio hospital, encaminhamentos particulares, licença, DVSAM, CIS. **8 - Outros municípios:** encaminha-mentos vindo de outros municípios.
Encaminhado	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Nominal	**1 - CAPS:** CAPS i, CAPS AD, CAPS I, CAPS II, CAPS III **2 - Atenção Básica:** UBS **3 - Unidade de Emergência:** UPAs **4 – Sociais:** Casa Lar, Centro POP, Casa de passagem, Lar Preservação da Vida, CRAS, MAREV, Comunidade Terapeutica, Casa de Nazaré e Saude ocupacional. **5 - Hospital Psiquiátrico**: Hospital Psiquiátrico e Reinternação. **6 - Ambulatórios:** Hospitais gerais, sala de Emergência, CCM, UNIMED, CISAM, CISAMUSEP e

			UNICESUMAR. **7 - Alta:** Altas, Licenças e Óbitos. **8 - Judiciais:** CENSE, DEPEN, Mandado de prisão, Casa de Custódia, Delegacia e PEM. **9 - Abandono:** Abandono de tratamento e Evasão.
Reinternação	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Nominal	**1 –** Sim **2 –** Não
Gestante	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Nominal	**1 –** Sim **2 -** Não **0** - Não se aplica
Dado Clínico	Questionário Sociodemográfico	Variável Qualitativa Nominal	**1** – Outros **3** - DM (Diabetes mellitus) **4** - ITU (Infecção do trato urinário) **5** - DM + HAS (hipertensão essencial - primária) **6** - HIV (Human Immunodeficiency Virus)

5.7 Considerações éticas

A pesquisadora possui autorização da Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS) para utilizar o banco de dados. A coleta foi desenvolvida após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, em 20 de junho de 2018, sob o número CAAE 88946318.9.0000.5393.

Por se tratar de pesquisa com dados secundários registrados em banco de dados, solicitou-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de evitar riscos, os pesquisadores assumiram a responsabilidade pela guarda e codificação das informações de maneira que impossibilitasse a identificação dos sujeitos. O banco de dados também só foi manipulado pelos pesquisadores envolvidos no projeto. Os dados foram trabalhados em computadores com sistema de segurança, anti-vírus e outros, todos atualizados. Destacou-se o compromisso em desenvolver a pesquisa, cuidando do manejo e acesso ao banco de dados e respeitando-se todos os aspectos éticos para desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, atendendo à Resolução 466/12.

6 RESULTADOS

6.1 Características sociodemográficas e clínicas da população atendida

Foram avaliados dados de 12921 atendimentos realizados nos anos de 2016 e 2017 na emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá no estado do Paraná. Observou-se que em algumas das variáveis houve dados não registrados, havendo pequena diferença entre o N das variáveis descritas. A média de idade das pessoas atendidas foi de 36,5 ± 14,9 (Min = 4; Máx = 96). A categoria de idade de 30 a 59 anos predominou (55,1%).

O maior número de atendimentos realizados era do gênero masculino (55,4%) e o maior fluxo de atendimentos ocorreu no período das 13h01min. às 19h. (40,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas avaliadas nos atendimentos realizados na emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná, 2016 e 2017.

Variável	Frequência	%
Gênero		
Masculino	7158	55,4
Feminino	5757	44,6
Não registrados	6	0
Idade (anos)		
Até 17	955	7,4
18 a 29	3735	28,9
30 a 59	6973	53,9
60 ou +	1005	7,8
Não registrados	253	2,0
Gestante		
Não	7768	60,1
Sim	3	0,0
Não registrados	5150	39,9
Horário		
07h01 - 13h	4365	33,8
13h01 - 19h	5211	40,3
19h01 - 07h	3315	25,7
Não registrados	30	0,2

Em 65,6% dos atendimentos realizados os pacientes receberam medicação, sendo que em 46% dos casos o principal medicamento ministrado foi o ansiolítico; 34,0% dos atendimentos foram buscados devido ao uso de substância psicoativa, sendo que em 38,6% das situações, esta era o álcool (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas avaliadas nos atendimentos realizados na emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná, 2016 e 2017.

Variável	Frequência	%
Realizado medicação		
Sim	8488	65,6
Não	4192	32,5
Não registrados	241	1,9
Tipo de medicação (N=8488)		
Ansiolítico	3904	46,0
Antipsicótico	2461	29,0
Outros	2123	25,0
Uso de substância psicoativa		
Sim	4400	34,0
Não	8280	64,1
Não registrados	241	1,9
Tipo de substância psicoativa (N=4400)		
Álcool	1701	38,6
Crack	1274	28,9
Cocaína	1252	28,5
Maconha	172	4,0
LSD	1	0,0

Em 90,1% dos atendimentos não foi necessária a internação hospitalar. Dentre as situações de necessidade de internação, 75,8% foram internações de 1 a 10 dias e 96,8% não foram casos de reinternação hospitalar (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas avaliadas nos atendimentos realizados na emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná, 2016 e 2017

Variável	Frequência	%
Foi internado		
Não	11641	90,1
Sim	1280	9,9
Dias de internação (N=1280)		
1 a 10 dias	971	75,8
11 a 20 dias	226	17,6
21 a 30 dias	49	3,8
31 dias ou mais	34	2,8
Reinternação		
Não	12506	96,8
Sim	415	3,2

A maioria dos atendimentos foi por busca espontânea (62,0%) e, quanto aos encaminhamentos, a maior frequência foi de alta médica (40,9%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas avaliadas nos atendimentos realizados na emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná, 2016 e 2017

Variável	Frequência	%
Locais de procedência		
Espontâneo	8016	62,0
Unidades de emergência	2585	20,0
Atenção básica	831	6,4
Outros municípios	528	4,1
Hospitais gerais	355	2,7
CAPS	237	1,8
Judiciais	151	1,2
Sociais	61	0,5
Não registrados	157	1,3
Locais de encaminhamentos		
Alta médica	5291	40,9
Hospital psiquiátrico	3176	24,6
CAPS	1930	14,9
Atenção básica	1248	9,7
Abandono de tratamento	714	5,5
Unidades de emergência	249	1,9
Ambulatórios	102	0,8
Judiciais	25	0,2
Sociais	19	0,1
Não registrados	167	1,3

Em relação ao transtorno psiquiátrico primário registrado nos atendimentos realizados no serviço, a classificação de maior frequência foi a de Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (34,2%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas avaliadas conforme classificação de transtornos mentais nos atendimentos realizados na emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná, 2016 e 2017

Variável	**Frequência**	**%**
Diagnósticos		
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	4416	34,2
Transtornos de humor	2714	21,0
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes	1781	13,8
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	1217	9,4
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	508	3,9
Transtornos mentais orgânicos, inclusive somáticos	211	1,6
Retardo mental	179	1,4
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	146	1,1
Não registrados	1749	13,6

6.2 Associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e o uso de álcool e outras drogas

Ao avaliar as possíveis associações da variável dependente “uso de álcool e outras drogas” com as demais variáveis estudadas, observou-se associação significativa desta com gênero, idade, diagnóstico, horário de busca por atendimento, medicação, internação, procedência e encaminhamento ($p<0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Associação entre uso de substâncias psicoativas e variáveis sociodemográficas e clínicas de atendimentos realizados em 2016 e 2017 na emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná

Variável	N	Uso de álcool e outras drogas		*P*
		Não N (%)	Sim N (%)	
Gênero	12675			<0,001**
Masculino		3331 (47,4)	3694 (52,6)	
Feminino		4947 (87,6)	703 (12,4)	
Idade (anos)	12668			<0,001**
Até 17		770 (80,6)	185 (19,4)	
18 a 29		2419 (64,8)	1316 (35,2)	
30 a 59		4224 (60,6)	2749 (39,4)	
60 ou +		858 (85,4)	147 (14,6)	
Diagnóstico	11171			<0,001**
F0		211 (100)	0 (0)	
F1		28 (0,6)	4387 (99,4)	
F2		1217 (100)	0 (0)	
F3		2710 (99,9)	4 (0,1)	
F4		1779 (99,9)	2 (0,1)	
F6		506 (99,6)	2(0,4)	
F7		179 (100)	0 (0)	
F9		146 (100)	0 (0)	
Horário de busca por Atendimento	12651			<0,001**
07h01 - 13h		2825 (66,8)	1407 (33,2)	
13h01 - 19h		3532 (68,8)	1605 (31,2)	
19h01 - 07h		1903 (58)	1379 (42)	
Medicação	12676			<0,001*
Não		3538 (84,4)	654 (15,6)	
Sim		4738 (55,8)	3746 (44,2)	
Internação	12680			0,046*
Não		7450 (65,6)	3909 (34,4)	
Sim		830 (62,8)	491 (37,2)	
Reinternação	12680			0,701*
Não		8006 (65,3)	4260 (34,7)	
Sim		274 (66,2)	140 (33,8)	
Locais de Procedência	12670			<0,001**
Espontâneo		5257 (66,1)	2691 (33,9)	
Unidades de emergência		1526 (59,3)	1049 (40,7)	
Outros municípios		309 (58,6)	218 (41,4)	
Atenção Básica		674 (81,7)	151 (18,3)	
CAPS		127 (54,5)	106 (45,5)	
Hospitais gerais		286 (81,5)	65 (18,5)	
Judiciais		55 (36,7)	95 (63,3)	
Sociais		36 (59)	25 (41)	

continua...

Variável	N	Uso de álcool e outras drogas		*P*
		Não N (%)	Sim N (%)	
Locais de Encaminhamento	12654			<0,001**
Hospital Psiquiátrico		1096 (34,5)	2078 (65,5)	
Alta hospitalar		4171 (79,3)	1087 (20,7)	
CAPS		1154 (59,9)	773 (40,1)	
Abandono		426 (64,2)	238 (35,8)	
Atenção básica		1146 (92,2)	97 (7,8)	
Unidades de emergência		148 (60,7)	96 (39,3)	
Ambulatórios		98 (96,1)	4 (3,9)	
Judiciais		15 (60)	10 (40)	
Sociais		7 (41,2)	10 (58,8)	

conclusão.

