

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA E CIÊNCIAS  
HUMANAS**

**GABRIELA CARRION DEGRANDE MOREIRA**

**Opinião dos profissionais das equipes de um município paulista  
sobre a assistência psiquiátrica**

**Ribeirão Preto  
2012**

**GABRIELA CARRION DEGRANDE MOREIRA**

**Opinião dos profissionais das equipes de um município paulista  
sobre a assistência psiquiátrica**

**Ribeirão Preto  
2012**

**GABRIELA CARRION DEGRANDE MOREIRA**

**Opinião dos profissionais das equipes de um município paulista  
sobre a assistência psiquiátrica**

Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração - Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa - Enfermagem psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonia Regina Ferreira Furegato**

**Ribeirão Preto  
2012**

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

Moreira, Gabriela Carrion Degrande

Opinião dos profissionais das equipes de um município paulista sobre a assistência psiquiátrica. Ribeirão Preto, 2012.

78 p. : il. ; 30 cm

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

Orientadora: Furegato, Antonia Regina Ferreira.

1. Saúde mental. 2. Enfermagem psiquiátrica. 3. Serviços de saúde.

Nome: MOREIRA, Gabriela Carrion Degrande

Título: Opinião dos profissionais das equipes de um município paulista sobre a assistência psiquiátrica

Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração - Enfermagem Psiquiátrica. Linha de pesquisa - Enfermagem psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Aprovado em: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Ao meu pai, José Moreira Filho (Didi Moreira)  
Apesar de ter partido cedo demais,  
tenho certeza de que tudo o que sou  
é fruto de seus ensinamentos ao longo de minha vida  
e da vida de todos que passaram por ti e passarão às suas gerações.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me sustentado e conduzido meus passos.

À minha família pelo apoio e incentivo nas vivências de tristezas e de alegrias, compreendendo a dimensão deste trabalho.

À Prefeitura Municipal de Guará, aos parceiros desta caminhada, especialmente, à Secretaria Municipal de Saúde, do Centro de Atenção Psicossocial, do Ambulatório de Especialidades Médicas e da Santa Casa de Misericórdia.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonia Regina Ferreira Furegato por ter me iniciado nesta caminhada, pela dedicada orientação, amizade, confiança e ensinamentos.

Aos professores e aos colegas do Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelas vivências e experiências.

Aos portadores de transtorno mental que encontram nas equipes de saúde suporte para a vida.

A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram para a concretização deste sonho.

"Aqui estão os loucos. Os desajustados. Os rebeldes. Os criadores de caso. Os pinos redondos nos buracos quadrados. Aqueles que vêm as coisas de forma diferente. Eles não curtem regras. E não respeitam o *status quo*. Você pode citá-los, discordar deles, glorificá-los ou caluniá-los. Mas a única coisa que você não pode fazer é ignorá-los. Porque eles mudam as coisas. Empurram a raça humana para a frente. E, enquanto alguns os vêem como loucos, nós os vemos como geniais. Porque as pessoas loucas o bastante para acreditar que podem mudar o mundo, são as que o mudam."

**Jack Kerouac**



## RESUMO

MOREIRA, G. C. D. **Opinião das equipes sobre a assistência psiquiátrica num município do interior paulista.** 2012. 78 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A organização progressiva do sistema de saúde e inclusão do portador de transtorno mental em situação de emergência faz com que sua autonomia e cronicidade sobreponham a agudização do transtorno. Objetivo: identificar a opinião de profissionais de nível superior e de técnicos/auxiliares de enfermagem sobre a assistência em saúde mental, num município paulista. Método: pesquisa exploratório-descritiva; entrevistas semi-estruturadas no Pronto socorro (PS) do hospital geral, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) e Ambulatório de Especialidades Médicas (AEM). Aprovado em Comitê de ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP) e pela Secretaria Municipal de Saúde. Resultados: dos 46 sujeitos, 12 são do CAPS I e AEM e 34 do PS; 76% sexo feminino; 44% entre 30 a 39 anos; 65% até 09 anos de formados; 64% frequentaram cursos após curso de graduação; 72% relatam que a instituição segue parcialmente a política nacional de saúde mental. As principais dificuldades encontradas nos serviços foram em relação à estrutura física (48%) e, especificamente, no pronto socorro em relação ausência de um profissional da área da saúde mental (43%) disposto a atender o paciente e a trabalhar em conjunto aos funcionários no processo de educação permanente. A estrutura de relações de trabalho foi considerada totalmente adequada por alguns e pouco adequada para a maioria dos sujeitos. Muitos cuidados atribuídos à equipe de enfermagem são realizados até por outras categorias, tais como, observação, anotação, interações terapêuticas, conforto e recreativas. O registro rotineiro da observação do portador de transtorno mental durante a interação foi significativo. A formação profissional foi considerada deficiente para exercer o trabalho na saúde mental com a mesma frequência em que outros sujeitos consideram falha na formação profissional. Os usuários são encaminhados aos serviços de saúde mental e ao hospital psiquiátrico. Enfermeiros e médicos realizam os primeiros atendimentos. Os procedimentos básicos dos serviços quando o portador de transtorno mental encontra-se em situação de emergência foram identificados como a comunicação, contenção física e química e encaminhamento aos serviços de referência tanto a internação em hospital psiquiátrico como o tratamento em nível secundário dos serviços especializados. Conclusão: há articulação funcional entre o atendimento básico e terciário; demanda é significativa; município estrutura-se; há necessidade de educação permanente das equipes e abertura de leitos psiquiátricos no hospital geral. A pesquisa contribuiu de maneira significativa para contextualizar a saúde mental no município, especialmente no que se refere ao cuidado do portador de transtorno mental em situação de emergência nos municípios de pequeno porte.

Palavras-chave: Saúde mental. Enfermagem psiquiátrica. Serviços de saúde.

## ABSTRACT

MOREIRA, G. C. D. **Opinion of the teams on psychiatric care in a city in the countryside of São Paulo state.** 2012. 78 f. Dissertation (Master's degree) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The progressive organization of the health system and the insertion of mental patients in an emergency situation make its autonomy and chronicity overlap the disorder exacerbation. Objective: to identify the views of top-level professionals and technical / auxiliary nurses on mental health care, in a city of São Paulo State. Method: exploratory-descriptive, semi-structured interviews in the Emergency Room (PS) of the general hospital, Psychosocial Care Center (CAPS I) and Outpatient Clinic (AEM). Approved by the Ethics Committee of School of Nursing of Ribeirão Preto (EERP/USP) and by the Municipal Health Department. Results: of 46 people, 12 are in CAPS I and AEM and 34 PS, 76% female, 44% from 30 to 39 years, 65% up to 09 years of graduation, 64% attended courses after they graduated, 72% said that the institution partially follows the national policy for mental health. The main difficulties found in the services were related to the physical structure (48%), specifically lack of a professional mental health in the emergency room (43%) willing to look to the patient and work together to employees in the continuing education process. The structure of labor relations was considered adequate by some and totally unsuitable for most people. Many cares assigned to the nursing team are performed by other categories, such as observation, notes, therapeutic interactions, recreations and well-being. The routine record observation of mental patients during the interaction was significant. The professional training was considered inadequate to perform the work in mental health with the same frequency that others consider fail in professional training. Patients are forwarded to mental health services and, the psychiatric hospital. Nurses and physicians perform the initial care. The basics procedures of the service when the mental patients is in an emergency situation were identified as communication, physical and chemical restraint and, sent to reference services as well as hospitalization in psychiatric hospital such as treatment in secondary level of specialist services. Conclusion: there is functional link between primary care and third; demand is significant, city self-structure, need for continuing education of staff and opening of psychiatric beds in general hospitals. The research contributed significantly to contextualize mental health in the city, especially with regard to the care of mental patients in an emergency situation in small towns.

Keywords: Mental health. Psychiatric nursing. Health services.

## RESUMEN

MOREIRA, G. C. D. **Opinión de los equipos profesionales de un municipio paulista en la atención psiquiátrica.** 2012. 78 f. Tesis (Maestro) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

La organización progresiva del sistema de salud y la inclusión de los enfermos mentales en una situación de emergencia hace con que la autonomía de la agravación y la cronicidad superposición la enfermedad. Objetivo: identificar los puntos de vista de profesionales de primer nivel y personal de enfermería técnico/auxiliar de atención de salud mental, una ciudad situada pulg. Método: el estudio exploratorio-descriptivo, entrevistas semi-estructuradas en la sala de emergencias (PS) del hospital general, Centro de Atención Psicosocial (CAPS) y Clínica (AEM). Aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto (EERP/USP) y por los resultados Municipales de Salud. Resultados: de los 46 sujetos, 12 se encuentran en CAPS I y AEM y PS 34, 76% mujeres, 44% a partir 30 a 39 años, 65 a 09% años de la graduación, el 64% asistió a cursos de licenciatura después, el 72% afirma que la institución se ajusta parcialmente a la política nacional de salud mental. Las principales dificultades se encontraban en los servicios en relación con la estructura física (48%), y específicamente en relación a la ausencia de emergencia de un profesional de salud mental (43%) de los pacientes están dispuestos a reunirse y trabajar juntos a los empleados en educación continua. La estructura de las relaciones laborales se consideró adecuada por algunos y totalmente inadecuado para la mayoría de los sujetos. A muchos les asigna al equipo de enfermería está compuesto por otras categorías, como la observación, las interacciones de anotación, terapéuticos, el confort, las comodidades y el confort. El registro de la observación rutinaria de los enfermos mentales durante la interacción fue significativa. La capacitación se consideró insuficiente para realizar el trabajo en salud mental con la misma frecuencia que no tiene en cuenta la formación de otras materias. Los usuarios se refieren a los servicios de salud mental y el hospital psiquiátrico. Las enfermeras y los médicos realizar las primeras sesiones. Los procedimientos básicos del servicio, cuando los enfermos mentales se encuentra en una situación de emergencia fueron identificados como la comunicación, la restricción física y química y servicios de referencia para referirse tanto a la admisión a tratamiento en un hospital psiquiátrico en los servicios secundarios a nivel de especialistas. Conclusión: No es el trabajo conjunto entre la atención primaria y terciaria, la demanda es importante, la ciudad está estructurado, no hay necesidad de educación continua del personal y la apertura de camas psiquiátricas en hospitales generales. La investigación ha contribuido de manera significativa para contextualizar la salud mental en la ciudad, especialmente en lo que respecta al cuidado de los enfermos mentales en una situación de emergencia en las ciudades pequeñas.

Palabras- clave: Salud mental. Enfermería psiquiátrica. Servicios de salud.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1: Histograma de frequências relacionadas ao primeiro atendimento do portador de transtorno mental, segundo os profissionais e os serviços de saúde. ....	56
Tabela 1: Opinião dos profissionais do hospital geral e das unidades de saúde mental quanto à política, às práticas e a formação. ....	15
Tabela 2: Tipos de cuidados de enfermagem realizados pelos sujeitos. ....	43
Tabela 3: Distribuição dos profissionais, segundo contexto de trabalho. ....	48

## SUMÁRIO

<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
a. Objetivo geral.....	7
b. Objetivos específicos.....	7
<b>III. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>8</b>
a. Tipo de pesquisa .....	8
b. Local da pesquisa.....	9
c. Procedimentos éticos .....	10
d. Instrumentos de coleta de dados .....	11
e. Coleta dos dados .....	12
f. Análise dos dados.....	13
<b>IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>V. CONCLUSÕES</b> .....	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>63</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>72</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>73</b>
<b>CRONOGRAMA</b> .....	<b>78</b>

## I. INTRODUÇÃO

A consolidação da Reforma Psiquiátrica se dá no contexto da rede de serviços especializados, articulados aos serviços da rede básica de saúde, especialmente após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que assume grande importância política e social na área da saúde do Brasil. A reestruturação do modelo assistencial possui mecanismos de alocação de recursos e outros dispositivos de financiamento que estimulam sua consolidação e expansão sustentadas pelas diretrizes do SUS (BRASIL, 2007; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005; BRASIL, 2011a).