*teste exato de Fisher **teste qui-quadrado

Ao avaliar as possíveis associações da variável dependente “tipo de substâncias psicoativas” com as demais variáveis, ficou evidenciada associação significativa entre gênero, idade, internação, reinternação (Tabela 7).

Tabela 7 - Associação entre tipos de substâncias psicoativas identificadas nos atendimentos realizados entre 2016 e 2017 na emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá, Paraná

Variáveis	N	Tipo de substância psicoativa				*P**
		Álcool N (%)	Cocaína N (%)	Crack N (%)	Maconha N (%)	
Gênero	4396					0,029
Masculino		1462 (39,6)	1027 (27,8)	1062 (28,8)	142 (3,8)	
Feminino		238 (33,9)	224 (31,9)	211 (30)	30 (4,3)	
Idade	4396					<0,001
Até 18		28 (11,4)	78 (31,8)	78 (31,8)	61 (24,9)	
19 a 59		1533 (38,3)	1169 (29,2)	1191 (29,7)	111 (2,8)	
60 ou mais		139 (94,6)	4 (2,7)	4 (2,7)	0 (0)	
Internação	4399					<0,001
Não		1447 (37)	1136 (29,1)	1178 (30,1)	147 (3,8)	
Sim		254 (51,7)	116 (23,6)	96 (19,6)	25 (5,1)	
Reinternação	4399					<0,001
Não		1620 (38)	1223 (28,7)	1249 (29,3)	167 (3,9)	
Sim		81 (57,9)	29 (20,7)	25 (17,9)	5 (3,6)	

*teste qui-quadrado

Foi realizado um estudo de regressão a fim de calcular as estimativas das razões de chance relacionadas ao uso de álcool e drogas nos atendimentos realizados. Estes dados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 **-** Estimativas das razões de chance relacionadas ao uso de álcool e outras drogas nos atendimentos realizados em 2016 e 2017 de emergência psiquiátrica em Maringá - Paraná.

Variáveis	%	Parâmetro	Erro Padrão	Estatística Z	Razão de chances	Razão de chances Limite inferior	Razão de chances Limite superior	*p*
Intercepto	-	-4,05	0,13	-31,89	0,02	0,01	0,02	0,0001*
Gênero								
Masculino	52,6	1,82	0,05	35,07	6,15	5,56	6,81	0,0001*
Feminino	12,4	Referência						
Faixa etária								
Até 17	19,4	0,17	0,14	1,21	1,19	0,90	1,56	0,2254
18 a 29	35,2	0,90	0,11	8,12	2,46	1,98	3,06	0,0001*
30 a 59	39,4	1,13	0,11	10,59	3,10	2,52	3,84	0,0001*
60 ou +	14,6	Referência						
Horário								
07h01 - 13h	33,2	Referência						
13h01 - 19h	31,2	-0,09	0,05	-1,72	0,91	0,82	1,01	0,0853
19h01 - 07h	42,0	0,15	0,06	2,51	1,16	1,03	1,31	0,0001*
Medicação								
Sim	44,2	1,12	0,06	20,23	3,08	2,76	3,43	0,0001*
Não	15,6	Referência						
Internação								
Sim	37,2	0,58	0,09	6,30	1,78	1,49	2,13	0,0001*
Não	34,4	Referência						
Reinternação								
Sim	33,8	-0,30	0,15	-1,99	0,74	0,55	1,00	0,0471*
Não	34,7	Referência						

continua...

Variáveis	%	Parâmetro	Erro Padrão	Estatística Z	Razão de chances	Razão de chances Limite inferior	Razão de chances Limite superior	p
Procedência								
Judiciais	63,3	0,65	0,23	2,80	1,91	1,23	3,03	0,0051*
CAPS	45,5	0,06	0,16	0,39	1,07	0,77	1,47	0,6959
Sociais	41	-0,18	0,34	-0,55	0,83	0,43	1,60	0,5830
Unidades de emergência	40,7	-0,30	0,06	-4,83	0,74	0,66	0,84	0,0001*
Atenção Básica	18,3	-0,66	0,11	-5,98	0,52	0,41	0,64	0,0001*
Outros municípios	41,4	-0,71	0,11	-6,31	0,49	0,40	0,61	0,0001*
Outros Hospitais gerais	18,5	-1,08	0,16	-6,77	0,34	0,25	0,46	0,0001*
Espontâneo	33,9	Referência						
Encaminhamento								
Hospital Psiquiátrico	65,5	1,57	0,06	26,05	4,80	4,27	5,41	0,0001*
Sociais	58,8	1,46	0,58	2,52	4,31	1,41	14,04	0,0118*
Unidades de emergência	39,3	0,93	0,16	5,91	2,54	1,86	3,46	0,0001*
CAPS	40,1	0,86	0,07	2,54	2,36	2,06	2,70	0,0001*
Abandono	35,8	0,81	0,10	7,92	2,25	1,84	2,74	0,0001*
Judiciais	40	-0,12	0,47	-0,24	0,89	0,34	2,23	0,8069
Atenção básica	7,8	-0,98	0,12	-8,26	0,37	0,29	0,47	0,0001*
Ambulatórios	3,9	-1,82	0,53	-3,46	0,16	0,05	0,40	0,0005*
Alta hospitalar	20,7	Referência						

conclusão.

**p* valor significativo

Observa-se pela Tabela 08 que o gênero masculino tinha 6,15 vezes mais chances de buscar o serviço estudado por uso de álcool e outras drogas do que o gênero feminino. Pessoas com idade entre 18 e 29 anos tinha 2,46 vezes mais chances de buscar o serviço estudado por uso de álcool e outras drogas do que as pessoas com 60 anos ou mais. Pessoas com idade entre 30 e 59 anos tinham 3,10 vezes mais chances de buscar o serviço estudado por uso de álcool e outras drogas do que as pessoas com 60 anos ou mais.

Os atendimentos realizados na faixa de horário das 19:01 as 7:00h tinham 1,16 vezes mais chances de terem acontecido devido a buscas por uso de álcool e outras drogas do que os realizados entre 7:01 e 13h. Os atendimentos em que foi administrada medicação tinham 3,08 vezes mais chances de terem sido realizados por procuras relacionadas ao uso álcool e outras drogas do que os que não tiveram administração de medicação (Tabela 8).

Os atendimentos que geraram internação tiveram 1,78 vezes mais chances de acontecer em situações em que a pessoa tinha buscado o serviço por uso de álcool e outras drogas. Os atendimentos devido ao uso de álcool e outras drogas envolveram menos situações de reinternação (redução relativa de 26%).

Em relação à procedência das pessoas atendidas no serviço, atendimentos realizados por encaminhamento judicial tiveram 1,91 vezes mais chances de serem relacionados ao uso de álcool e outras drogas do que os de busca espontânea. Atendimentos procedentes de Unidades de Emergências tiveram redução relativa de 26% quanto à busca por uso de álcool e outras drogas do que os de procedência espontânea. Atendimentos procedentes de serviços da atenção básica tiveram redução relativa de 48% quanto à busca por uso de álcool e outras drogas do que os pacientes de procedência espontânea. Atendimentos procedentes de outros hospitais gerais tiveram redução relativa de 66% quanto à busca por uso de álcool e outras drogas do que os de procedência espontânea. Os atendimentos procedentes de outros municípios tiveram redução relativa de 51% quanto à busca por uso de álcool e outras drogas do que os de procedência espontânea.

Em relação ao encaminhamento, atendimentos que foram referenciados para hospitais psiquiátricos tiveram 4,80 vezes mais chances de envolverem a busca devido ao uso de álcool e outras drogas do que os que não geraram encaminhamento. Os atendimentos que foram referenciados para instituições sociais, como comunidades terapêuticas e abrigos, tiveram 4,31 vezes mais chances de envolverem

busca por uso de álcool e outras drogas do que os que não geraram encaminhamento. Os atendimentos que foram referenciados para Unidades de Emergência tiveram 2,54 vezes mais chances de envolverem uso de álcool e outras drogas do que os que não geraram encaminhamento. Os atendimentos que foram referenciados para os CAPS tiveram 2,36 vezes mais chances de envolverem busca por uso de álcool e outras drogas do que os que não geraram encaminhamento.

Em situações que envolveram uso de álcool e drogas, observou-se uma redução relativa de 84% de encaminhamentos para ambulatórios e uma redução relativa de 63% para encaminhamentos para a atenção básica.

7 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo descrever características da população atendida em um serviço de emergência psiquiátrica de portas abertas de um hospital geral nos anos de 2016 e 2017.

As perdas de registros de dados do banco deste estudo foram inferiores a 2%. Apesar dos *missings* o sistema foi bem administrado, mostrando cuidado no preenchimento do banco de dados com as informações. Com dados mais fidedignos torna-se possível uma estimativa adequada de prevalência das variáveis elencadas. Esse cuidado e gerenciamento das informações é fundamental para que se possa identificar mudanças ocorridas em um processo, possibilitando alterações de planejamento em um curto espaço de tempo, visando maior eficácia nos resultados (LIRA et al., 2008).

Nota-se que a maioria dos atendimentos realizados foi para pessoas do gênero masculino. Sousa et al. (2010), Dalgalarrondo et al. (2003) e Santos et al. (2000) também encontraram predominância do gênero masculino em serviços de emergência psiquiátrica. De modo geral, homens buscam o serviço de saúde em último caso, diferente das mulheres que parecem fazer mais acompanhamentos em serviços da atenção básica e especializados. Gomes et al. (2007) acreditam que a menor procura dos homens pelos serviços de saúde tenha relação com discursos de gênero, que posicionam os homens como sendo fortes, que não se emocionam e não adoecem. Também, parece haver maior medo entre os homens de serem diagnosticados com alguma patologia, retardando a procura pelo atendimento médico e muitas vezes agravando o quadro.