Os portadores de transtornos mentais estão presentes no cotidiano dos serviços da atenção básica à saúde, em todo país. A prevenção, os tratamentos e a reabilitação psicossocial demandam interações entre a atenção básica e os serviços especializados em saúde mental e psiquiatria. Um novo sentido para as ações em saúde mental no contexto da atenção básica está na interface entre a territorialidade e a responsabilidade pela demanda, onde os moldes de um usuário acostumado ao modelo biomédico de assistência são questionados e, por vezes, valorizados. O usuário deve ser considerado como um ser que possui suas particularidades, potencialidades e questionamentos (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; AMARANTE, 2007; FUREGATO; SILVA; SANTOS; MOREIRA, 2008; SUS, 2010).

A dificuldade na adequação da assistência à realidade de cada local, o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos relacionados ao transtorno mental e as necessidades subjetivas no cotidiano da assistência, a tendência à medicalização dos sintomas como único recurso e a dificuldade de estabelecer, de fato, serviços de referência e contra-referência são algumas dificuldades ainda encontradas para operacionalizar as políticas de saúde mental no

país (BRÊDA; ROSA; PEREIRA; SCATENA, 2005). Além disso, observa-se a falta de integração entre os serviços causando quebra do vínculo, ruptura do acolhimento e reinternações (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010).

Dos países em desenvolvimento que possuem orçamento específico para as políticas de saúde mental, cerca de 37% gastam menos de 1% do orçamento do setor saúde com programas voltados à reabilitação psicossocial. Muitos destes países, inclusive o Brasil, testemunharam mudanças importantes no modelo de atenção em saúde mental com a migração de modelos basicamente hospitalocêntricos para redes de serviços comunitários (WHO, 2005). Esta situação leva a reflexão sobre as reais ações dos diferentes níveis de atenção para com os portadores de transtornos mentais e as recomendações da WHO (2001) para a organização de redes de atenção psicossocial, dentre elas a oferta de tratamento na atenção básica e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário.

As noções de vínculo, de acolhimento e de humanização da assistência podem contribuir para uma abordagem mais compreensiva dos transtornos mentais na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e nos demais serviços da atenção básica. Estudos sistemáticos e experiências municipais e regionais no contexto do SUS têm mostrado a importância da efetivação das diretrizes de descentralização e de territorialização, bem como a estruturação das ações de saúde com base em equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental que possam, minimamente, assegurar retaguarda para as equipes atuantes na atenção básica (SARACENO, 1996; BRÊDA; AUGUSTO, 2001; BRASIL, 2004b; CAMPOS; GUERRERO, 2008).

Uma das características da atenção básica à saúde é que a inserção no território seja hegemônica e substitua o modelo tradicional, onde as equipes privilegiem a família e a comunidade com planejamento situacional para enfrentar os problemas de saúde junto à comunidade (CAMPOS; GUERRERO, 2008).

Esta nova dinâmica de reestruturação dos serviços de saúde tem o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda à população. É garantido o acesso por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, com assistência atrelada às reais necessidades da população, a partir da identificação dos fatores de risco aos quais estão expostos e neles intervirem de forma apropriada. A reestruturação torna-se uma estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial centrado na qualidade de vida da comunidade (ROSA; LABATE, 2005; BRASIL, 2011b).

O matriciamento das ações das equipes da atenção básica é um artifício organizacional com o objetivo de desenvolver o trabalho em saúde e serve de suporte técnico pedagógico às equipes de saúde da família. Há consenso de que as equipes de saúde mental devem oferecer este suporte. Dessa forma, cada equipe de referência matricial terá um registro para identificar casos considerados de risco e vulneráveis, para elaboração dos projetos terapêuticos individuais (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2011b).

Transtornos mentais e comportamentais são comuns entre pacientes que buscam serviços da atenção básica. Avaliações do grau e do padrão desses transtornos devido ao potencial para identificar pessoas com distúrbios e proporcionar a atenção são necessárias naquele nível (WHO, 2001).

Os estudos epidemiológicos na atenção básica têm sido baseados na identificação de transtornos mentais pelo uso de instrumentos de triagem, de diagnóstico clínico ou mediante entrevistas para diagnóstico psiquiátrico (WHO, 2001). Em torno de 31 a 50 % da população brasileira apresenta durante a vida pelo menos um episódio de transtorno mental e cerca de 20 a 40% da população necessitará de algum tipo de ajuda profissional, indicando a grande importância social dos transtornos mentais, seguida da necessidade de reconhecimento precoce e assistência adequada de modo a evitar sua cronicidade (DALGALARRONDO, 2000).



A assistência clínica que acolha adequadamente o portador de transtorno mental em emergência psiquiátrica, em todos os níveis do sistema de saúde, funciona como dispositivo fundamental para romper o ciclo de psiquiatrização e medicalização. O aumento da demanda ambulatorial é um dos riscos deste processo, podendo-se recair na psiquiatrização dos problemas sociais, ou seja, tratando-se, na verdade, de somente um espaço de triagem para a atenção especializada, ou ainda, limitando-se a uma clínica cujo foco seja a patologia (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Ao discutir tais tensões, os profissionais da saúde pretendem tornar complexas e densas as ações de subjetivização coletiva dos usuários dos serviços de saúde, tendo sempre como horizonte de atuação a emancipação humana (SANTOS, 2002). A práxis dos profissionais da saúde torna-se central para se compreender a ótica da sua atenção ao usuário. A instituição e o profissional da saúde inserem o usuário no discurso organizativo, bem como tornam possível pensar uma psiquiatria que coloca a doença entre parênteses para tornar o próprio sujeito protagonista de seus cuidados (BASAGLIA, 1985).

A saúde mental de emergência refere-se a uma condição em que a pessoa manifesta alteração do pensamento (delírio), da percepção, do humor, do comportamento ou nas atitudes (agitação motora, atos agressivos físicos e/ou verbais) necessitando de atendimento rápido e eficiente. Estas alterações estão associadas a risco de vida para a própria pessoa e/ou para terceiros, pois, nas síndromes ou sintomas psiquiátricos mais frequentes estão presentes agressividade, comportamento suicida e juízo crítico da realidade comprometido (KAPLAN; SADOCK, 2007; BOTEGA, 2006).

Emergência é uma situação crítica na qual existe um tempo hábil para a pessoa ser tratada adequadamente e evitar que se torne uma urgência. Entretanto, na prática, este limite é tênue frente à angústia do paciente e de sua família, vivenciada enquanto uma situação que demanda uma intervenção iminente. Esta situação solicita a criação de novos espaços que

contenham a resposta necessária para a reintegração emocional do paciente (STERIAN, 2001).

As pessoas em situações de emergência psiquiátrica estão vulneráveis à assistência em saúde, num momento em que é necessária intervenção rápida e eficaz por parte da equipe de saúde para aliviar imediatamente, com dedicação e compreensão no cuidar. Porém, estas pessoas necessitam exercitar sua autonomia nas interfaces individuais e familiares. Oferecer aos profissionais a possibilidade de conhecer um novo tipo de abordagem das situações de emergências psiquiátricas para além dos tradicionais tratamentos psiquiátricos, clínicos ou farmacológicos (STERIAN, 2001).

Com a tendência de organização do sistema de atenção à saúde mental, o portador de transtorno mental pode estar presente e ser atendido nos diferentes serviços tais como Hospital Geral, Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde da Família e emergências clínicas, onde recebe os mais diversos tipos de cuidado.

O portador de transtorno mental é um “nômade” pelas redes de cuidado e inclusive um forte protagonista de sua produção (LANCETTI, 2006). Vale apontar que os usuários das redes de saúde, mesmo que fortemente vinculados a certas equipes de saúde, não se portam como usuários exclusivos desses locais de grande territorialização, pois são “nômades” no sentido de que são produtores de redes de conexões não previstas e conhecidas no mundo do cuidado, que fogem aos lugares que os serviços de saúde instituem. Poder andar com eles e descobrir essa produção de novas redes de conexões para um olhar sobre a acessibilidade é chave, e em particular, no campo de cuidado em saúde mental (MERHY; FEUERWERKER; SILVA; FREIRE; AMARAL; PALMIERI; OKI; FONSECA; RAMOS, 2011).

As inquietações que motivaram esta pesquisa encontram suas bases nas mudanças do processo de organização progressivo do sistema de atenção à saúde e inclusão do portador de transtorno mental em situação de emergência nas diferentes modalidades de cuidado, onde sua

autonomia e cronicidade se sobrepõem à agudização da sintomatologia decorrente de seu transtorno mental.

## **II. OBJETIVOS**

### **a. Objetivo geral**

Identificar a opinião dos profissionais de nível superior e dos técnicos/auxiliares de enfermagem sobre a assistência em saúde mental, num município paulista.

### **b. Objetivos específicos**

Contextualizar as equipes dos diferentes serviços da rede de atenção em saúde mental: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), Pronto socorro do Hospital Geral (PS) e Ambulatório de Especialidades Médicas (AEM).

Conhecer a opinião dos profissionais a respeito da assistência psiquiátrica e de saúde mental: a- políticas, b- práticas e c- formação profissional.

Conhecer a opinião da equipe sobre o atendimento ao portador de transtorno mental em situação de emergência.

### **III. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **a. Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva para atender a política de serviços em saúde mental, visando contribuir para a saúde mental das Américas.

A descrição das características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis é a característica principal desta metodologia. A utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática são alguns exemplos de sua utilização (GIL, 1991; ANDRADE, 2001; LAKATOS; MARCONI, 2001).

Dentre as pesquisas descritivas destacam-se as que estudam características de um grupo, sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental. Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, sobre os dados ou fatores coletados da própria realidade (GIL, 1991; CERVO; BERVIAN, 1996).

Os estudos exploratórios não elaboram hipóteses a serem testadas no trabalho, restringindo-se a definir o objetivo, a familiarizar-se com o fenômeno e a descobrir novas idéias, mas realiza buscas bem planejadas de uma determinada situação e procura encontrar relações existentes entre seus elementos (CERVO; BERVIAN, 1996). Os estudos exploratórios e descritivos combinados são estudos que têm por objetivo descrever, o mais completamente possível, determinado fenômeno com análises empíricas e teóricas (GIL, 1991).

## **b. Local da pesquisa**

A presente pesquisa foi realizada na cidade de Guará, interior do Estado de São Paulo. O município possui uma população de, aproximadamente 20 mil habitantes, com densidade demográfica de 55 habitantes/km<sup>2</sup>. A população compreendida entre os 0 e 14 anos, corresponde a 25%, 60 anos ou mais estão em 11% (SÃO PAULO, 2011). Portanto, a população ativa economicamente no município é a maioria (64%).

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde, Guará pertence ao Departamento Regional de Saúde VIII – Franca e ao Colegiado de Gestão Regional Alta Mogiana que engloba os municípios de Aramina, Buritizal, Miguelópolis, Ituverava e Igarapava (SÃO PAULO, 2009).

O sistema municipal de atenção à saúde em Guará é composto por um Hospital Geral (Santa Casa de Misericórdia) de pequeno porte (30 leitos), uma Unidade Básica de Saúde (Centro de Saúde II), cinco Equipes de Saúde da Família (ESF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), um Ambulatório de Especialidades Médicas (AEM) e um Posto de Assistência à Saúde (PAS) em Pioneiros, distrito de Guará. Além das especialidades em saúde, oferecidas no município, há referências para os serviços de alta complexidade, pela Unidade de Regulação (GUARÁ, 2009).

Com exceção do município de Guará, nos outros municípios há tentativas de se estabelecer serviços de saúde mental, porém não há estabelecimentos cadastrados para saúde mental. Os municípios de Aramina, Buritizal, Miguelópolis e Igarapava possuem profissionais da área de saúde mental em seus serviços de atenção básica como, por exemplo, psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos e fonoaudiólogos (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c; BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012e; BRASIL, 2012f). Dessa forma, não foi possível a realização da pesquisa em nível regional e optou-se por realizá-la no município de Guará por ter serviços de saúde mental constituídos.

### **c. Procedimentos éticos**

Esta pesquisa é parte de um grande projeto que vem sendo realizado pelo grupo de pesquisa REHUSAM (Recursos Humanos em Saúde Mental) intitulado “Papéis e Funções dos Profissionais de Serviços e Políticas de Saúde Mental - Projeto OPS/2003” da EERP/USP, cadastrado no CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), em parceria com a Organização Mundial e Saúde (OMS) e com o Ministério da Saúde do Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP/USP (Processo HCRP nº13282/2005) e tem resultados publicados (FUREGATO; OSINAGA; GALERA; PILLON, 2010; FUREGATO; GALERA; PILLON; SANTOS; PITIÁ; CARDOSO, 2010; GARLA; FUREGATO; SANTOS, 2011; ESPERIDIÃO; CRUZ; SILVA, 2011).

A presente pesquisa teve anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Guará para sua condução no município. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), conforme Protocolo nº 1287/2011.

Após a autorização do Comitê de Ética, a coleta dos dados foi iniciada por meio de entrevistas, previamente agendadas, com os profissionais das equipes de saúde, de modo a responder as questões dos instrumentos (ANEXOS I e II), no próprio local de trabalho, conforme sua disponibilidade e consentimento em participar da pesquisa.

#### **d. Instrumentos de coleta de dados**

Como recurso prévio foram utilizadas informações sobre as especificidades das equipes e das instituições: a) constituição das equipes de saúde nos serviços municipais e b) número e categoria profissional dos componentes das equipes.

Foi utilizado um questionário semi-estruturado como roteiro de entrevista aos sujeitos (ANEXO I). Continha duas partes: 1) identificação e código dos sujeitos, contextualização do trabalho e do profissional preenchidas no formulário e 2) opinião sobre políticas, práticas e formação na área, cujas falas foram gravadas de maneira integral. O roteiro foi avaliado e é utilizado em pesquisas que estão sendo realizadas em vários locais do país com publicações nacionais e internacionais, além de manuscritos em análise (FUREGATO; OSINAGA; GALERA; PILLON, 2010; FUREGATO; GALERA; PILLON; SANTOS; PITIÁ; CARDOSO, 2010; GARLA; FUREGATO; SANTOS, 2011; ESPERIDIÃO; CRUZ; SILVA, 2011).

De modo a abranger o portador de transtorno mental em situação de emergência, tivemos a inclusão do item nº IV “Quando um portador de transtorno mental procura o serviço em situação de emergência” no roteiro.

O Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEXO II) inclui questões sócio-econômicas, enfatiza função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas (ABEP, 2011).



### **e. Coleta dos dados**

Após anuência da Secretaria da Saúde, aprovação do Comitê de Ética e qualificação do projeto em banca, buscou-se os responsáveis pelas unidades de saúde onde seria realizada a pesquisa para apresentação e iniciou-se a coleta dos dados por meio de leitura e explicação sobre a pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Após o aceite, a entrevista foi realizada utilizando o roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram feitas no próprio ambiente de trabalho, conforme disponibilidades dos sujeitos, gravadas e transcritas pela pesquisadora. As citações das falas foram acompanhadas do código numérico de identificação dos sujeitos e siglas dos locais de trabalho – a sigla “SM” representada pelas unidades de saúde mental a) CAPS I e b) AEM e a segunda sigla “PS” representa o pronto socorro do hospital geral.

Os sujeitos da pesquisa são todos os profissionais de nível superior e técnicos/auxiliares de enfermagem componentes das unidades de saúde da amostra que aceitaram participar e com tempo de serviço maior ou igual a 02 meses.

O período de realização da coleta deu-se entre os meses de Junho a Agosto de 2011, por meio de amostra intencional, nos seguintes locais: no Pronto socorro do Hospital Geral, no Centro de Atenção Psicossocial e no Ambulatório de Especialidades Médicas.

O convite para a participação na pesquisa foi estendido aos 54 sujeitos que compunham as equipes destas unidades de saúde, dos quais 46 consentiram em participar e atenderam aos critérios de inclusão, com perda de 08 sujeitos (15%). As perdas (15%) se deram, pois no Hospital Geral 02 médicos plantonistas se recusaram a participar da pesquisa, 02 plantonistas não atenderam aos critérios de inclusão porque estavam trabalhando na instituição há 15 dias (n=01) e há 01 dia (n=01); 01 técnica de enfermagem não atendeu aos critérios de inclusão, pois estava trabalhando na instituição há 15 dias e 01 técnica de

enfermagem se recusou a participar, pois relatou que sua área de atuação é, exclusivamente, na pediatria. No serviço de saúde mental – CAPS I - 01 técnica de enfermagem estava afastada por motivo de doença há 05 meses e permaneceu até o término da coleta dos dados e 01 técnica de enfermagem não atendeu aos critérios de inclusão, pois estava trabalhando na instituição há, apenas, 30 dias.

#### **f. Análise dos dados**

Os dados foram digitados e organizados em planilha eletrônica Microsoft Excel® com todas as informações dos sujeitos identificados por meio de código numérico. Foram analisados e descritos através de frequência no STATA12. Nas análises descritivas dos dados buscaram-se associações entre as diferentes variáveis com o uso do STATA12. Para avaliar a significância dos resultados foram utilizados o teste Exato de Fisher e o Coeficiente de Correlação de Pearson, sendo a hipótese de associação para significância quando  $p < 0,05$ . Os dados qualitativos foram analisados com base na literatura existente e descritos pelas categorias temáticas.

Os textos, resultantes das gravações com a opinião dos sujeitos estão apresentados em três subcategorias temáticas: a) políticas, b) práticas e c) formação profissional.

Pelo fato de alguns profissionais comporem as equipes de saúde mental do CAPS I e do AEM, com cargas horárias de trabalho distintas, utilizou-se a denominação de ASM (área de saúde mental) para estas duas unidades e PS (pronto socorro) para a equipe do hospital geral, nas análises dos dados.

Todos os dados (quantitativos e qualitativos) são objeto de discussão e de reflexão, sustentados na literatura referente ao tema.

#### IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 46 sujeitos que participaram da pesquisa, 12 (26%) estão distribuídos nas unidades de saúde mental e 34 (74%) exercem suas funções no hospital geral. A maioria (76%) é do sexo feminino; 44% têm entre 30 e 39 anos de idade, 65% têm de 0 a 09 anos de formação; seis (50%) profissionais da atenção especializada em saúde mental frequentaram curso após a graduação (especialização), sendo cinco em outra área. A relação entre o trabalho e o cuidado em saúde expressa na pesquisa, onde a força de trabalho adulto é predominantemente feminina, coincide com outros relatos (FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008; FUREGATO; GALERA; PILLON; SANTOS; PITIÁ; CARDOSO, 2010).

Foram entrevistados 23 profissionais de nível superior (nove médicos, quatro enfermeiras, três psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma farmacêutica, duas fonoaudiólogas, uma psicopedagoga, uma educadora física) e 23 técnicos/auxiliares de enfermagem.

Considerando-se a divisão em classes econômicas do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2011), 14 sujeitos (31%) encontram-se na classe econômica D, 13 (28%) na C2, oito (18 %) na C1, seis (12%) na B2, quatro (9%) na B1 e um (2%) na E. Nas classes econômicas de baixo poder aquisitivo C, D e E observa-se frequência de 77%.

As respostas diretas ao questionário (ANEXO I) encontram-se na Tabela 1, de acordo com as frequências correspondentes: política nacional de saúde mental, dificuldades encontradas nos serviços, estrutura de relações no trabalho, atuação da enfermagem, formação profissional e atendimento em emergência psiquiátrica.

O atendimento ao doente mental dá-se por meio das relações interpessoais mantidas com as pessoas que dele cuidam, isto é, relações mediadas por inúmeros determinantes como condições de trabalho, conhecimento técnico/profissional, conhecimento de senso comum e fatores emocionais, entre outros (ROLIM, 1993).

Tabela 1: Opinião dos profissionais do hospital geral e das unidades de saúde mental quanto à política, às práticas e a formação.

<b>Opinião dos sujeitos</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>A - Política nacional de saúde mental</b>		
Não segue	2	4
Segue parcialmente	33	72
Segue totalmente	10	22
Não respondeu	1	2
<b>B – Dificuldades encontradas na prática</b>		
Financeiras: Sim	21	46
Não	25	54
Pessoais: Sim	20	43
Não	26	57
Políticas: Sim	10	22
Não	36	78
Outras dificuldades: Sim	22	48
Não	24	52
<b>Estrutura das relações de trabalho adequadas</b>		
Totalmente	22	48
Pouco	13	28
Inexistente	10	22
Não respondeu	1	2
<b>Atuação da enfermagem</b>		
Satisfatória	23	50
Parcialmente	20	43
Não	3	7
<b>C – Formação para trabalho na área</b>		
Falha	12	26
Parcialmente	22	48
Não	12	26

Os processos de trabalho na saúde mental vêm passando por mudanças significativas nas dimensões teórico-conceituais e metodológicas. Em 2010, os debates da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial deram-se a partir de outro cenário. Por um lado, os

participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária. Por outro, identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário (SUS, 2010).

A Conferência reafirmou a saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional, intersetorial e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. A saúde mental tem interfaces com a assistência social, educação, justiça, trabalho, economia solidária, habitação, cultura, lazer, esportes e os direitos humanos (SUS, 2010).

Nestas interfaces observa-se importante contribuição das seis categorias inerentes a esta pesquisa, o modo como os funcionários de nível superior e de nível médio percebem o portador de transtorno mental em situação de emergência psiquiátrica a partir de sua opinião quanto às políticas nacional de saúde mental, visão do serviço, de sua formação profissional, do primeiro atendimento ao paciente, ações e reflexões no serviço especializado e de pronto atendimento e atuação da equipe de enfermagem.

### **Categoria 1**

#### **Política nacional de saúde mental**

Dos sujeitos entrevistados, 72% relataram que a instituição onde atuam segue parcialmente a política nacional de saúde mental, 22% acham que segue totalmente, 4% que não segue e um sujeito optou por não responder.

O Ministério da Saúde do Brasil, a partir da década de 90, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária. Estes serviços oferecem cuidados em articulação com os recursos existentes na própria comunidade. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados (território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária), ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado (BRASIL, 2012h).

Com a Política Nacional de Saúde Mental, o Governo Brasileiro tem como objetivos: reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; implantar o programa "De Volta Para Casa"; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando sua participação no cuidado; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário); avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (BRASIL, 2012i).

Num país onde 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual e 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a

Saúde Mental apresenta-se o desafio de fortalecer as políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial, consolidar e ampliar a rede de atenção de base comunitária e territorial promotora da reintegração social e da cidadania, implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego, bem como aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental (BRASIL, 2012i).

A OMS realizou um resumo dos progressos para a saúde mental a partir de dados de 184 de seus 193 países membros. O World Health Statistics-2011 foi construído a partir das publicações e bases de dados criadas e mantidas pela OMS. A seleção dos indicadores foi baseada em sua relevância para a saúde pública global, qualidade, disponibilidade, confiabilidade e comparativos das estimativas resultantes. A política de saúde mental está presente, em aproximadamente, 60% dos países, cobrindo 72% da população mundial. O Brasil encontra-se entre os 53% dos países membros que possuem uma política nacional de saúde mental específica e também citada dentro das políticas de saúde gerais (WHO, 2011b; WHO, 2011c).

Para os sujeitos desta pesquisa, a política nacional de saúde mental foi vista na perspectiva do cuidado especializado em saúde mental. *...Eu não vejo tantos cuidados para fazer aqui com esse paciente... Eu vejo que o CAPS tem ajudado bastante nesse cuidado desse paciente...* (28PS) e no gerenciamento de leitos de atenção integral, em grande parte dos relatos. Com o surgimento dos serviços substitutivos que atendam integralmente os usuários de álcool e outras drogas: *O paciente, às vezes, na entrevista é um drogadito ou um alcoólatra, um etilista crônico que tem o desejo de querer se tratar e procura o atendimento médico no plantão e a gente orienta que existem as CAPS, com a nova política de saúde mental vigente.* (41PS)

Recentemente, em âmbito nacional, houve a definição das 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, institui incentivos financeiros de investimento e de custeio (BRASIL, 2012).