A faixa etária mais presente no serviço foi a dos 30 aos 59 anos, sendo a média de idade de 36,5 anos. Observou-se um número pequeno de adolescentes e idosos, com maior concentração em adultos, em idade produtiva. Zanardo et al. (2017), Sousa et al. (2010) e Santos et al. (2000) também encontraram predominância na busca por emergência psiquiátrica entre adultos. Andrade (2010) diz que esse período é o de maior estresse e responsabilidades, menos lazer, trabalho intenso, relações familiares conturbadas, podendo surgir dificuldades funcionais. Por outro lado, o número de vagas disponibilizadas aos adolescentes é menor do que o número de vagas destinadas aos adultos. Outra observação refere-se ao fato de que este hospital é o único lugar no município que disponibiliza vagas para adolescentes do gênero feminino e em proporção reduzida, geralmente quatro vagas masculinas e quatro vagas femininas, sendo duas destinadas a pessoas com transtornos mentais e

duas destinadas a pessoas com uso problemático de substâncias. Caso haja necessidade de internação e as vagas já estejam preenchidas, é necessário remeter a solicitação à Central de Leitos do Estado do Paraná pedindo permissão e justificando o motivo da solicitação da vaga. Entende-se também que durante o período da adolescência, outros recursos são acionados com o intuito de atender aos adolescentes, como o Conselho Tutelar, o Centro de Sócio Educação, a Secretaria de Educação, os abrigos, as Famílias Acolhedoras e outras entidades.

Neste estudo, observou-se diferença na substância utilizada de acordo com a faixa etária. Entre as pessoas de até 18 anos que buscaram o serviço sob o efeito de substâncias psicoativas, o crack e a cocaína estiveram mais presentes (31,8% para cada um deles), seguido por uso de maconha (24,9%) e álcool (11,4%). Já na faixa etária dos adultos, que compreende de 19 a 59 anos, a procura pelo serviço foi maior devido ao uso de bebidas alcoólicas (38,3%), seguido por cocaína e crack (29% para cada um deles). Já entre os idosos (maior de 60 anos), observou-se que quase a totalidade dos que buscaram por transtornos por uso de substâncias estavam sob o uso de álcool (94,6%). Apesar de não identificarmos pesquisas no Brasil que tratam do uso de substâncias psicoativas em idosos atendidos em setores de emergências, uma pesquisa realizada no CAPS de Ribeirão Preto indicou que em 191 usuários com mais de 60 anos, as drogas de maior uso foram o álcool (83,8%), a maconha (2,1%), (PILLON et al., 2010).

Observa-se que no período do dia existe maior concentração de número de atendimentos no setor, facilitado pelo acesso ao transporte público com maior disponibilidade de horários de transporte, abertura de outros pontos de suporte como farmácias para retirada ou compra de medicação, disponibilidade de serviços e profissionais como radiografias, ultrassonografias, entre outros. Diante dessa procura a rotina do setor é alterada com maior sobrecarga de funções internas, como banhos, troca de leitos, visitas e transporte para exames complementares, que demandam um número maior de funcionários na equipe durante este período. Neste período também ocorre o funcionamento da Central de Leitos do Estado do Paraná responsável pela liberação das internações. Assim, caso a família procure o serviço à noite, na maioria das vezes acaba posando no hospital aguardando que um profissional faça a liberação para internação. Deste modo, muitas famílias se organizam para ir durante o dia, quando a Central já está funcionando. Destaca-se também que grande parte das pessoas busca o serviço por questões de baixa complexidade, ou seja, que não

seriam emergências, como a apresentação de sintomatologias leves, procura por encaminhamentos para serviços ambulatoriais ou para a administração de medicamentos.

Dentre as pessoas atendidas na emergência psiquiátrica estudada, em 1/3 não foi administrado medicação. Esta informação pode indicar que a busca pelo setor de emergência psiquiátrica foi feita de forma equivocada. Algumas pessoas buscam o serviço solicitando a prescrição médica em função de terem perdido a consulta em ambulatório ou em CAPS, ou querem encaminhamento para iniciar o tratamento na rede, ou buscam por medicamentos avulsos para uso até no dia da consulta médica ambulatorial, ou apresentam sintomas psiquiátricos oriundos de comorbidades clínicas ou neurológicas que confundem a família, ou procuram o serviço a fim de receberem laudos.

Em relação à medicação realizada no momento do atendimento, para àqueles casos em que foi administrada, predominou o uso de ansiolíticos. Estas situações podem estar relacionadas aos quadros de maior procura no dia do atendimento como uso de substâncias psicoativas, depressão, ansiedade e diversas questões geradoras de estresse no usuário do serviço. Apesar de não ter sido analisada a hipótese diagnóstica associada à medicação, só o fato de se encontrar em um ambiente hospitalar já é fator de estresse para a maioria das pessoas, assim como as vestimentas dos profissionais de saúde e as medicações injetáveis de modo geral. Isto poderia justificar maior uso de ansiolíticos.

Dentre as pessoas que buscaram atendimento no serviço psiquiátrico no período estudado, 1/3 tinham feito uso de substâncias psicoativas, sendo quase 40% o álcool. Isto parece indicar que as unidades de pronto atendimento do município não estão atendendo situações complexas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. Observa-se que situações pontuais de intoxicação, como o uso de bebidas alcoólicas em uma festa, são atendidas na UPA, tanto pela escolha do usuário, que vê na UPA um espaço menos estigmatizante, como pela baixa complexidade do caso. Já situações em que há intoxicação e o caso é mais complexo, envolvendo transtornos por uso de substâncias, a procura é maior pelo serviço de emergência psiquiátrica, uma vez que este tem a responsabilidade pelas internações. Observa-se que pessoas que buscaram a emergência por problemas relacionados ao uso de substâncias tiveram 1,78 mais chances de serem internadas no serviço, 4,8 mais chances de serem encaminhadas a um hospital psiquiátrico e 4,31 mais chances

de serem encaminhadas para serviços de apoio social, como comunidades terapêuticas.

Em números específicos apresentados, apenas 10% dos atendimentos resultaram em internação hospitalar neste mesmo hospital. Porém, observa-se que o número de encaminhamentos feitos ao hospital psiquiátrico da cidade foi de aproximadamente 35%. Os casos que possuíam apenas o serviço de emergência psiquiátrica como opção de internação foram os das gestantes e de adolescentes femininos. Além disso, no caso dos idosos, o serviço de emergência também é muito utilizado para internação, pois existe maior demanda oriunda de comorbidades assim como há maior burocracia no encaminhamento, uma vez que os hospitais psiquiátricos entendem que este é um grupo que demanda maior cuidado, preferindo que estes sejam feitos no serviço de emergência. Em relação às pessoas em situação de rua, o hospital psiquiátrico só aceita interná-las caso elas tenham uma avaliação do serviço social da emergência psiquiátrica, levando-os ou a ficarem apenas internados na emergência ou a ficarem por alguns dias, até receberem a avaliação da assistente social e serem encaminhados ao hospital psiquiátrico. Em situações de primeira internação também se privilegia o espaço do serviço de emergência psiquiátrica, por este estar inserido em um hospital geral, ajudando a desconstruir a imagem ruim do tratamento em saúde mental, ser menos estigmatizante e por poder oferecer uma amplitude maior de recursos para elucidação da hipótese diagnóstica sem precisar deslocar o usuário de um local para outro. Pode-se observar, portanto, que o serviço de emergência psiquiátrica vem ocupando papel importante para o cuidado da crise em diferentes situações, auxiliando no diagnóstico, no cuidado integral e na prevenção de estigmatização.

Nota-se que para os casos em que houve necessidade de internação, 75,8% foram de até 10 dias. São, portanto, internações consideradas curtas, prevenindo estigmatização, institucionalização, trabalhando mais em rede e utilizando, portanto, outros recursos que o município disponibiliza. Considera-se neste período de internação o menor tempo necessário para estabilização do quadro e elucidação quanto à hipótese diagnóstica primária e secundária, quando presente. Dalgalarrondo et al. (2003) identificaram que apesar de 80% dos pacientes apresentarem melhora expressiva da sintomatologia num prazo inferior a 21 dias, existe um subgrupo que não se beneficiou da internação hospitalar, indicando probabilidade de intervenções em outros âmbitos de reabilitação psicossocial ao invés

da hospitalização.

As reinternações representaram 3% da amostra. Isto pode indicar que dias mais breves de internação com adequado seguimento ambulatorial diminuem a probabilidade de reinternação. Em boa parte dos casos, as reinternações estão associadas à quebra de seguimento ambulatorial que pode envolver o não comparecimento às consultas agendadas, o uso irregular das medicações, novos episódios de crise relacionados a situações pontuais e com grande intensidade emocional, entre outros. Para Barros et al. (2016) as reinternações possuem uma relação estreita com outras questões que dizem respeito a presença de comorbidades, histórico de internações anteriores, complexidade da patologia, quebra de seguimento ambulatorial e dificuldades sociais; sendo a última internação o parâmetro de maior risco para reinternação num curto prazo de trinta dias. Por outro lado, a redução do número dos dias, em média sete dias de internação, mostrou um risco menor de reinternação em um curto espaço de tempo. Nessa direção, em uma pesquisa internacional foram avaliados dados de 202 pacientes que tiveram mais de uma queixa psiquiátrica nos últimos 30 dias, evidenciando que os pacientes readmitidos usualmente apresentavam combinação de transtornos psiquiátricos agudos, sintomas de uso de substâncias e hábitos violentos ou comportamento suicida e, que a grande maioria dos casos de pacientes readmitidos tinha dificuldades de seguimento ambulatorial fora do ambiente de emergência hospitalar (MORRIS et al., 2018). Destaca-se também que, neste estudo, as reinternações foram geralmente para pessoas que não tinham problemas com uso de substância psicoativa, sendo encontrado que o uso de substâncias psicoativas seria um “fator de proteção” para a reinternação. Provavelmente, os usuários de substâncias psicoativas que buscam o serviço mais de uma vez, já são encaminhados diretamente para internação no hospital psiquiátrico ou comunidades terapêuticas, não ficando na emergência.