Menciona-se, mas não distingue pessoas em sofrimento mental, portadores de transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. As pessoas possuem momentos de sofrimento mental devido a situações do cotidiano e o enfrentamento pode reportá-las às necessidades de saúde ou levá-las à instalação do transtorno mental. A linha entre sofrimento, transtorno e necessidade é tênue e o diagnóstico diferencial deve ser realizado com cautela para reduzir o estigma frente ao tratamento/acompanhamento e de modo a promover qualidade de vida.

A assistência hospitalar é o ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e possui seis diretrizes: I - função precípua de preservação da vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial; II - integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na Região de Saúde, potencializando ações de matriciamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado; III - articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde; IV - oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência, decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica; V - competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos; e VI - funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos (BRASIL, 2012).

O projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência contemplará avaliação clínica e psicossocial, abordagem familiar, articulação com pontos de atenção da Rede de Atenção



Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular, de acordo com as demandas de cada usuário (BRASIL, 2012).

Deve ter uma equipe técnica multiprofissional mínima, responsável pelo serviço hospitalar de referência, de acordo com o número de leitos implantados. Para a realização do cuidado de até quatro leitos a equipe mínima será de: a) um técnico ou auxiliar de enfermagem por turno; b) um profissional de saúde mental de nível superior; e c) um médico clínico responsável pelos leitos. Para cuidar de 5 a 10 leitos: a) dois técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; b) dois profissionais de saúde mental de nível superior; e c) um médico clínico responsável pelos leitos. Para o cuidado de 11 a 20 leitos: a) quatro técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; b) um enfermeiro por turno; c) dois profissionais de saúde mental de nível superior; e c) um médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos. E, para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: a) seis técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; b) um enfermeiro por turno; c) três profissionais de saúde mental de nível superior; d) um médico clínico responsável pelos leitos; e e) um médico psiquiatra responsável pelos leitos (BRASIL, 2012).

Na discussão dos dados coletados, nota-se a importância do papel do médico e do enfermeiro na realização dos cuidados junto às pessoas em situação de emergência psiquiátrica que podem ter um transtorno mental previamente instalado, estando em sofrimento mental ou mesmo precisando de resolução de sua necessidade de saúde. Porém, nesta portaria não há exigência da presença na equipe mínima de profissional enfermeiro para o cuidado de até 10 leitos, apesar da presença de auxiliares ou técnicos de enfermagem (BRASIL, 2012).

A supervisão da equipe de enfermagem é função privativa do enfermeiro que, neste caso, está sendo submetida a médicos e a outros profissionais da saúde mental de nível superior sem especificação. Banaliza-se a função do enfermeiro no cuidado hospitalar

relacionada ao álcool, crack e outras drogas, onde a designação de supervisão poderá estar acumulada pelo enfermeiro escalado no plantão do hospital geral. Os outros profissionais serão exclusivos para atender este tipo de demanda e o enfermeiro acumula mais uma função. A discussão pode ser levada às ações especializadas em nível ambulatorial como nos CAPS-ad, onde é necessário ter um enfermeiro com formação em saúde mental, onde o nível do risco de urgências/emergências tende a ser mais ameno. O contexto do atendimento da demanda deve ser repensado, pois o atendimento pré e inter-hospitalar nas situações de risco conhecido ou desconhecido deve ser feito por enfermeiro (BRASIL, 2004a; COFEN, 2011; COREN, 2011).

*Aqui a equipe de saúde mental, na verdade é a própria equipe de enfermagem do dia, do plantão durante o dia ou noturno. Na verdade, sempre que chega um paciente psiquiátrico ele é medicado, conforme o quadro clínico dele e, às vezes, orientado, feito uma guia de referência para o CAPS no dia seguinte ou mantido em observação no hospital. Então, eu acho que é suficiente, mas não é exatamente uma equipe de saúde mental no hospital, seria a própria enfermagem... (41PS)*

Os sujeitos desta pesquisa apontaram a importância da integralidade das ações na rede de atenção ao portador de transtorno mental no município, o trabalho subsidiado pelas guias de referência e contra-referência, a hierarquização do sistema de atendimento como das prioridades e da demanda espontânea. Percebe-se certa ansiedade quando se trata do imediatismo nas ações no atendimento da emergência psiquiátrica e a “devolução” do paciente ao serviço especializado em saúde mental para que o incômodo apresentado na mudança de comportamento que foge dos ideais de normalidade e das conveniências logo resolvidos e devolvidos para a atenção especializada.

Os procedimentos de encaminhamento da atenção básica para a secundária/ terciária existem em mais de três quartos (76%) dos países do mundo, embora haja alguma variação entre as regiões, com o maior percentual de países com os procedimentos de encaminhamento estar na Europa (84%) e a menor na África (69%). Em 32% dos países, a maioria das

instalações são organizadas para seguimento de cuidados comunitários (visitas domiciliares, identificação dos primeiros sinais de recaída) e ajuda com reabilitação (WHO, 2011b; WHO, 2011c).

A imprevisibilidade, o ritmo acelerado, a sobrecarga física e a busca pela preservação da vida são quotidianos das unidades de emergência ou prontos-socorros e, muitas vezes, os aspectos relacionados à humanização e à integralidade do cuidado não são preservados. Para que a humanização seja inserida neste setor com êxito é necessário que o profissional de saúde tenha sensibilidade e comunicação, além da empatia, como forma de se alcançar uma parceria com o usuário (DAL PAI; LAUTERT, 2005).

*... Sempre que chega um paciente mental aqui a gente procura o CAPS para estar sabendo se ele faz tratamento lá porque muitas vezes quando ele chega em crise ele não sabe falar se toma remédio ou se não toma... Quando chega o paciente em crise, o acolhimento é sempre feito na emergência, mas a gente sempre tem que estar observando muito porque a gente nunca sabe quando ele está te falando a verdade ou se ele está te falando mentira, ou se ele está delirando ou se ele não está. Então a gente sempre fica perguntando a mesma coisa para ver se ele está tendo mesmo sempre a mesma resposta, mas procura sempre alguém da família para ver se é aquilo mesmo que está acontecendo. Tem um momento para ouvir ele e tem um momento para ouvir a família, para você saber o que realmente aconteceu. (36PS)*

*Segue parcialmente, é que realmente eu acho que vem ajudando o paciente nessa busca da autonomia, nessa inserção social, através dos atendimentos... Eu acho que a equipe não está totalmente preparada para acolher o paciente que chega principalmente em surto... um paciente que está em surto, aí é onde que eu falo que é falho porque encaminha para o hospital psiquiátrico... a gente vem trabalhando com aqueles pacientes que já tem um certo equilíbrio, que tem até um comprometimento grave, mas que não tem um surto. Mas se chega a acontecer, por exemplo, um surto psicótico tem gente que, infelizmente, não tem um preparo e a grande maioria dos pacientes que chegam em surto, infelizmente, ainda são encaminhados pro hospital psiquiátrico e passam um período lá, depois retornam... não é só uma falha da unidade eu acho que talvez, assim, eu acho que é*

*uma falha geral e passa pelo paciente também.. que estão aqui pelo menos uma, duas, três vezes na semana a gente consegue fazer com que eles se mantenham, tenham um equilíbrio, estejam bem; mas, o que que acontece, as vezes, foge às nossas mãos. O paciente se ausenta e quando ele chega ele já está em surto... (4SM)*

O acesso à atenção em saúde mental aumentou no município com a integralidade das ações, autonomia da rede de atenção básica à saúde, expansão da rede e articulação com os serviços especializados na região, como os CAPS-ad, porém as dificuldades em relação à estrutura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou de acomodações para este tipo de clientela surge em vários relatos:

*Acredito que segue parcialmente porque sempre nós somos auxiliados pelo CAPS; quanto aos atendimentos, à observação de uma maneira mais adequada do comportamento do paciente, auxiliam no diagnóstico, tanto o médico quanto a enfermeira. Porém nós não temos leitos psiquiátricos, o que dificulta o acolhimento mais adequado deste paciente. (14PS)*

*... Mas tem a colaboração sim dos serviços, tem articulação; à noite é um pouco difícil, o paciente fica internado, aí os trâmites que tem que ser tomados durante o dia; é bem resolvido... (30PS)*

No Brasil, a cobertura dos serviços de saúde mental passou de 63% em 2010 para 68% em 2011, com forte participação da atenção básica e de ações intersetoriais como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos, considerando o parâmetro de um CAPS para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011a).

Os hospitais psiquiátricos remanescentes ficaram menores. Hoje 48,64% dos leitos em hospitais psiquiátricos estão situados em hospitais de pequeno porte (até 160 leitos). Pessoas com longo histórico de internação foram desinstitucionalizadas. Os recursos empregados nas ações extra-hospitalares ultrapassaram o investimento nas ações hospitalares. Desde 2006, os gastos federais com ações extra-hospitalares são maiores do que os gastos hospitalares. No ano de 2009, 67,7 % dos recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011a).

As ações comunitárias surgem nos relatos como a articulação além dos espaços das instituições de saúde mental com matriciamento das ações, visitas domiciliares, discussão de casos e orientações a equipes da atenção básica e escolas.

*... a equipe consegue articular suas ações fora do ambiente da instituição atendendo a demanda do município dentro das suas necessidades, embora o AEM não possui uma estrutura adequada. No momento, o prédio não possui o número de salas adequado para os atendimentos e dentro dessas salas que têm no prédio nós temos que ficar remanejando material, paciente e isso atrapalha um pouco o atendimento... (5SM)*

*... A gente tem uma rede de CAPS, do ambulatório, tem os postos de saúde, os PSFs e eles vão ajudar nessa relação de cuidado do paciente da saúde mental; tem também as enfermeiras que vão nas casas agora. Então ficou bem mais fácil para o paciente e para a família. A gente está, assim, percebendo o que falta mais apoio da família porque o serviço a gente tem, mas só que com dificuldade... A família, às vezes, não dá a medicação e aí culpa o Sistema. Então, assim, eu acho que não só o louco tem que ser tratado, mas a família. A família tem que passar com psicólogos, não sei se já passam, as mais complicadas não aderem, não vão. Mas eu acho que a gente está caminhando bem por ser o primeiro serviço de saúde mental da região. Então, eu acho que a gente está bem na frente das outras cidades e está caminhando bem. (43PS)*

*Sim, pois organiza a rede de atenção às pessoas com transtorno mental no município e promove a inserção social destas pessoas. (8SM)*

Os sujeitos deste estudo destacam a importância dos serviços de atenção à saúde mental num município de pequeno porte, dentro de uma das regiões mais desenvolvidas do Estado e o apontamento do cuidado como humanizado, existindo vínculos entre equipe e usuário e havendo a responsabilização de ambos pelo cuidado. A articulação e matriciamento das ações em saúde mental também surgem como dispositivos para o cuidado de modo a propor a autonomia com a reinserção do portador de transtorno mental à sociedade.

A ausência de protocolos para a padronização de condutas em emergência psiquiátrica dificulta o manejo do paciente. Percebe-se a necessidade da criação de um

protocolo de atendimento dos portadores de transtorno mental ou de pessoas em sofrimento no pronto socorro para que atenda às demandas do cuidar (BRASIL, 2012).