Quando refletimos sobre a variável procedência, 62% das pessoas buscaram o serviço de forma espontânea, ou seja, buscaram por conta própria, sem ser encaminhados. Sousa et al. (2010) encontraram comportamento semelhante nos usuários de sua pesquisa, onde 66,5% deram entrada no serviço por demanda espontânea. Destaca-se que a atenção básica poderia auxiliar no manejo de muitos dos casos que procuram a emergência. A Saúde da Família, com a busca ativa e com o acompanhamento regular dos agentes comunitários de saúde pode realizar matriciamento de qualidade, evitando o agravamento dos quadros, acompanhando a

prescrição e administração de medicamentos, referenciando para serviços especializados e filtrando parte da demanda que busca serviços 24 horas. Entretanto, para isto é preciso que o município possua um quadro de funcionários compatível com a realidade dos bairros para que o usuário não fique desassistido quando procurar a Unidade Básica de Saúde.

Em relação ao encaminhamento após consulta na emergência psiquiátrica referente aos usuários atendidos, receberam alta médica (40,9%), foram encaminhados ao hospital psiquiátrico (24,6%), foram encaminhados ao CAPS (14,9%). De acordo com Barros et. al (2010) os serviços ambulatoriais estão diretamente relacionados ao setor de Emergência Psiquiátrica. Uma rede extra-hospitalar integrada é suficiente para absorver a demanda dos pacientes e reduzir expressivamente o número de internações hospitalares. Por outro lado, os serviços de urgência e emergência psiquiátrica são fundamentais no suporte ao usuário quando os serviços não hospitalares apresentam deficiência de atuação.

Para os usuários que declararam ter feito uso de substâncias psicoativas, álcool ou outras drogas os encaminhamentos de maior frequência foram para o hospital psiquiátrico (65,5%), CAPS (40,1%) e saída por alta hospitalar (20,7%). Nessa direção, autores discorreram sobre a importância da realização do encaminhamento e seguimento do tratamento pós-alta. A literatura aponta que em situações em que ocorreu um envolvimento com as equipes dos serviços, a vinculação do usuário foi melhor do que quando não ocorreu vinculação do paciente junto à equipe (ECKHARDT; RAUPP, 2017).

A instabilidade dos serviços de base é um fator gerador de uso errado do serviço de emergência psiquiátrica. São os casos de procura de serviço para pegar receita, atestado, exames de rotina, e alguns casos sob o efeito de substâncias em função da facilidade de serviço 24 h de portas abertas. Outros aspectos da busca errada do serviço podem ter relação com o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde que ocorre durante o período do dia em que a maioria da população encontra-se trabalhando e ficam fechados aos finais de semana, quando os usuários teriam maior probabilidade de comparecer; ou mesmo possuem rotinas fixas de dias da semana para tratamentos específicos, além da necessidade de participação nos grupos de usuários de mesma patologia atrelados ao recebimento de medicamentos; como grupo de diabetes, pressão alta, tabagismo, entre outros.

Para os 20% dos casos de recebimento de pacientes que estavam em

outras unidades de emergência, podem estar relacionados a sintomatologias que necessitaram de um suporte clínico mais avançado que o setor de emergência não disponibiliza, como lavagem gástrica, suturas, casos de rebaixamento de consciências, risco de alterações cardiológicas, e demais situações tangenciais ao foco da saúde mental. Destaca-se também que os serviços de emergência fazem a avaliação clínica para excluir a possibilidade de que sintomas como palpitações e confusão mental sejam provenientes de clínicas não psiquiátricas. Uma vez descartado as questões clínicas e diante da dificuldade de manejar os casos que demandam conhecimentos de saúde mental, esses usuários são encaminhados ao serviço da emergência psiquiátrica para avaliação. Existe também situações de usuários que residem em outros municípios e utilizam as UPAS como porta de entrada para atendimentos que não encontram em seus municípios de origem. Uma vez atendidos no serviço podem ser encaminhados para a emergência psiquiátrica. O mesmo acontece com usuários que buscam atendimento particular neste município e são encaminhados de consultórios particulares para seguimento no setor de emergências psiquiátricas. Por ser um serviço público, não é permitido negar atendimento.

Essa relação do mau uso do serviço também pode ser constatado através do índice de 40% dos usuários atendidos receberam alta médica. Em alguns casos, a busca do serviço por encaminhamentos ou mesmo por medicações que terminaram antes da próxima consulta podem alterar a função específica do setor. Não deixa de ser um atendimento ao usuário, porém, é uma atividade que poderia ter sido resolvida numa instância inferior a um serviço de urgência e emergência. O índice de altas médicas aponta para situações as quais pode não ter ocorrido agravo da sintomatologia, o quadro estabilizou utilizando os leitos de observação do serviço, casos de orientação familiar, medicação com efeitos de menor potencial, conflitos familiares, problemas de escola, sintomas ansiógenos, situações de efeitos colaterais que necessitaram de outras medicações concomitantes, uso errado de medicação, ajustes de dose de medicação, atendimentos judiciais, conselho tutelar, suporte para abrigo, asilos e demais instituições que possuem serviço de enfermagem e podem dar continuidade ao tratamento.

Nos 24% dos atendimentos encaminhados para o hospital psiquiátrico, o mesmo ocorre em virtude de situações como de ausência de vaga no setor, conflito de gangues, grau de agressividade que precisa de estrutura física diferenciada, e

também devido a própria solicitação do paciente ou familiar.

De acordo com a Deliberação 209 de 2018, o Hospital Psiquiátrico de Maringá desenvolve uma forma de tratamento médico-hospitalar integral, utilizando projeto terapêutico individual voltado para remissão dos sintomas mentais e sua estabilidade e/ou abstinência, buscando uma qualidade de vida ao usuário delineado pelo médico psiquiatra juntamente com a equipe multiprofissional (MARINGA, 2018).

Os 25% de encaminhamentos para CAPS e atenção básica ainda simbolizam a pouca integração entre os serviços e o pouco fortalecimento do território, desvalorizando os serviços que seriam em parte grande auxílio na prevenção de futuras internações e reinternações. A falta de vínculo entre os próprios profissionais dos serviços, a necessidade de reuniões para discussões de casos em rede e principalmente a falta de profissionais na rede com excesso de trabalho aqueles que estão na ativa. Conforme BRASIL (2014), a importância do trabalho em rede, o vínculo, o tratamento e o uso correto das medicações são os grandes norteadores do trabalho dos centros de atenção psicossocial.

A finalização do projeto de implantação do sistema informatizado entre os serviços ajudaria muito no acompanhamento do usuário e suas necessidades, assim como serviria de alerta quanto a prazos, medicações, antecipações de agendamentos, e risco de quebra de seguimento ambulatorial. Reduziria o risco de adquirir medicamento em grande quantidade, segurança nos procedimentos e histórico do usuário, alerta quanto a riscos gerais. Conforme o DATASUS (2019), o Ministério da Saúde já previa o avanço da informatização do SUS com objetivos de redução de custos e tempo dos gestores com manuseio de dados integrando os sistemas existentes.

Dos pacientes atendidos nesta amostra, o diagnóstico prevalente foi de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa. De certo modo, o serviço de emergência psiquiátrica representa esta referência no atendimento desses usuários uma vez que para dar continuidade ao tratamento em seguimento ambulatorial, na maioria dos casos, existe a necessidade do processo de desintoxicação. Atua como porta de entrada para a rede de apoio psicossocial funcionando como redutor de danos. Outro aspecto a se observar nessa predominância de diagnóstico é o aprimoramento constante da equipe de profissionais de saúde quanto a novas substâncias comercializadas ou modismos regionais preparando-se para o atendimento emergencial destas substâncias psicoativas

novas. SIMON et al., (2018) aponta que o consumo excessivo de álcool na população demanda uma sobrecarga nos sistemas de saúde e que o uso de álcool na adolescência tem aumentado e pode ser um fator crítico e relevante de desenvolvimento em que os jovens são muito mais vulneráveis que os adultos.

A predominância dos transtornos de humor e ansiedade chamam a atenção pois em relação ao transtorno de humor a ansiedade pode ou não estar relacionada. Se observarmos de forma geral a ansiedade tem sido algo que diretamente une um ao outro. As oscilações principais de tristeza e alegria são parte da relação que a pessoa estabelece com o meio onde vive e o transtorno de ansiedade também tem essa relação antecipatória bastante próxima com as situações cotidianas. Podemos imaginar que a mudança constante nas relações humanas, sejam elas trabalhistas, familiares, educacionais nos tempos atuais conturbadas repercutem em transtornos que envolvem oscilações seja de humor, afeto ou antevendo situações. Dalgalarrondo et al. (2003) ressaltaram que 50% dos pacientes hospitalizados foram diagnosticados como transtornos de humor ou esquizofrenia e observaram que para os idosos que apresentavam transtornos psiquiátricos que envolvem modificações cerebrais, a internação psiquiátrica apresentava pouco resultado satisfatório. Desse modo, acredita-se que para esses casos, seja mais eficaz o treinamento junto aos cuidadores e o desenvolvimento de habilidades psicossociais desses pacientes.

Um outro estudo que se assemelhou aos nossos resultados foi o de Barros et al. (2016). Com relação aos diagnósticos os autores notaram um equilíbrio entre distúrbios neuróticos/ personalidade (20,1%) e transtornos depressivos (21,5%), transtornos de humor/ perturbações psicóticas (23,2%) e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (27,9%).

É notório enfatizar que transtornos depressivos afetam quase 350 milhões de pessoas em todo o mundo e são considerados as principais causas de incapacidade. Nesse sentido, a hospitalização é uma ferramenta imprescindível na gestão de emergências psiquiátricas). Em 2018, a OPAS divulgou dados referentes à saúde mental mundial apontando a depressão como o transtorno mental predominante na população; independente da idade, sendo as mulheres diagnosticadas em maior frequência e considerada a maior causa de incapacidade podendo levar inclusive ao suicídio (OPAS, 2018).

Segundo Pereira (2007) fatores de risco dizem respeito à relação pré-

patológica. Contribuem para o risco de adoecimento e manutenção de situações que podem agravar um quadro em saúde. Em nossa amostra destacou-se como fatores de risco para a busca pelo uso de substâncias psicoativas ser homem. Esta variável pode expressar uma relação com o mercado de trabalho, a predominância de vagas serem para homens, assim como o excesso de atividades exaustivas. O Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (2019) considera que o estresse tem uma relação importante entre álcool e trabalho, e que os trabalhos que demandam maiores responsabilidades teriam maior probabilidade de apresentares abuso e dependência de álcool e transtornos relacionados. A intoxicação seria um comportamento iniciado muitas vezes após um dia cansativo de trabalho e a necessidade de relaxar após a jornada. Uma vez estabelecido essa sequência de comportamentos, termino da jornada de trabalho – bebida alcoólica – relaxamento fica difícil romper com essa tríade.

A faixa etária dos 30 a 59 anos é o período de maior produtividade humana, mas também envolve um grande número de horas extras no trabalho gerando uma sobrecarga mental ou física na pessoa. Talvez, em função disso, ocorra maior procura de atendimentos no horário da noite. Em relação a equipe de funcionários existe uma avaliação do número de leitos disponíveis no setor e não especificamente ao número de atendimentos; pois sendo o setor de portas abertas deve estar preparado com uma equipe mínima de trabalho sendo muito oscilante a utilização do serviço.

Existe um cuidado grande em relação às fissuras devido ao uso de substâncias psicoativas e síndromes de abstinência alcoólica de modo geral. São situações nas quais a realização de uma medicação no momento do atendimento previne além das sintomatologias específicas relacionadas à necessidade do uso, o risco de agravo do quadro com outros sintomas mais complexos. KLEIN et al. (2018) em um estudo de coorte retrospectivo e observacional com pacientes que apresentaram intoxicação alcoólica aguda de 2012 a 2016, identificaram que os usuários que passaram por intoxicação alcoólica tiveram maiores taxas de comorbidades médicas e psiquiátricas, incluindo doença hepática, doença renal crônica, isquemia, doença vascular, demência, doença pulmonar obstrutiva crônica, história de lesão cerebral traumática, esquizofrenia e transtorno bipolar.

A medicação também auxilia aqueles usuários que gostariam de fazer um tratamento e muitas vezes não conseguem aguardar a liberação da vaga saindo do hospital em busca de drogas. A dependência química é geradora de grande

sofrimento nestes casos e a burocracia também. Desse ponto advém a maior probabilidade do usuário ser conduzido para internação em função de não conseguir manter-se abstinente em ambiente aberto. E, em situações mais graves, os familiares buscam inclusive recursos judiciais para conseguir com que o usuário passe por um processo de desintoxicação a ponto de poder participar de seu plano terapêutico singular no ambulatório pós alta.

Por existir um número maior de vagas e uma grande procura, esses usuários são geralmente encaminhados para hospital psiquiátrico, para serviços sociais como Comunidades Terapêuticas, e em casos de riscos neurológicos, cardíacos entre outros são encaminhados para as UPAs para posterior retorno ao serviço de Emergência Psiquiátrica e demais encaminhamentos possíveis. Os casos de menor chance de recorrência no uso de substâncias psicoativas e álcool são encaminhados aos CAPS para seguimento ambulatorial. Existem também os casos em que não conseguem aguardar o desfecho do seu atendimento, como liberação de vaga, chegada de familiares, ou algum outro tipo de uso inadequado do serviço como ir no horário das refeições para receber alimento e posteriormente abandonar o setor.

A reinternação é considerada um fator protetivo. O risco de recorrência é muito baixo, estando relacionado a um conjunto de variáveis que aparentemente tem suprido o objetivo do serviço de atendimento emergencial e filtragem para os demais serviços da rede. Em uma análise retrospectiva de fatores de risco para retorno do paciente ao setor de emergência nos Estados Unidos, de quase 350.000 visitas ao Departamento de emergência para saúde mental e abuso de substâncias, 14,2% dos pacientes retornaram ao serviço no período de 30 dias (LEE, 2017). Já, em estudo com usuários de álcool e outras drogas, foi identificado que 37,2% apresentavam probabilidade de transtorno mental comum e associação do uso e abuso de drogas nesses usuários com as variáveis gênero feminino, idade menor igual a 25 anos e uso de maconha (LUCCHESE et al., 2017).

Zurita et al. (2016) realizaram um levantamento das despesas com internações psiquiátricas hospitalares em Maringá no Estado do Paraná de 1999 a 2012. Observaram que, em relação à cocaína, houve uma tendência de aumento de gasto médio, ao contrário do que aconteceu com a maconha. Já em relação ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas observou-se que no ano de 1999, era de 2,0% e em 2012 foi de 24,2%, com aumento relativo de 1.110%. Os maiores gastos médios para com as internações foram devido ao uso de álcool;

seguidos pelo uso da cocaína e múltiplas drogas. Zurita et al. (2013) identificaram que 46,18% das internações foram situações em que os indivíduos foram diagnosticados com transtorno mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas,

É importante reforçar que em relação às estimativas das razões de chance relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, o gênero masculino apresentou 6,15 razão de chances em relação ao gênero feminino; a faixa etária de 30 a 59 anos 3,10 razão de chances em relação a 60 anos ou mais; o horário das 19h01 – 7h 1,16 razão de chances em relação ao horário das 07h01 – 13h; receberem medicação durante o período do atendimento 3,08 razão de chances em relação a não receber medicação; serem internados 1,78 razão de chances em relação a não ser internado; serem reinternados 0,74 razão de chances em relação a não ser reinternado; procedência judicial 1,91 razão de chances em relação a espontâneos sendo fatores protetivos proceder da Atenção básica, outros hospitais gerais e outros municípios; serem encaminhados para hospital psiquiátrico 4,80 razão de chances em relação a alta hospitalar, sendo fatores protetivos ser encaminhado a Atenção básica e ambulatórios.

Nota-se que neste setor de Emergência Psiquiátrica em estudo, não há um protocolo para a aferição dos riscos e gravidade de cada pessoa com sofrimento mental. Os conceitos do que venha a ser urgência e emergência numa situação de crise em saúde mental aparecem associados à prática de cada profissional. Esse desencontro de conceitos dentro da saúde mental também possui relação direta com o que cada profissional entende sobre a função do seu local de trabalho enquanto instituição e aquilo que ele considera pertinente dentro da sua função profissional. Diante da falta de clareza da caracterização do sofrimento mental que o paciente apresenta, o número de internamentos realizados em hospitais psiquiátricos pode gerar uma dúvida quanto a sua real necessidade. Nos estados do Distrito Federal e Santa Catarina, nos anos 2005 e 2015 respectivamente foram adotados protocolos para os atendimentos em situações de urgência e emergência psiquiátrica (CBMDF, 2005; SANTA CATARINA, 2015).

Os limites deste estudo relaciona-se ao uso de dados secundários da instituição atrelados ao modo como as variáveis foram inseridas no sistema e ao modo como elas foram classificadas pelo serviço. Por outro lado, esse modo de registro dos dados utilizados possibilita a análise de um número grande de informações sobre os atendimentos que seria difícil se fossem utilizados outros delineamentos.

8 CONCLUSÃO

Em relação às características sociodemográficas das pessoas que procuraram o serviço de emergência psiquiátrica estudado observou-se a predominância do sexo masculino e faixa etária de 30 a 59 anos. O principal diagnóstico foi o de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, sendo o uso de álcool a substância de maior frequência. A busca pelo serviço se deu em maior parte de forma espontânea, não gerando internações hospitalares e culminando em altas hospitalares. As internações ocorridas eram em sua maioria de período breves, inferiores a 10 dias.

Tratou-se de um número de atendimentos relativamente estável dentro do período pesquisado, mantendo em torno de seis mil atendimentos anuais, ou aproximadamente quinhentos atendimentos mensais. Porém, devido ao grande volume de atendimentos, pode-se desperdiçar oportunidades do serviço oferecer melhores cuidados à pessoa em sofrimento mental, podendo resultar no aumento de agravos na saúde do usuário e sobrecarga de serviço, e assim, afetar diretamente a saúde do profissional de saúde que atua no atendimento aos pacientes em sofrimento mental.

Para aqueles que receberam indicação de internação neste hospital geral, os dias de internação em sua maioria não ultrapassaram três semanas, o que aparentemente restringe-se somente ao momento de crise e estabilização de cada paciente até que o mesmo obtenha condições mínimas de seguimento ambulatorial em outro serviço que não demande o ato da internação hospitalar. Uma sugestão de melhoria ao setor seria a implantação de um protocolo de critérios de internação psiquiátrica hospitalar. Este protocolo torna visível aspectos considerados pelo plantonista no momento da internação.

Chamou-nos atenção o fato de que as prescrições de medicação por parte do profissional de saúde no momento do atendimento neste serviço, se deu preferencialmente àqueles pacientes que se encontravam sob o efeito de alguma substância psicoativa de modo geral. Não foi possível correlacionar essa atitude de medicar a outra variável do banco de dados estudado senão a própria decisão médica no momento do atendimento, considerando que quadros de agitação, agressividade, alterações senso perceptivas ou outros sintomas comumente relatados pelo senso comum em pacientes com transtorno mental ou uso de álcool e outras drogas são de igual probabilidade para qualquer pessoa.

Os pacientes em sua maioria procuraram o serviço de urgência e emergência e foram encaminhados para seguimento ambulatorial predominante nos CAPS do município de origem. A menor parte recebeu indicação de internação hospitalar, distribuídos entre o hospital geral do próprio município e o hospital psiquiátrico que se encontra nesta cidade. Os usuários que compareceram em maior frequência ao atendimento vieram espontaneamente, não caracterizando diretamente a passagem por um outro serviço de base. O uso da emergência psiquiátrica poderia ter demanda reduzida e melhor otimização se as pessoas fizessem uso dos serviços de menor complexidade como UBS e CAPS em maior frequência habitualmente e de forma preventiva, antes de recorrerem a urgência e emergência psiquiátrica hospitalar.