Como se confirma nos relatos de profissionais do pronto socorro do hospital geral que acabam por lidar com este tipo de pessoa sem as orientações adequadas e com conhecimentos decorrentes de sua formação mínima, como em: *...Para mim, nunca foi passado nenhum protocolo de atendimento em relação ao paciente psiquiátrico... Então o paciente vem aqui, a gente toma uma conduta individualizada, telefona para um setor responsável e não sabe qual é o procedimento mais correto ou mandar de imediato ou imobilizar ou sedar o que tem que ser feito. Cada um estabelece sua conduta, totalmente particularizada.*(45PS) e *... Agora, eu acho que falte também um pouco mais de protocolo, protocolo de atendimento num caso desse agilizaria mais essa logística.* (38PS)

O trabalho da equipe do pronto socorro deve ser médico-centrado e manter o compromisso de propiciar um tratamento mais humano e digno ao usuário, referenciando-o ao tratamento especializado e fazendo as contenções físicas ou químicas, se necessário, pois medicar pode ser um fator protetivo, se realizado com sabedoria. Há protocolos do “Projeto Diretrizes” para que médicos norteiem suas ações na psiquiatria para realizarem atendimentos de urgência/ emergência. Na psiquiatria ocorre lógica contrária aos atendimentos do que nas outras especialidades, como a falsa impressão da necessidade de ter um médico de cada especialidade a cada plantão para atender os pacientes que chegassem com determinadas patologias, por exemplo, um cardiologista para o que sofre de enfarto, um neurologista para o que sofre de acidente vascular cerebral e um psiquiatra para o primeiro episódio maníaco. Não somente o psiquiatra é detentor do poder de atuar em psiquiatria, apesar do reduzido conteúdo nas disciplinas de psiquiatria e saúde mental que gera insegurança, o médico que se submete ao plantão num hospital geral deve estar atento a estas situações de urgência/emergência psiquiátricas.

Apresenta-se a dificuldade de regulação relacionada à diminuição dos leitos psiquiátricos: *Segue parcialmente, porque a gente atende basicamente o paciente no pronto-socorro ou vindo do CAPS ou vindo dos postos de saúde ou trazidos pela família em regime de urgência, geralmente em crises histero-depressivas. O atendimento é feito aqui em urgência e, normalmente, na base de Diazepam e Haldol, orientação para retorno ao CAPS com profissional da área. Normalmente, a gente consegue internação em hospital especializado, a gente consegue sempre, não tem dificuldade com este tipo de paciente.* (44PS)

Os objetivos do tratamento estavam centrados na remissão dos sintomas e na diminuição da internação, sendo a medicação, a terapêutica central do tratamento e as outras ações, como o relacionamento interpessoal terapêutico, apenas complementares ... *Quando aparece você quer que dá alta logo, a gente, geralmente, é assim. Então, eu acho que não tem essa estrutura. A gente já quer logo encaminhar e no encaminhamento ninguém quer ir junto, sempre é assim, é melhor falar a verdade. Ninguém quer ir junto...(37PS) e Sim, porque aqui a gente chega conversa com o paciente, se for preciso sedar o paciente a gente seda quando o médico pede para sedar... O tratamento é voluntário e nada é feito contra a vontade do paciente, de jeito nenhum.* (29PS)

Em outros relatos, há presença da humanização no tratamento desde o acolhimento (orientar, conversar, respeitar a pessoa e seu cuidador/familiar), e poder perceber o sofrimento do outro implementando ações que potencializem o alívio e promovam ajuda, como a ambiência e a escuta terapêutica.

*... Eu estive lá conversando com ele direitinho, ele explicou as coisas certinho para mim. Então ele pode ter um distúrbio, mas não é toda hora. Igual ele disse que ele sentiu vontade de suicidar e tentou. Ai, eu disse que isso não é normal, você não pode fazer isso. É assim, a gente vai orientando e conversando. Se você vira as costas para eles fica pior. Então você não pode mostrar medo para eles nem autoridade demais também, tem que ser meio termo... Eu quero ajudar ele. Porque a pior doença é a mental, eles não sabem o que faz. É um momento de loucura mesmo...* (29PS)

A humanização é compreendida como estratégia de interferência no processo de produção da saúde, buscando o alcance da qualificação da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde. É garantir o acesso universal, integral e imparcial com acolhimento e resolutividade, superando a compartimentalização da assistência em saúde (BRASIL, 2005). Significa oferecer atendimento de qualidade com utilização das novas tecnologias como o acolhimento, melhorias do ambiente de cuidado e também condições de trabalho aos profissionais. Para haver o cuidado humanizado e adequado ao outro ser é necessário ocorrer empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre cuidador e aquele que é cuidado com finalidade terapêutica, não limitada apenas às simples execuções de técnicas ou cumprimento das atividades concernentes ao cuidado de enfermagem (BAGGIO, 2006).

A realização de ações preventivas mais eficazes e a sobrecarga familiar foram apresentadas pelos sujeitos como atitudes a serem remanejadas pelos que cuidam, de modo que o impasse entre a sobrecarga e o bem-estar familiar e do profissional da saúde sustentados pela instrumentalização denotem maior adesão ao tratamento.

A sobrecarga familiar tem sido avaliada em duas dimensões: sob a óptica objetiva, distinguindo-se como a consequência observável do cuidar, caracterizando-se pelo excesso de assistência ao paciente, alterações na rotina familiar, supervisão a comportamentos problemáticos, gastos financeiros; e sob a óptica subjetiva, nos aspectos relativos ao grau de incômodo percebido ou avaliado pelo familiar, na assistência ao paciente nas tarefas cotidianas, na lida com comportamentos problemáticos e nas preocupações com o paciente, englobando a reação emocional e o sentimento de estar sendo submetido a uma sobrecarga (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELLA, 2005; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

*... Às vezes, eles entram em crise por bobagem, por alguma coisa assim ou por falta mesmo de ter um trabalho junto com eles, no nível de prevenção, de tratar antes de chegar nesse ponto que alguns chegam aqui... Às vezes é uma família que não acompanha, que não ajuda mesmo e o paciente se*



*sente sozinho diante daquela situação. E a medicação, às vezes, tomam tanto remédio ou não tomam direito, não horário certo, às vezes é uma medicação simples que é feita aqui você vê que, pronto, ele já melhora. Então, se fosse uma coisa muito séria a medicação simples, no caso, que é feita não tiraria do surto, da crise tão rápido... O paciente tem necessidade de conversar, às vezes, a gente tem que perder tempo, sentar e conversar. Ele chora muito e, às vezes, quando melhora retorna para sua família que é complicada. A situação é complicada. (33PS)*

*... Com as crianças é um trabalho bem de prevenção, mas quando que chega aqui? Quando já é hiperativo, ou seja, já tem algo instalado aí. Quando já está com uma depressão, mesmo quando é criança, uma ansiedade... Então é aonde falta, às vezes, esse trabalho fora, de divulgação, de conscientização da população, por exemplo, eu acho que essas buscas ativas de pacientes é onde falta um pouco... Porque o paciente do ambulatório ele ainda tem uma assiduidade, uma certa frequência, mas os de CAPS não. Ele vem um tempo. De repente ele para e some, depois é onde ele volta muito mal, onde, às vezes, precisa de ter essa internação porque o próprio paciente não tem condição de voltar para fazer um tratamento. Acho que também essa parte do espaço físico não tem como a gente manter um paciente aqui dentro desse espaço por muito tempo, porque não tem alimentação, não tem um espaço de descanso, tem muita escada. Como que eu mantenho um paciente em surto aqui dentro, é até arriscado, né. Então nesse sentido falha, mas eu acho que já começou o trabalho, eu acho que tem uma comunicação, em partes, da equipe. Então, por exemplo, com a enfermeira a gente consegue acompanhar essa medicação bem de perto que é algo que a gente não conseguia fazer, então é algo que a gente consegue. Com o médico tem uma comunicação embora eu acho que os médicos ainda tem uma dificuldade muito grande de nos ouvir, então, mas tem um pouco. Tem a questão com os PSFs que a gente tenta contato por telefone... (4SM)*

Se, para uma família de paciente psiquiátrico, o fardo se limitasse ao problema financeiro, às dificuldades domésticas e aos problemas de saúde, um programa social pré estabelecido e vertical poderia ser resolutivo. Entretanto, muitos outros aspectos da vida do doente mental são alterados com o estabelecimento da doença, expressos através de sua

conduta nas relações consigo próprio, com as pessoas ao seu redor e com os demais setores da vida e da sociedade (KOGA; FUREGATO, 2002).

A família desenvolve estratégias e possui uma maneira peculiar de cuidar que, às vezes, não se constitui na melhor forma, mas é a maneira como ela se articulou para conseguir viver, uma vez que cuidar do portador de transtorno mental não é tarefa fácil (WAIDMAN, 2004).

*... O paciente psiquiátrico é difícil. É um paciente difícil e, às vezes, acompanha uma família complicada... (33PS)*

A prevenção é vista como parte do cuidado, sendo necessária a educação da população frente à identificação dos sinais e sintomas iniciais dos transtornos mentais, discriminação do padrão de normalidade assim como o suporte familiar e educação do cuidador.

Com a agudização da sintomatologia clínica, a família vivencia um processo de intenso sofrimento e, por vezes, de desespero, agravados pelas dificuldades que surgem no transcorrer dessa trajetória como consequência da doença, tais como: o sentimento de impotência e o adiamento de planos e expectativas referente à vida pessoal o que abala e afeta, profundamente, o universo familiar. Desse modo, a pessoa responsável pelo cuidado passa a organizar sua vida em torno da doença e as suas necessidades pessoais são passadas para o segundo plano (MELMAN, 1999).

A convivência com o portador de transtorno mental é difícil, pois muitas vezes a família não sabe como agir frente aos comportamentos apresentados (MONTEIRO; BARROSO, 2000). Para tornar adequada e saudável a convivência com o portador de transtorno mental na família é necessário apoio, esclarecimento e orientação de um serviço especializado para que conduzam suas vidas com qualidade e sem o comprometimento da saúde mental de ambos (WAIDMAN; ELSEEN, 2008).

O preparo do paciente para a alta com ações que promovam autonomia durante a internação no hospital geral é realizado após a alta médica para 48% (n=22) e 26% relataram que é feito o preparo do paciente durante toda a permanência na instituição. O teste de Pearson foi significativo quanto à formação acadêmica ( $p=0,015$ ). No caso do paciente se encontrar nas unidades de saúde mental as ações que visem sua autonomia durante o período de permanência na instituição estão presentes em 100% ( $p=0,005$ ).

Os serviços de saúde mental no hospital geral visam à redução do número e do tempo de internações e devem racionalizar os critérios de hospitalização, tratando de transtornos mentais agudos que tenham condições de remissão ou estabilização num prazo de 72 horas. Mesmo o tratamento de emergência deve reconduzir o paciente à comunidade, a não ser em casos especiais que necessitem de comprovada internação em hospital especializado (BOTEGA; 1995, BRASIL, 2004a).

Estes serviços trazem, pelo menos, três grandes problemas: 1) o manejo de pacientes psicóticos, às vezes agitados; 2) a atitude dos outros pacientes e de seus familiares em relação ao doente mental; 3) a oposição da administração do hospital em relação à admissão de doentes mentais (BOTEGA, 2006).

*... porque a gente não tem um local específico onde a gente pode colocar esse paciente psiquiátrico... Com relação à rede de atenção eu acho que o CAPS ajuda por partes porque o paciente passa ali pelo psiquiatra, o psiquiatra dá o primeiro atendimento, só que muitas vezes eu acho que, principalmente, de final de semana a gente fica sem uma retaguarda dessa porque a gente não tem o psiquiatra aqui na unidade, né, na Santa Casa. Então ai chega o paciente em surto, de final de semana, a gente não tem o que fazer com esse paciente. Então eu acho que fica a gente sem poder o que fazer e a família também sem uma retaguarda. E a família vai ficar com esse paciente em casa, às vezes esse paciente está agressivo, pode agredir mãe, pai. Então o que a gente indica é deixar esse paciente sedado. E muitas vezes eles também não aceitam que a família dá a medicação para ele...*

(20PS)

Ressalta-se a importância da qualidade da abordagem na emergência psiquiátrica, pois se considera que a primeira impressão possui significativa influência, assim como, o modo como a pessoa é recebida, a atenção que o profissional dispensa e a demonstração de preocupação com o paciente quando ele chega ao serviço de saúde. Essas atitudes influenciam a resposta do paciente aos cuidados da equipe, bem como, na aceitação das recomendações e na sua adesão ao tratamento. Essa influência ocorre mesmo depois de prolongado tempo em que a pessoa tenha procurado por atendimento (KAPLAN, SADOCK; 2007).