A prática de registrar os dados dos pacientes em planilhas com eficácia e poucas lacunas ou falhas, facilita o planejamento fluxo de trabalho do município e o aprimoramento da atuação em saúde mental e dependência química, através da implantação de políticas públicas condizentes com a realidade da população atendida. O próximo passo a ser dado facilitando a comunicação entre os diversos serviços de saúde por meio da informatização total e quiçá futuramente incluir os hospitais particulares do município para que no momento do atendimento da pessoa em qualquer serviço, seja possível visualizar grande parte dos procedimentos realizados em seu prontuário eletrônico.

Os dados mostram, porém, que ainda existe dificuldade no fluxo e integração da RAPS em suas especialidades, a necessidade de aprimoramento das Unidades Básicas de Saúde para desenvolver indicadores preventivos de saúde mental e não dados já estabelecidos de patologias ou epidemiologias.

Os resultados nos apontam a necessidade de promover também políticas e intervenções com o intuito de enfrentar o aumento exponencial do uso de álcool e substâncias psicoativas. Os dados sugerem políticas de intervenções com o intuito de fortalecer a atenção primária com a possibilidade de abordar preventivamente muitos aspectos da saúde mental antes de caracterizarem especificamente uma patologia.

O serviço de emergência psiquiátrica pode oferecer uma série de estratégias e possibilidades de tratamento ao usuário em sofrimento mental, oferecendo serviços especializados e preventivos que reduziriam as altas taxas de não adesão ao seguimento ambulatorial e as possíveis recorrências de tratamento.

Sugere-se como futuras pesquisas um acompanhamento de usuários que

deram seguimento ambulatorial ao tratamento e as consequências que obtiveram, e um estudo de fatores relacionados as internações psiquiátricas hospitalares.

REFERÊNCIAS[1]

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ALARCÓN, R. D. Estigma en la práctica psiquiátrica de un hospital general. **Revista MED. CLIN. CONDES**, v. 28, n. 6, p. 818-825, 2017. Disponível em: < reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864017301414?token=CCB5022F733464BEF8FFC953E99CD55FA5BD20D61B3E97D24D9827D9BF171E927DD6351B7E7702631C9FDC146623A25E> Acesso em: 26 set. 2018.

ALAVARSE, G. M. A. **Álcool e adolescência:** o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2006.

ANDRADE, C. Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 28, n. 2, p. 255-267, abr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: em 15 jun. 2019.

ANDREOLI, S. B et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836-844, mai./jun. 2004.

ANTÓN, D. M. **Drogas conhecer e educar pra prevenir**. São Paulo: Scipione, 2000.

ARIAS, S. A. et al. Disparities in Treatment of Older Adults with Suicide Risk in the Emergency Department. **Journal compilation**, 2017. doi: 10.1111/jgs.15011

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência.** São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2003.

BAHORIK, A. L. et al. Alcohol, marijuana, and opioid use disorders: 5-Year patterns and characteristics of emergency department encounters. **Substance Abuse.**, v. 39, n. 1, p. 59-68, 2018. doi:10.1080/08897077.2017.1356789

BARROS, R. E. M. et al. Impact of length of stay for first psychiatric admissions on the ratio of readmissions in subsequent years in a large Brazilian catchment area. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 51, p. 575-587, 2016. doi: 10.1007/s00127-016-1175-x

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, out. 2010 . Suplemento 2.

BARROS, R. E. M. et al. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 145-151, June. 2010. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009005000014

BATES, D. M.; WATTS, D. G. **Nonlinear Regression Analysis and Its Applications**. New York: Wiley, 1988.

BAURU. **Manifesto de Bauru.** II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Bauru, dez. 1987.

BENTES, A. L. S. **Tudo como dantes no Quartel d'Abrantes:** estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. Dissertação (Mestrado)- Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, p. S87-S95, out. 2010. Suplemento 2.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, mar. 2013. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100008

BLEFARI, A. L. **A família e a drogadição**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso)- Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2002.

BONET, O. Antropologia na e da saúde: ética, relações de poder e desafios. In: CASTRO, O. R.; ENGEL, C.; MARTINS, R. (Org.). **Antropologias, saúde e contextos de crise.** Brasília: Sobrescrita, 2018. 198 p.

BONFADA, D.; GUIMARAES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, jun. 2012. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000200006

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral [recurso eletrônico]:** interconsulta e emergência. Dados eletrônicos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. The continuity of psychiatric hospitalization of children and adolescents within the Brazilian Psychiatric Reform scenario. **Interface (**Botucatu), v. 19, n. 52, p. 33-44, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100033> Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL, M. A. A. Serviços de emergência psiquiátrica: peça-chave da rede assistencial. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, S69-S70, 2010. Suplemento 2. doi:10.1590/S1516-44462010000600002

BRASIL. **Câmara dos Deputados.** Legislação Informatizada. Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903 - Publicação Original. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html> Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Constituição 1903. Decreto n. 1132, de 22 de dezembro de 1903. **Reorganiza a assistência a alienados.** Rio de Janeiro, RJ: Diário Oficial da União, 24 dez. 1903. Seção 1, p. 5853.

BRASIL. **Decreto n. 598, de 14 de setembro de 1850**. Concede ao Ministério do Império um crédito extraordinário de duzentos contos para ser exclusivamente despendido no começo de trabalhos, que tendam a melhorar o estado sanitário da capital e de outras províncias do Império. Coleção das leis do Império do Brasil: Rio de Janeiro, 1851. Parte 1, p. 299-301.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre a organização do Sistema Único de saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). **Portaria n. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CID 10**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 410 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS:** rede de Atenção Psicossocial. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasilia, jan. 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf> Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 45 p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional da Política Sobre Drogas. **Modulo 6: Modalidades de tratamento e encaminhamento.** 7ª. edição. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod6.pdf> Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.** 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/política-nacional-de-saude-mental-álcool-e-outras-drogas> Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 148, de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jan. 2012b. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31-JANEIRO-2012.pdf> Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS:** Os centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS:** Os centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental:** 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **SVS/CN-DST/AIDS**. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/ Ministério da Saúde. 2. ed. rev.ampl. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Coordenação Nacional de DST/Aids.** A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria GM 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html > Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Ministério da Saúde. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Ministério da Saúde. Brasília, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 29 mar. 2019.

BRENT, D. A. et al. Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 38, p. 1497-1505, 1999.

BRIDGE, J. A.; MARCUS, S. C.; OLFSON, M. Outpatient care of youth after self-harm. **Journal of the american academy of child *&* adolescent psychiatry**, v. 51,

n. 2, feb. 2012.

BRUM, E. **Como se fabricam crianças loucas**. El País, 17 mar. 2014. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2014/03/17/opinion/1395072236_094434.html> Acesso em: 29 mar, 2019.

BURIOLA, A. A. et al. Avaliação da estrutura física e de recursos humanos de um serviço de emergência psiquiátrica. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e3240016, 2017. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003240016

CABRAL, D. **Junta de Higiene Pública**. Memória da Administração Pública Brasileira, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-4, nov. 2014. Disponível em: <http://linux.an.gov.br/mapa/?p=7270> Acesso em: 26 set. 2018.

CABRAL, D. **Memória da administração pública**. Junta de Higiene Pública. Coordenação Geral de Gestão de Documentos. 2014. Disponível em: <http://linux.an.gov.br/mapa/?p=7270> Acesso em: 26 set. 2018.

CACHÃO, J.; OLIVEIRA, I.; RAMINHOS, I. Adolescência e abuso de substâncias. **NASCER E CRESCER – Birth and Growth Medical Journal,** v. 26, n. 2, p. 103-108, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v26n2/v26n2a04.pdf> Acesso em: 10 out. 2018.

CALFAT, E. L. B. **Emergências psiquiátricas.** São Paulo: Roca, 2007, p.1-18.

CAMARGO, R. M. P.; OLIVEIRA, R. M. Internação psiquiátrica: ouvindo quem passou pela experiencia. **REME rev. min. enferm.**, v. 13, n. 2, p. 288-292, abr./jun. 2009. doi: http://www.dx.doi.org/S1415-27622009000200019

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. Enferm. USP.,** São Paulo, v. 35, n. 2, p. 141-149, jun. 2001. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200008

CANDIAGO, R. H.; ABREU, P. B. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 5, p. 821-829, out. 2007. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500017

CARSTENSEN, K. et al. Psychiatric service users' experiences of emergency departments: a CERQual review of qualitative studies. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 71, n. 4, p. 315-323, 2017. doi: 10.1080/08039488.2017.1288759

CAVALCANTI, M. T. et al. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial. **Rev. Saúde Pública,** v. 43, p. 23-28, 2009. Suplemento 1.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA). **Álcool e Sistema Nervoso Central.** Disponível em:< http://www.cisa.org.br/artigo/229/álcool-sistema-nervoso-central.php> Acesso em: 22 mar. 2019.

Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (2019). Disponível em:< http://www.cisa.org.br/artigo/467/álcool-trabalho.php> . Acesso em: 15 jun. 2019.

CLARKE, D. E.; DUSOME, D.; HUGHES, L. Emergency department from the mental health client's perspective. **Int J Mental Health Nurs.,** v. 16, p. 126–131, 2007. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x

CBMDF. Batalhão de Emergência Médica. **Protocolo de atendimento pré-hospitalar CBMDF**. [Orgs.: Osiel Rosa Eduardo, Vilany Mendes Félix, André Gleivson Barbosa da Silva].Brasília: Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), 2005. Disponível em: http://www.cbm.df.gov.br. Acesso em: 16 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Norma sobre saúde mental desrespeita exercício profissional da enfermagem.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/norma-sobre-saude-mental-desrespeita-exercicio-profissional-da-enfermagem_68705.html> Acesso em: 29 mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **CFP manifesta repúdio à nota técnica "Nova Saúde Mental" publicada pelo Ministério da Saúde.** Brasília, 2019. **Disponível em: <**https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/> Acesso em: 29 mar. 2019.

CORE TEAM, R. **R: A language and environment for statistical computing.** R Foundation for Statistical Computing, Vienna: Austria, 2017. Disponível em: < http://www.R-project.org/> Acesso em: 22 mar. 2019.

COSTA, P. H. A. et al. Sistema de referência e de contrareferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 245-252, set. 2015. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500030129

COVELO, B. S. R; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface** (Botucatu), v. 19, n. 55, p. 1133-1144, 2015. doi: 10.1590/1807-57622014.0472

CRAW, J.; COMPTON, M.T. Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. **Soc. psychiatr. psychiatry. epidemiol.,** v. 41, p. 981-988, 2006. doi: 10.1007/s00127-006-0122-7

DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N. J.; BANZATO, C. E. M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 629-634, 2003. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/63ff/22854e7f8a88276e4ebb87d093f51c94296d.pdf Acesso em: 26 set. 2018.

DATASUS. **Saúde Mental em Dados.** 2012. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> Acesso em: 26 set. 2018.

DEA, H. R. F. D.; SANTOS, E. N.; OLIC, T. B. A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 1, p. 108-115, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n1/v24n1a12.pdf> Acesso em: 26 set. 2018.

DATASUS. **Ministério da Saúde avança na informatização do SUS.** 2019. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/1033-ministerio-da-saude-avanca-nainformatizacao-do-sus> Acesso em: 15 jun. 2019.

DEL-BEN, C. M. et al. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Medicina**, v. 50, p. 98-112, jan./fev. 2017. Suplemente 1. doi: http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p98-112

DEL-BEN, C. M.; TENG, C. T. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, p. S67-S68, out. 2010. Suplemento 2. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600001

DELGADO, P. G. G.; COUTINHO, E. S. F.; GOMES, M. P. C. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 452-453, mai./jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v17n3/4629.pdf > Acesso em: 26 set. 2018.

DIMENSTEIN, M. D. B.; GRUSKA, V.; LEITE, J. F. Psychiatric Crisis in the Hospital Network. **Paidéia**, v. 25, n. 60, p. 95-103, jan./apr. 2015. doi: 10.1590/1982-43272560201512

DOCUMENTÁRIO. **Saúde Mental e Dignidade Humana.** 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Ult9ePwpvEY > Acesso em: 26 set. 2018.

DUAILIB, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. 545-557, 2008. Supplement 4.

DUNCAN, E. A. S. et al. Epidemiology of emergency ambulance service calls related to mental health problems and self harm: a national record linkage study**. Scand J Trauma Resusc Emerg Med.**, v. 27, n. 1, p. 34, Mar. 2019. doi: 10.1186/s13049-019-0611-9

ECKHARDT, N. S.; RAUPP, L. Itinerários terapêuticos de usuários de drogas na região sul do Brasil. **Psicol. saúde doenças.**, v. 18, n. 1, p. 263-277, 2017. doi: http://dx.doi.org/10.15309/17psd180121

ELY, G. Z. et al . Internação psiquiátrica: significados para usuários de um centro de atenção psicossocial. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 23-28, abr. 2014. doi: http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i1p-23-28

FIELITZ, P. G.; et al. Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en Sala de Emergencia psiquiátrica. **REV CHIL NEURO-PSIQUIAT.**, v. 48, n. 2, p. 106-113, 2010. Disponível em: < https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v48n2/art03.pdf> Acesso em: 26 set. 2018.

ICICT/ FIOCRUZ. III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. 2017. Disponível em: < https://www.documentcloud.org/documents/6111419-Relato-Rio-Do-III-LNUD-v2018-07-05-Final.html> Acesso em: 01 jun. 2019.

FLORENCIO, L. A. **Engenharia de avaliações com base em modelos gamlss**. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2010.

FORMENTI, L. **O álcool é a porta de entrada, dizem especialistas**. 2018. Disponível em: <http://www.alcoolismo.com.br> Acesso em: 26 set. 2018.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 10, n. 2, p. 321-330, 2010.

GARRAFA, V.; GODOI, A. M. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, jan./mar. 2014.

GERMANO, L. C.; HERLING, A. G. A. Estudo descritivo dos atendimentos hospitalares por eventos toxicológicos em um município do estado de São Paulo, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 545-556, 2017. doi: https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300012

GILMORE, D. et al. Mortality risk in a sample of emergency department patients who use cocaine with alcohol and/or cannabis. **Substance Abuse**, p. 1-5, 2017. doi:10.1080/08897077.2017.1389799

GOLD, K. J. et al. I would never want to have a mental health diagnosis on my record: A survey of female physicians on mental health diagnosis, treatment and reporting. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 43, p. 51-57, 2016.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 565-574, Mar. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>.Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>. Acesso em: 11 Jun. 2019

GROVER, S. et al. Stigma experienced by caregivers of patients with severe mental disorders: a nationwide multicentric study fron India. **Psychiatry Research**, v. 257, p. 550–558, 2017. Disponível em: < file:///C:/Users/User/Downloads/MulticentricStigmaStudyStigmaExperiencedbyPatientswithSevereMentalDisorders2017.pdf> Acesso em: 26 set. 2018.

HORTA, R. L. et al**.** Psychiatric hospitalizations in the Rio Grande do Sul state (Brazil) from 2000 to 2011. **Rev. bras. epidemiol., v. 18, n. 4, p. 918-929, oct./dec. 2015. doi:** 10.1590/1980-5497201500040019

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.** Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf> Acesso em: 26 set. 2018.

JARWANI, B. Emergency Departments need Psychiatric Emergency Protocols. **Journal of Emergencies, Trauma, and Shock**, v. 10, n. 4, p. 169-170, 2017. doi: http://doi.org/10.4103/JETS.JETS_1_17

JUNIOR, E. A. B.; LIMA, A. T.; SCARDOELLI, M. G. C. Serviço de emergência psiquiátrica do hospital municipal de Maringá: estudo retrospectivo. **Anais Eletrônico IX EPCC- Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar**, n. 9, p. 4-8, nov. 2015. ISBN 978-85-8084-996-7.

LEE, S. et al. Predictors of Return Visits Among Insured Emergency Department Mental Health and Substance Abuse Patients, 2005-2013**. Western Journal of Emergency Medicine**., v. 18, n. 5, aug. 2017.

LIBERATO, M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

LIMA, I. C. S.; GUIMARÃES, A. B. Perfil das emergências psiquiátricas atendidas em serviços de urgência e emergência hospitalar. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina, v. 8, n. 2, p. 181-190, abr./mai./jun. 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/61> Acesso em: 26 set. 2018.

LIRA, W. S. et. al. A busca e o uso da informação nas organizações. Perspectivas em Ciência da Informação, v.13, n.1, p. 166-183, jan./abr. 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/pci/v13n1/v13n1a11.pdf> Acesso em: 18 mai. 2019.

LUCCHESE, R. et al. Transtorno mental comum entre indivíduos que abusam de álcool e drogas: estudo transversal. **Texto & contexto enferm.,** Florianópolis, v. 26, n. 1, 2017. e4480015. doi: 10.1590/0104-07072017004480015.

MACHADO, C. S.; MOURA, T. M.; ALMEIDA, R. J. Estudantes de medicina e as drogas: evidências de um grave problema. **Rev. bras. educ. med.**, v. 39, n. 1, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100159> Acesso em: 26 set. 2018.

MACHADO, V.; SANTOS, M. A. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. **J. bras. psiquiatr.**, v. 60, n. 1, p. 16-22, 2011.

MAGLIANO, L. et al. Effects of the diagnostic label “schizophrenia”, actively used or passively accepted, on general practitioners’ views of this disorder. **Int J Soc Psychiatry,** v. 63, p. 224-234, 2017. doi:10.1177/00207640017695353

MANTOVANI, C. et al . Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, p. S96-S103, out. 2010. Suplemento 2. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006

MANUAL TIPPS. Tema 2. **Desarrollo histórico de las bebidas con alcohol.** Fundación de Investigaciones Sociales, A. C., México, 2001. Disponível em: <www.alcoholinformate.org.mx> Acesso em: 26 set. 2018.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. **Secretaria de Saúde de Maringá.** Plano Municipal de Saúde- 2010/2013. Maringá, 2010. Disponível em: < http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/edca39be41b9.pdf > Acesso em: 26 set. 2018.

MARINGA. Prefeitura Municipal. **Secretaria de Saúde de Maringá**. Deliberação 209/2018 Projeto Técnico Hospital Psiquiátrico de Maringá. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ANEXO_DELIBERACAO_209_2018_PROJETO_TECNICO_Hosp_Psiq_Maringa.pdf> Acesso em: 15 jun. 2019.

MARLATT, G. A. **Redução de danos:** estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARTINS, M. M.; SOUZA, J.; SILVA, A. A. Crianças e adolescentes usuários de substâncias no serviço de emergência psiquiátrica. **Acta paul. enferm.,** v. 28, n. 1, p. 13-18, 2015. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500004

MARX, G. E., et al. Syndromic Surveillance of Emergency Department Visits for Acute Adverse Effects of Marijuana, Tri-County Health Department, Colorado, 2016-2017. **Public Health Reports**, 2019. doi:10.1177/0033354919826562

McCOY, C.; JOHNSON, K. Behavioral Emergencies: A Closer Look. **Journal of Emergency Nursing,** v. 37, n. 1, p. 104-108, 2011. doi:10.1016/j.jen.2010.06.021

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf> Acesso em: 26 set. 2018.

MICHAELIS. **Dicionário da Língua Portuguesa.** Editora Melhoramentos, 2018. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/emergencia> Acesso em: 26 set. 2018.

MIRANDA, C. A. C. Terapias biológicas e a prática da lobotomia nos hospitais psiquiátricos de Pernambuco na primeira metade do século XX. **SÆCULUM REVISTA DE HISTÓRIA**, João Pessoa, v. 1, n. 31, p. 203-220, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/srh/article/view/203> Acesso em: 26 set. 2018.

MIRANDA, C. M. L. Internação psiquiátrica e reabilitação psicossocial. **J. bras. psiquiatr.**, v. 47, n. 9, p. 437-439, 1998.

MOREIRA, L. R.; NETO, F. K. Dos benefícios sociais na Reforma Psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 110-118, jul./dez. 2017.