## **Categoria 2**

### **Dificuldades encontradas nos serviços**

As principais dificuldades relatadas pelos sujeitos tanto no hospital geral como na atenção especializada em saúde mental foram em relação à estrutura física (48%), ausência de um profissional da área da saúde mental disposto a atender o paciente e a trabalhar em conjunto com os demais membros da equipe (43%). Há tanto os aspectos positivos como 78% acreditam que não há dificuldades políticas e 54% relataram não haver dificuldades financeiras para o exercício de suas atribuições.

A questão do espaço físico é fator predominante, porém há dificuldade de utilização dos espaços multifuncionais e adaptação às necessidades do paciente pelos profissionais, como em: *... porque o espaço físico da instituição não é adequado, por exemplo, a minha sala é no andar de cima, então o cadeirante, eu tenho que estar deslocando de sala, desloco o material para atender, então fica meio complicado. A escada é em espiral, o corrimão não é muito firme, é estreita, se o paciente tem uma tontura é perigoso cair, machucar. Então eu acho que deve ter um espaço físico*

*mais adequado...Tem assim, alguns profissionais que são preparados, mas a maioria não é treinada.*  
(3SM)

A questão relacionada ao comportamento apresentado e ao comportamento esperado do paciente é algo que se soma à problemática do espaço físico.

*... Eu atendo pacientes neuróticos, são pacientes que a gente convive no dia-a-dia, que convivem bem socialmente dentro do possível, da problemática deles... O que eu quero colocar é que funciona dentro de um CAPS. O ambulatório funciona dentro de um CAPS e está emprestado, pegando salas emprestadas de um CAPS e agora, isso, eu atendo de 0 a 90 anos, num ambiente onde circulam pacientes psicóticos e as minhas crianças que eu atendo vêm crises como já aconteceu, crises de pacientes psicóticos na sala de espera, eu acho isso uma agressão para uma criança, gerando até trauma.* (1SM)

*... Lugar próprio para pacientes desse tipo não tem. Ele fica lá na sala e a gente fica em observação. Geralmente, fica uma pessoa da família junto com o paciente; maioria dos que vêm fica sempre com um acompanhante, o familiar. Eles nunca ficam sozinhos. Alguém que saiba contar o que ele tem, se faz uso de alguma medicação, há quanto tempo ele está daquele jeito. A gente sempre está acompanhando. Aí o médico atende e vê se consegue encaminhar para o hospital psiquiátrico. Mas uma ala, um quarto adequado não tem. Quando ele é encaminhado sempre vai um enfermeiro junto e uma pessoa da família, ele nunca vai sozinho. Quando o paciente está muito agressivo é feita contenção com a medicação. Geralmente quanto o paciente está em casa eles acionam até a policia pra atender, porque tem paciente que, às vezes, está muito agressivo, às vezes está com uma faca ou com um pedaço de pau na mão, a gente não vai sozinho. A gente aciona a policia e a policia vai junto. Sai uma ambulância com um funcionário da enfermagem e a pessoa da família também está junto, na maioria das vezes.* (17PS)

*... A questão do espaço físico é um agravante, não é um espaço que a gente considera adequado. Os profissionais têm que estar se revezando, não tem um espaço que é deles e isso atrapalha muito... Eu acho que o paciente da saúde mental ainda está muito excluído. Ele só é bem atendido e só vai ser avaliado aqui, dentro do serviço. Quando ele chega a qualquer outro, até nas Unidades Básicas ele*

*não é nem visto na sua totalidade. Ele sempre é encaminhado para cá e não há uma divisão de responsabilidades e de acompanhamento desse paciente. Ele fica muito excluído, como se a internação fosse a única solução para aquela família que adocece junto com ele. (11SM)*

*Não tem um quarto especial para o paciente psiquiátrico, geralmente o paciente psiquiátrico fica junto com os pacientes de clínica médica. Isso atrapalha o andamento do serviço porque se você coloca um paciente psiquiátrico no mesmo quarto os outros pedem até para ir embora. Então eu acho que isso atrapalha muito. (16PS)*

*Não segue as políticas, porque tinha que ter um psiquiatra aqui, em primeiro lugar e não tem. Eu acho que não é a mesma coisa tá, eu penso assim... (19PS)*

A psiquiatria é vista como uma arte, onde o profissional deve realizar um cuidado holístico, com base no treinamento: *Acho que segue parcialmente as políticas, até em relação à infraestrutura, não tem como você ser integral nessa arte da psiquiatria. O pronto-socorro é pequeno, não tem como ficar com um paciente que está em surto, lá na frente... A equipe também eu acho que não está preparada, está preparada basicamente. Por exemplo, quando o paciente está em surto a equipe está basicamente ali, para ele sair do surto e ficar numa situação melhor. Depois o acompanhamento, cuidados, essas coisas eu acho que a equipe não está preparada. Acho que falta um treinamento, alguma coisa assim. (24PS)*

Quanto à formação acadêmica o teste de correlação de Pearson não foi significativo para política nacional de saúde mental ( $p = 0,570$ ), para dificuldades financeiras ( $p = 0,637$ ), para dificuldades pessoais ( $p = 0,061$ ), para dificuldades políticas ( $p = 0,485$ ). Foi significativo para outras dificuldades ( $p = 0,027$ ), adequação das estruturas de relações da equipe ( $p = 0,137$ ), atuação satisfatória da enfermagem ( $p = 0,416$ ) e falha na formação ( $p = 0,318$ ). As correlações não são significativas devido às dificuldades pessoais, financeiras e políticas podem ser atribuídas à falta de subsídios para a assistência em saúde ao portador de transtorno mental devido à falhas no processo de formação, porém o profissional percebe que há necessidade de adequação das estruturas de relações da equipe, atuação satisfatória da enfermagem como processos de organização dos serviços de saúde. ... *A base de qualquer coisa*

*é o lugar, é o clima, é o setting, pelo menos dentro da minha profissão. Que a gente tem que valorizar pra poder ter um bom trabalho, um bom procedimento. (1SM)*

### **Categoria 3**

#### **Relações no trabalho**

A estrutura de relações de trabalho foi considerada totalmente adequada para 22 sujeitos (44%), pouco adequada para 13 sujeitos, inexistente (22%) e um sujeito preferiu não responder a esta questão.

Os aspectos como discussões de caso, ainda que pontuais, comunicação horizontalizada, gestão e organização do processo de trabalho das equipes foram considerados positivos.

*Totalmente adequado, pois há discussão diária de casos com a enfermeira, discussão eventualmente com cada profissional; quando necessário, há reuniões de equipe. (12SM)*

*Existe a relação das equipes, mas não existe a equipe de saúde mental neste serviço. Há uma integração da equipe de enfermagem para o atendimento desse paciente. A equipe é organizada e orientada para atendimento desse paciente. (44PS)*

*Alguma dificuldade que a gente tem um vai ali e ajuda. A gente está bem amparado. As chefes são muito bacanas...Tudo que eles aprendem a mais eles fazem reuniões em turnos diferentes para que a gente possa participar e passa para a gente. Sempre a gente está aprendendo uma coisa... (25PS)*

*... A maioria trabalha em equipe, os funcionários se dão bem. Existe reunião de equipe. Nos treinamentos, a maioria participa. São poucos que não participam, às vezes por causa de outro serviço, depende do horário... Porque como está entrando muito funcionário novo, então sempre tem reciclagem. É bom porque a gente fica atualizada... (17PS)*

*... eu penso que o trabalho de equipe acontece, apesar da escassez das reuniões de equipe. Eu acho que a gente precisa estar se organizando melhor em relação a isso e o trabalho visa sempre o cuidado individualizado de cada paciente. (8SM)*

*Totalmente, a gente tem reunião de equipe, discussão de caso e é muito organizada a unidade. Tem reuniões administrativas também. (2SM)*

*... eu acho que a própria instrução, eu acho que falta gente que estudou pra isso pra passar pra gente. (15PS)*

O fato de não existir equipe ou um profissional de referência nos finais de semana e nos plantões noturnos da área da saúde mental para nortear o trabalho dos plantonistas, a relação da equipe com uma família complicada deste tipo de paciente, o impasse intrínseco frente ao cuidado a este tipo de paciente promove ações como repugnância, medo, intolerância, escassez da escuta e da ambiência são considerados aspectos negativos. As dificuldades e as divergências identificadas nas reuniões das equipes e no relacionamento interpessoal foram ressaltadas como obstáculos para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

*Não existe a equipe de saúde mental, mas se a equipe tivesse uma preparação, uma orientação seria bom. (16PS)*

*... Eu só acho que falta algum profissional, pontualmente. Um maior entrosamento com a equipe, eu não vejo, mas é isolado... Acaba por se fazer uma discussão pontual dos casos e é uma área difícil porque, às vezes, a pessoa já chega aqui fragilizada, a equipe até tenta ajudar, mas não consegue. Ai fica aquela coisa pontual. (11SM)*

*É pouco pelo fato de que não existe equipe de saúde mental e porque eu trabalho no final de semana e o serviço de saúde mental não funciona nos finais de semana. (34PS)*

*... A gente é junto mesmo, é um trabalho em equipe, um conversando com o outro, um ajudando o outro. Então, tem interação mesmo... (33PS)*



*... Então como eu já te disse todo mundo tem medo. Então quando ele chega aqui a gente nunca está preparado, por mais que você saiba o que você tem que fazer tem um pouco de medo, a gente sempre fica na retaguarda. Então por isso que eu acho que, às vezes, a equipe é pouco preparada. (26PS)*

*Pouco, pois alguns profissionais não interagem com os outros profissionais e o trabalho dessa área profissional seria extremamente importante... (5SM)*

O medo pode vir da desestruturação de relações anteriores com este tipo de usuário, experiências mal sucedidas, da falta de conhecimento e de perfil pessoal para o cuidado específico. Para a superação é necessário estruturar o conhecimento e enfrentar as situações, tendo como estratégia o diálogo e a observação.

O acolhimento é compreendido como uma rede de conversação-diálogo que tem a função de receber e interligar uma conversa a outra, unindo em qualquer encontro os espaços que envolvem trabalhadores e usuários (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Na organização do trabalho, o acolhimento é visto como uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando modificar as relações entre profissionais/usuários, dos profissionais entre si, além de humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilidade das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas e resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção (MERHY, 2002).

*As relações entre os profissionais não são adequadas, eu acho que deveria ter mais interação, deveria ter mais comunicação, troca, mais profissionais... A gente até tenta, mas é tipo um ou dois profissionais tentam interagir entre si e os outros a gente tem que sair correndo atrás pedindo pelo amor de Deus para dar alguma informação (1SM)*

A integração da assistência consiste em assistência ampliada, transformadora, holística, envolvendo a valorização do cuidado e o acolhimento. Na perspectiva do usuário, a integralidade está relacionada ao tratamento digno, respeitoso e com qualidade, de

acolhimento e de vínculo, abordando os saberes e a prática, de maneira contínua (FONTANA; MAYER, 2006).

A necessidade de assistência integrada está na perspectiva do relato que caracteriza a fragmentação da atenção ao usuário dentro das especialidades, a grande demanda, dificuldades de integrar informações de todos os profissionais que prestam assistência.

*... precisava estar tendo mais integração entre os profissionais porque muitos profissionais atendem um paciente, cada um na sua área. Então como a demanda é muito grande não dá tempo de estar reunindo, a carga horária do funcionário tem que ficar para atender aquele paciente e orientar família; não dá tempo para ficar discutindo muito caso com o outro profissional. Então às vezes corre o risco de um profissional dar uma orientação, o outro dar outra e às vezes até confundir um paciente. Então ter mais integração. E também as reuniões que acontecem são mais administrativas por conta do tempo... (3SM)*

*... As pessoas têm dificuldade de se relacionar. (27PS)* resume com profundidade as questões do relacionamento interpessoal no mundo contemporâneo.