MUNIZZA, C. et al. Emergency psychiatry: a review of the literature. **Acta Psychiatr Scand**., v. 374, p. 1-51, 1993. Suplemento.

NITSCHKE, R. G. **Nascer em família:** uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis,1991.

OLIVEIRA, R. P.; LAUS, A. M. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.,** São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1164-1170, 2011.

OLIVEIRA, W. F. Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 52-71, 2012. Disponível em: <incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/2125/2918> Acesso em: 26 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Nova York, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Global sobre Álcool e Saúde.** Genebra: Suíça, 2018. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> Acesso em: 22 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha Informativa – Depressão.** 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095> Acesso em: 22 mar. 2019.

PACHECO, M. A. et al. Aspectos do funcionamento de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.,** v. 25, p. 106-114, 2003. Suplemento 1.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. 'Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970'. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 11, n. 2, p. 241-258, mai./ago. 2004.

PERNA, G. et al. Long-term pharmacological treatments of anxiety disorders: an updated systematic review. **Curr Psychiatry Rep**., v. 18, n. 23, p. 1–16, 2016.

PEREIRA, S. D. Conceitos e definições da Saúde e Epidemiologia usados na Vigilância Sanitária. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf> . Acesso em 15 jun. 2019.

PILLON, S. C. et al. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 742-748, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400013&lng=en&nrm=iso>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400013>. Acesso em: 11 Jun. 2019.

POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB). **In the US, Who is at this greatest risk for suicides?** 2010. Disponível em:<https://www.prb.org/suicides/> Acesso em: 26 set. 2018.

PRATES, J. G. et al. A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. **Revista SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 318-327, abr./jun. 2014. doi: 10.5935/0103-1104.20140029

QUINTANA, M. **Poesia Completa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar. 2005. p. 469.

HESLIN, K. C. et al. Hospitalizations Involving Mental and Substance Use Disorders Among Adults, 2012. **HCUP Statistical Brief #191**. June. 2015. Disponível em: http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb191-Hospitalization-Mental-Substance-Use-Disorders2012.pdf Acesso em: 01 jun. 2019.

REBELO, F. Da teoria da degeneração de Morel à classificação das doenças mentais de Kraepelin. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 20, n. 4, p.1756-1760, out./dez. 2013.

RIBEIRO, D. C. Hospício de Pedro II: alienados e familiares como agentes (1883-1889). In: XV Encontro regional de história da ANPUH-Rio, 2012. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPUH-Rio, 2012. Disponível em: <http://www.encontro2012.rj.anpuh.org/resources/anais/15/1337375826_ARQUIVO_TextoAnpuh2012.pdf> Acesso em: 26 set. 2018.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, p. 92-99, set. 2004.

ROCCA, P.; VILLARI, V.; BOGETTO, F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 586-598, June. 2006.

RUBIO, V. et al. Urgencias hospitalarias asociadas al consumo de hipnóticos y sedantes, Castilla y León, 2009-2013. **Rev Esp Salud Pública**, v. 90, out. 2016.

RUIZ-PEREZ, I., ORLY, A. El suicidio en la Espana de hoy. **Gac Sanit**, v. 20, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.sespas.es/informe2006/p1-3.pdf> Acesso em: 26 set. 2018.

SALLUM A. M. C.; PARANHOS W. Y. **O Enfermeiro e as situações de emergência**. 2 ed. São Paulo. Editora Atheneu, 2010, p. 745-757.

SANELLO, A. et al. Western Journal *of* Emergency Medicine. **Evidence-based Prehospital Care for Altered Mental Status**, v. 19, n. 3, may. 2018.

SANTA CATARINA. Urgências e emergências psiquiátricas em pronto-socorro: protocolo de acolhimento. 2015. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9185-urgencias-emergencias-em-pronto-socorro/file>. Acesso em: 16 jun. 2019.

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

SARMENTO, L. C. M.; VIEIRA, M. A. **Sobre autonomia:** propondo um diálogo entre os campos da reforma psiquiátrica e da psicanálise. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

SCHENKER, M.; MINAYO M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SCIVOLETTO, S.; BOARATI, M. A.; TURKIEWICZ, G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 32, p. S112-S120, oct. 2010. Suplemento 2. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600008

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBREMAN, M. L. A origem da liga brasileira de higiene mental e seu contexto histórico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 1, n. 31, p. 82-82, jun. 2009.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de *crack* atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica**. Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, set./out. 2011.

SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3. ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

SESA. Secretaria da Saúde. **HOSPUS** – Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2802> Acesso em: 26 set. 2018.

SESA. Secretaria da Saúde. **Paraná é referência nacional em regulação de leitos, consultas e exames.** 2017. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=5316> Acesso em: 26 set. 2018.

SHAFFER, D. et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. **Arch Gen Psychiatry**, v. 53, p. 339-348, 1996.

SILVA, P. L. et al. A interface saúde mental e atenção básica. Escola de saúde pública. **Boletim da saúde.** Rio Grande do Sul, v. 18, n. 1, jan./jun. 2004.

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, set. 2010. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300035

SOUZA, A. L. M.; GARBINATO, L. R.; MARTINS, R. P. S. A atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde: uma revisão. **Interbio**, v. 6, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol6_num1/arquivos/artigo7.pdf> Acesso em: 26 set. 2018.

SOUZA, J. C.; SOUZA, N.; MAGNA, L. A. Tempo medio de hospitalização e categorias diagnosticas. **J. bras. psiquiatr.**, v. 57, n. 2, p. 112-116, 2008.

STASINOPOULOS, D. M.; RIGBY, R.A. Generalized additive models for location scale and shape (GAMLSS) in R. ***Journal of Statistical Software***, v. 23, Issue 7, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.jstatsoft.org/v23/i07> Acesso em: 22 mar. 2019.

STASINOPOULOS, D. M.; RIGBY, R. A.; AKANTZILIOTOU, C. **Instructions on how to use the gamlss package in R.** Second Edition. CRAN, 2008.

TANNURE, M. C. et al . Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 5, p. 817-822, out. 2010. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500020

THE LANCET COMMISSIONS. **The Lancet Comission on global mental health and sustainable development.** v. 392, October. 2018. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X

TORRICO, E.; REMESAL, R.; ANDRES, M. **El suicidio en la edad adulta.** Consejo General de Colegios Oficiales de Psicologos: Septima edicion Focad, 2009.

TOWNSEND, M. C. ***Enfermagem Psiquiátrica****:* Conceitos de Cuidados. *3. ed.* Editora Guanabara Koogan, 2002.

URBANOSKI, K. et al. Frequent use of emergency departments for mental and substance use disorders*.* **Emergency Medicine Journal**, v. 35, n. 4, p. 220-225, 2018. doi: 10.1136/emermed-2015-205554

VESPUCCI, E. F.; VESPUCCI, R. **O revólver que sempre dispara.** São Paulo: Casa Amarela, 1999.

VOLPE, F. M. et al . Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 203-209, 2010. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300006

VOLPE, F. M. et al .Gender differences among schizophrenic patients admitted to the psychiatric emergency room. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 267-268, 2009. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000400008

WILLIAMSON, A. E. et al. The disappearance o the “revolving door” patient in scottish general practice: successful policies. **BMC Family Practice**, v. 13, p. 95, 2012. doi: 10.1186/1471-2296-13-95

WISE-HARRIS, D. et al. Hospital was the only option”: Experiences of frequent emergency department users in mental health. **Adm Policy Ment Health**, v. 9, mar. 2016.

ZALAQUETT, P.; MUÑOZ, E. Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. **REVISTA MED. CLIN. CONDES**, v. 28, n. 6, p. 835-840, 2017.

ZANARDO, G. L. P. et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 20, n. 3, p. 460-474, 2017. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700030009

ZURITA, R. C. M. et al. Evolução dos gastos hospitalares com internações psiquiátricas por drogas. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 37, n. 3, set. 2016. e53289. doi: http://dx.doi. org/10.1590/1983-1447.2016.03.53289

ZURITA, R. C. M.; ZURITA, R. M.; CARVALHO, V. A. Prevalência de alcoolismo em internações hospitalares na emergência psiquiátrica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1783-1799, mar. 2013. doi: http://dx.doi.org/10.18673/gs.v1i1.22976

ANEXO

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Características sociodemográficas e clínicas da população atendida em um serviço de emergência psiquiátrica de portas abertas de um hospital geral.

Pesquisador: ANDREIA CRISTINA FORMAGGI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88946318.9.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.726.382

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto em pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: foi acrescentado à PB e projeto de pesquisa a possibilidade de risco, mesmo que mínimo, e o cuidado e manejo que as pesquisadoras terão para evitar que isso aconteça.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados o ofício de encaminhamento e projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pesquisadoras esclareceram o procedimento para evitar riscos assumindo a responsabilidade pela guarda e codificação das informações de maneira que impossibilite a identificação dos sujeitos. O banco de dados também só será manipulado pelos pesquisadores envolvidos no projeto. Os dados serão trabalhados em computadores com sistema de segurança, anti-vírus e outros, todos atualizados.

Destacam o compromisso em desenvolver a pesquisa, cuidando do manejo e acesso ao banco de dados e respeitando-se todos os aspectos éticos para

desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, atendendo à Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1110590.pdf	05/06/2018 16:05:29		Aceito
Outros	oficioamarelo.pdf	05/06/2018 16:04:43	ANDREIA CRISTINA FORMAGGI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoamarelo.pdf	05/06/2018 16:03:53	ANDREIA CRISTINA FORMAGGI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	24/05/2018 14:43:33	ANDREIA CRISTINA FORMAGGI	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	24/05/2018 14:43:14	ANDREIA CRISTINA FORMAGGI	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	03/05/2018 09:16:00	ANDREIA CRISTINA FORMAGGI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficio.pdf	03/05/2018 08:38:36	ANDREIA CRISTINA FORMAGGI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	oficiocecaps.pdf	02/05/2018 11:23:11	ANDREIA CRISTINA FORMAGGI	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	25/04/2018 14:37:37	ANDREIA CRISTINA FORMAGGI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não