O acolhimento implica uma atitude dos profissionais e visa reconhecer e satisfazer as necessidades dos usuários do serviço. Nessa direção, a finalidade do acolhimento é ampliar o acesso dos sujeitos ao serviço, promover a humanização e contribuir para a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde (MANDÚ, 2004).

*A gente trabalha sempre com união, sempre que chegam esses casos um ajuda o outro... tem enfermagem-padrão... às vezes ela toma a cabeceira para ajudar a cuidar mais... (30PS)*

*Eu acho que é pouco. Existe uma comunicação entre essa equipe, mas também o tempo dedicado a isso é muito restrito, é pouco mesmo... falou isso para a gente... que aqui estava cada um dentro da sua sala atendendo o seu paciente. Isso eu acho que a gente mudou um pouco. Hoje, por exemplo, com a parte da medicação, a enfermagem, o meu trabalho, hoje eu consigo ter mais acesso, consigo discutir a medicação do meu paciente com o médico. Se eu tenho um paciente com a psicopedagoga eu também consigo sentar e consigo discutir. Mas, infelizmente, isso não é com todos os membros da equipe que a gente consegue essa comunicação; por isso é falho. Eu acho que tanto da nossa parte eu*

*não isento a nossa participação de chegar, de ir, de falar, mas também do outro e é onde, mais uma vez, eu falo da preparação dos profissionais... tem muitos profissionais que eu vejo a necessidade de encaminhar para um trabalho, mas eu não encaminho porque falha ou então eu encaminho consciente de que o paciente não vai ter aquilo que eu espero. Então eu acho de repente onde se tivesse um supervisor para acompanhar mais de perto, para cobrar mesmo, o que está sendo feito, que resultado está tendo. Então, assim, eu acho que seria muito bom. Um supervisor seria alguém de fora mesmo para ver o que cada membro está fazendo, está desenvolvendo... Esse paciente está caminhando em direção a essa autonomia? Em direção a essa sociedade ou não? Então, assim, eu acho que esse supervisor só enriqueceria o nosso trabalho... (4SM)*

*... A ética é boa e também a postura da equipe também é muito boa nesses casos de chegar alguém com surto. (21PS)*

*... Mas é difícil a gente lidar com o emocional da gente, demonstrar para ele que a gente não tem medo. Eu acho que isso é uma questão que não é só minha, mas de todos. Então acaba prejudicando o atendimento desse paciente. (20PS)*

Apesar da integração entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção não se menciona a construção do projeto terapêutico singular. O projeto terapêutico busca atender a demandas de saúde complexas construído por uma equipe multidisciplinar que articula saberes, práticas e conhecimento dos equipamentos comunitários, possibilitando a inserção do usuário em seu próprio meio. É elaborado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida. Esse projeto é algo singular, uma interação democrática e horizontal entre trabalhador/usuário/família (PINTO; JORGE; PINTO; VASCONCELOS; CAVALCANTE; FLORES; ANDRADE, 2011).

## **Categoria 4**

### **Atuação da enfermagem**

Vinte e três sujeitos entrevistados (50%) consideraram a atuação da enfermagem satisfatória, 43% consideraram parcialmente satisfatória e os demais consideraram insatisfatória.

As ações da enfermeira foram vistas tanto no aspecto administrativo quanto na forma assistencialista para a produção da saúde mental. A qualificação dignifica as ações para o cuidado, as possibilidades de educação da equipe e da articulação da rede de atenção do município junto aos valores pessoais provocam a autonomia do portador de transtorno mental, do cuidador e da equipe de saúde suscitando transformações no ambiente de trabalho e nas vidas destas pessoas.

*... a enfermeira daqui entra em contato com a enfermeira do CAPS... (27PS)*

*... porque a enfermeira além de sua função administrativa tem a função de articular a rede de atenção à saúde mental do município, realiza visitas domiciliares, consultas de enfermagem, atendimento conjunto a outros profissionais, realiza administração de medicamentos, discute os casos com propriedade, está presente em instituições como escolas e postos de saúde, trabalha com a prevenção dos transtornos mentais. (12SM)*

*Parcialmente satisfatória. A gente se afasta devido à especialidade e devido ao fato de estar no pronto-socorro. A gente atende e procura se inteirar do caso, seja com o profissional da área, seja na internet que a gente tem aqui. (44PS)*

*Eu acho que sim, é satisfatório e eu acho que, às vezes, precisava ter um pouco mais de treinamento para a gente aprender a lidar com essa pessoa especial. Porque quando a gente vai trabalhando aqui, você vai pegando muitos casos e já vai acostumando com o rostinho deles, se eles estão te falando a verdade, se eles estão te falando a mentira, você já vai vendo, mas quem está entrando agora... Nesse*

*começo fica um pouco com medo, fica ressabiado, não sabe a atitude que ele vai tomar. Eu acho que precisava de um pouquinho mais de treinamento. (36PS)*

A capacitação da equipe de enfermagem do pronto socorro em relação às ações de psiquiatria e o manejo clínico das situações-problema são vistas como nó do cuidado. Nos relatos os membros da equipe deixam claro que conseguem lidar com este tipo de clientela, porém falta melhor orientação sobre o modo de lidar, o medo surge como insegurança e as dificuldades pessoais são reconhecidas como limitações.

*Eu não acho, porque eu tenho medo. Se chegar um doido lá na frente eu não apareço lá. Então, eu acho que não é satisfatória porque a gente não treinou para cuidar deste tipo de paciente. Você vê, é uma dificuldade minha mesmo. (32PS)*

*... Eu acho que a gente precisaria de um treinamento no caso de saúde mental, eu acho que falta um pouco tanto da parte dos profissionais, dos técnicos, de todos. Eu acho que falta um treinamento sim. A gente consegue cuidar desse tipo de paciente, mas falta alguma coisa, lidar com ele certinho... (28PS)*

*Parcialmente. A gente sabe o que teria que fazer, mas tem medo de fazer. Medo desse paciente fazer alguma coisa, de ser agressivo porque eu também sou contra os métodos agressivos. Então você fica mais na retaguarda com medo dele te agredir, com medo dele fazer alguma coisa. Tem funcionários que tem essa desenvoltura maior, que chega perto, que pede para soltar as contenções, que senta, que conversa com o paciente, mas tem os outros que ficam ali, de cantinho.(26PS)*

*... atualmente a área da enfermagem consegue atender a necessidade da equipe de trabalho do AEM e também do CAPS, assim como atende a população do município que é encaminhada para esse setor de saúde. (5SM)*

As ações da enfermagem na saúde mental influenciam diretamente a dinâmica das relações do processo de trabalho e de organização da assistência as pessoas. A educação permanente surge para os sujeitos como fator de qualidade do atendimento. A orientação quanto ao fluxo de atendimento, identificação e resolução dos problemas, o conhecimento quanto ao uso racional dos medicamentos e sua importância, a observação e a escuta foram

aspectos destacados como positivos na atuação da enfermagem. Esta positividade aumenta a autonomia do profissional de enfermagem e seu reconhecimento na equipe de saúde, sai do posto administrativo e de resolução de problemas e passa a atuação mais qualificada, causando empoderamento da categoria.

*Muito satisfatória, porque, independente da situação, a gente vê a preocupação da enfermeira. E outra coisa, a qualificação da enfermeira muda a forma de olhar para o paciente. Não é que antes não era feito, não tinha-se um entendimento. Então, a importância de ter alguém que entenda aquele paciente. Então, não ter só a vontade. Por isso que eu acho que é importante ter a educação permanente porque fez diferença no atendimento. A gente consegue identificar algumas possibilidades que antes a gente não via. A gente consegue cobrar dos profissionais que estão aqui algumas coisas que antes a gente nem sabia, por exemplo, mesmo a questão da atividade de vida diária é uma coisa que a gente nem tinha conhecimento. Hoje a gente já sabe que, às vezes, o que a gente achava que eram da psicologia, não é. Então, sobrecarrega um profissional que não é nem da atuação dele, sendo que isso é de outro profissional. Então, trouxe essa qualificação para a gente poder identificar o quê, como, quando, quais as possibilidades que a gente tem de tratamento. Melhorou muito. (11SM)*

*Sim... quando a gente começa a trazer esses pacientes de CAPS para a unidade o que a gente começa a descobrir que grande parte deles tomavam a medicação errada, talvez porque naquele momento ele não tinha condição de cuidar mesmo nem da própria medicação. O que que a gente começa fazer? Traz os pacientes para começar a tomar essa medicação na unidade e aí a gente foi adequando o que estava dando certo em termos de medicação, o que não estava e isso foi com o apoio da enfermagem, da enfermeira da unidade. Se não fosse isso a gente não teria conseguido... foi com a ajuda da parte da enfermeira que a gente foi discutindo a medicação, se aquele remédio estava beneficiando esse paciente ou não, se ele estava tomando certo ou fazendo confusão e foi onde a gente chegou à conclusão que muitos pacientes não tinham mesmo essa condição e que precisavam vir para a unidade... eles iam vindo, tomando a medicação aqui ou a gente entregando a medicação por semana muitos desses pacientes foram conseguindo uma estabilidade que não conseguiam. (4SM)*

*Eu acho que a gente sabe sempre um pouquinho de tudo, principalmente de observar. O que a gente não consegue a gente passa para a frente, manda para alguém avaliar, para o CAPS, nunca deixa sem avaliar, sempre procura. Já teve dia da enfermeira de lá vir avaliar o paciente daqui. Quando não pode levar lá eles vem aqui avaliar. (25PS)*

*Parcialmente. A gente ainda não teve um treinamento específico para essa área. A gente lida com todos os casos. Então a gente lida de uma forma mais básica mesmo. Um caso que está começando, por exemplo, como uma depressão, uma coisa mais leve que talvez na primeira consulta não dê para o médico identificar, mas nesses casos mais crônicos que o paciente já chega transtornado então, geralmente, a gente já percebe a diferença entre um caso clínico e um psiquiátrico. (24PS)*

A importância de se entrar em contato com o sofrimento do portador de transtorno mental com ênfase na sua capacidade de raciocínio, à escuta terapêutica e à melhora dos sintomas numa relação de ajuda destaca-se em: ... *a gente foi conversando e esperando até a paciente aceitar que a gente fizesse a medicação para não poder forçar nem machucar o paciente. Eu acho que é um bom atendimento sim. E demorou bastante, esse dia a paciente ficou muito tempo ai... Então a gente tem que esperar a vontade do paciente, se ele aceita fazer ou a gente aguarda... se ela está analisando também a gente. O paciente analisa muito o profissional, então o profissional tem que ter uma atenção muito grande nisso, tanto a gente avaliando eles como eles avaliando a gente também. Então a gente mostra o possível, que a gente só quer fazer o bem para eles, só quer ajudar. (21PS)*

Tabela 2: Tipos de cuidados de enfermagem realizados pelos sujeitos.

<b>Tipos de cuidados</b>	<b>Sim</b>	<b>%</b>	<b>Não</b>	<b>%</b>
<b>Administração de medicamentos</b>	30	65	16	35
<b>Cuidados físicos /higiene</b>	35	76	11	24
<b>Conforto</b>	37	81	9	19
<b>Sinais vitais</b>	33	72	13	28
<b>Sono</b>	21	46	25	54
<b>Recreação</b>	16	35	30	65
<b>Observação</b>	46	100	0	0
<b>Anotação</b>	45	98	1	2
<b>Interações terapêuticas</b>	39	85	7	15
<b>Atendimento familiar</b>	34	74	12	26

Quando se trata dos cuidados atribuídos à equipe de enfermagem que são realizados também por outras categorias temos: observação (100%), anotação (98%), interações terapêuticas (85%), conforto (81%). As ações que não são realizadas estão em maior frequência nas recreativas (65%) e no sono (54%).

Quanto à formação, o registro rotineiro da observação do portador de transtorno mental durante a interação foi significativo para o teste de correlação de Pearson ( $p=0,018$ ) com 59% ( $n=27$ ) e para o registro ( $p=0,008$ ) apenas no final de plantão 7% ( $n=3$ ). O registro rotineiro da observação após contato não foi significativo ( $p=0,787$ ). Observa-se que a dinâmica dos serviços e seu potencial de transformação são essenciais para compreender a realidade da prática do cuidado, onde o registro é algo fundamental e significativo para aquele que realiza a assistência e para o que é assistido.



*É sim, faz-se o possível sim. Dentro dos recursos que a gente tem, é possível. Quando o paciente chega, a gente primeiro vê o que está acontecendo, o que aconteceu com o paciente... Normalmente a família já chega gritando, então tem família que não dá nem para conversar. Você tem que observar primeiro o paciente, porque tem família que não dá. Mas tem família que já é mais consciente de tudo aquilo que está acontecendo. Aí você vai conversar, ela te explica o que já aconteceu, fala se já ficou internado alguma vez, se faz uso de alguma medicação. Então, assim, a gente conversa e procura saber mais da vida do paciente com algumas famílias. Mas que nem eu to te falando tem família....que nem é o paciente que está precisando de atendimento. Tem paciente que chega muito agitado e não tem condições de conversar, mas tem paciente que já dá para conversar, para entender, tem uns que contam o porque que está fazendo certos tipos de coisa, porque está agindo assim. Mas tem paciente que não dá para conversar. Daí você tem que observar ou tentar falar com a família, né, se a família estiver, assim, mais calma também. (19PS)*

*Parcialmente, porque não tem muito o que a gente fazer aqui, o máximo que a gente vai fazer é um remedinho para acalmar, tirar da crise e mandar embora. a gente tenta conversar com o paciente, mas na maioria das vezes não dá não porque, geralmente, os pacientes que vem aqui a gente já conhece, aí a gente já sabe como que é e a gente até traz para a salinha e deixa um pouco até acalmar. (18PS)*

*... Parcialmente, se tivesse um lugar mais adequado, o tratamento seria bem melhor, né, mas como a gente não tem a gente procura fazer o melhor para o paciente poder se cuidar em outro lugar. Tem paciente que ficar muito agitado. Tem paciente que você consegue conter ele conversando com ele. Agora, tem paciente que não aceita você conversar com ele. Então você procura se aproximar dele para ele tentar se acalmar. Quando você não consegue, aí o médico vem e começa a ver se tem alguma medicação para poder sedar um pouco, até acalmar. Aí ele aceita conversar. A maioria das vezes, pelo ao menos no meu plantão, a gente procura se aproximar e tentar conversar (17PS)*

A (re) emergência do cuidado no domicílio apresenta-se como possibilidade de resgatar uma prática que representa não apenas redução nos custos com atendimento hospitalar, mas também um ganho importante na qualidade de vida da pessoa cuidada e sua

família. Mesmo com todos os limites de um contexto de privações, a manutenção do cuidado no domicílio efetiva-se por meio de estratégias que vão além das possibilidades pensadas racionalmente. Assim, ao analisar o cotidiano da cuidadora no domicílio é possível afirmar que o seu fazer e o seu pensar sustentam-se no uso de tecnologias leves em saúde, estabelecendo-se vínculos e possibilidades de resposta às necessidades e demandas das pessoas por elas cuidadas, superando-se limites e dificuldades (SENA; SILVA; RATES; VIVAS; QUEIROZ; BARRETO, 2006).

*É eu considero que sim. Hoje, nós temos mais abertura com a chegada de um novo profissional, é diferente porque quando eu entrei neste serviço tinha outra pessoa, onde a comunicação era praticamente impossível, não tinha troca, não se passavam casos. Então ficávamos muito perdidos porque a necessidade era muito grande porque o enfermeiro está ali, sabe mais detalhes e eu ficava perdida. Agora não, hoje eu posso discutir o caso, é passado o caso para mim com mais clareza. A minha comunicação com o Psiquiatra não existe, é nula! Mas é tudo feito através da enfermagem. Então para mim é uma ponte importantíssima no meu trabalho. (1SM)*

*Bom diante disso a equipe de enfermagem é formada mais por mulheres e temos muitas complicações, pois os pacientes de saúde mental são agressivos. Então fica difícil a contenção deles e muitas vezes quem irá cuidar ou quem quer cuidar deste paciente. Tem muito estigma relacionado a isso, ao cuidado. (13PS)*

*Dentro das condições que a unidade dá sim. Mas eu acho que deveria ter mais auxiliares porque eu acho que é pouco. (3SM)*

*A enfermeira do meu setor ela é muito dedicada, faz busca ativa, visita, ela atua em várias áreas, não somente na enfermagem. Ela atua na farmácia, ela atua com os pacientes da psicologia, ela faz o acolhimento com a família. (2SM)*

*... A equipe de enfermagem consegue articular a rede de serviços do município sempre que necessário e realiza um trabalho satisfatório. (8SM)*

Apesar das dificuldades encontradas nos relatos como o número reduzido de funcionários durante o plantão, especialmente do sexo masculino e da sobrecarga de funções da

enfermeira, a equipe de enfermagem é criativa e atua com dinamismo frente a situações do cotidiano do cuidar.

## **Categoria 5**

### **Formação profissional**

A formação profissional foi considerada deficiente para exercer o trabalho na saúde mental por 26% dos sujeitos entrevistados, seguidos pela mesma frequência (26%) que não consideram falha na formação profissional e 48% consideram que há falha parcial no processo de formação.

Há dificuldades durante e após o processo de formação conforme foi apontado pelos profissionais. A carga horária reduzida, as questões financeiras mais atrativas em outras especialidades, a afinidade, a estabilidade de um concurso público, o cotidiano do processo de trabalho.

*Eu acho que para trabalhar nessa área mais específica teria que ter um treinamento mais específico. Porque por mais que a gente tenta a gente não consegue atingir o objetivo de dar um conforto melhor para esse tipo de paciente. Acho que nesse caso a gente não é preparado não. Acho que teria que ter um treinamento mais teórico junto com a prática, mais de perto. Eu acho também que esse negócio de contenção também é uma coisa muito desagradável para o paciente, porque, às vezes, não é necessário e para a família que está assistindo... precisava de ter uma camisa de força, falando sério. Porque num caso desses, eu não sei qual é a indicação para a camisa de força ou não; eu acho que agride menos o paciente, até a própria família se sente mais assim, não é uma coisa tão ruim de ver porque a família do paciente, às vezes, está na angústia, a pessoa surta na rua e chega, a polícia chega com a pessoa e tal. Ai a gente vai conter, a família chega e vê aquela cena e eu acho que aquilo é desagradável para a pessoa. A gente contém com faixa crepe, passa um pano na mão para não*

*garrotear, para não dar necrose e passa a faixa e amarra no pé da cama, onde dá para amarrar. É uma situação desagradável. (30PS)*

*... totalmente adequado os enfermeiros porque eles são muito humanos. Igual eu que entrei agora aprendi muito com eles. Eu aprendi porque, apesar de que a gente não vê tudo quando a gente forma, a gente vai aprendendo no dia-a-dia com eles e sempre a gente pega a parte melhor... (25PS)*

No nível global, existem mais licenciados com formação em de enfermagem (5,15 por 100.000 habitantes) do que em qualquer outra profissão da saúde que trabalham no campo da saúde mental. Quanto à pós-graduação depois do enfermeiro estão os médicos (3,38 por 100.000 habitantes). Globalmente, 2,8% da formação de médicos é dedicada à psiquiatria e saúde mental, com modesta variabilidade entre as regiões. Para os enfermeiros, 3,3% do treinamento é dedicado à psiquiatria e de saúde mental, temas relacionados (WHO, 2011b; WHO, 2011c).

O Teste de Pearson-Quadrado foi significativo para o local de trabalho relacionado a anos de formação ( $p=0,027$ ), anos de atuação na área ( $p=0,00$ ), horas de serviço ( $p=0,00$ ), tipo de especialização ( $p=0,02$ ), outros vínculos empregatícios ( $p=0,021$ ), área de formação ( $p=0,00$ ), à especialização com enfoque na assistência ( $p=0,015$ ), discussão de casos ( $p=0,026$ ), supervisão ( $p=0,021$ ), teórico ( $p=0,026$ ). Quanto ao gênero e anos de trabalho na área ( $p=0,053$ ), sendo que 76% ( $n=27$ ) são do sexo feminino e trabalham de 0 a 04 anos na área e os outros 23% estão de 05 a 09 anos na área. Há um empate quando se diz respeito ao curso de especialização num número de 07 ( $p=0,006$ ) e todas as mulheres possuem especialização em áreas distintas da saúde mental e da psiquiatria ( $p=0,011$ ). Dos 46 sujeitos, 28 trabalham em jornadas semanais acima de 30 horas (de 36 a 40h/semana), destes 22 são técnicos/auxiliares de enfermagem (48%,  $p=0,00$ ).

Tabela 3: Distribuição dos profissionais, segundo contexto de trabalho.

<b>Contextualização do trabalho</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>Tempo na área</b>		
Até 04 anos	37	80
5-9 anos	8	18
10 anos e >	1	2
<b>Tempo na instituição</b>		
Até 04 anos	19	41
5-9 anos	12	26
10-14 anos	6	13
15 anos e >	9	20
<b>Jornada de trabalho</b>		
< 30horas/semana	14	30
30 horas/semana	4	9
40 horas/semana >	28	61
<b>Faixa salarial</b>		
Até R\$999	16	35
R\$ 1000-1999	21	46
R\$ 2000-2999	3	6
R\$ 3000-4999	5	11
R\$ 5000 e >	1	2
<b>Outro emprego</b>		
Sim	26	57
Não	20	43
<b>Área do outro emprego</b>		
Saúde mental	3	7
Outra área	24	52
Não tem	19	41

Com relação à faixa salarial ( $p=0,00$ ) há concentração de mulheres em até R\$ 1999,00 ( $n=33$ ). Há uma distribuição quase que uniforme entre os homens, sem muita discrepância, 05 sujeitos encontram-se na faixa de até R\$ 999 a R\$ 2999,00 e 05 sujeitos recebem remuneração de R\$ 3000,00 a mais de R\$ 5000,00; 82% dos homens possuem outro emprego ( $p=0,052$ ), sendo 09 deles em outras áreas.

Tinham de zero a nove anos de formação em sua área de atuação 11 sujeitos com até 29 anos de idade e 15 sujeitos no grupo etário de 30 a 39 anos ( $p=0,001$ ). O grupo etário com

até 39 anos e com até quatro anos de tempo de serviço compreende 18 sujeitos ( $p=0,00$ ). Do total de sujeitos 60% ( $n=28$ ) possuíam de 0 a 09 anos de formado ( $p=0,001$ ), sendo que 19 (68%) destes sujeitos estão até há 04 anos na mesma instituição ( $p=0,00$ ).

Estes dados evidenciam uma equipe jovem, numa etapa produtiva da vida, aberta a novas descobertas e que anseia por treinamentos, uso de protocolos de atendimentos e inserida na assistência ao portador de transtorno mental nos moldes das transformações geradas pela reforma psiquiátrica. O estresse do ambiente de trabalho e a busca por melhores salários podem explicar a alta rotatividade.

Se forem nas emergências dos hospitais gerais que as descompensações psiquiátricas vão aparecer, por não mais existirem os manicômios, e o paciente estar em convívio social, cabe à equipe atender a esses casos, sendo puramente psiquiátricos, clínicos ou ambos, e apresentar um alto grau de resolutividade com dignidade para a pessoa que sofre (KAPCZINSKI; QUEVEDO; SCHIMITT; CHACHAMOVICH, 2001).

*Eu diria parcialmente de novo porque saber você sabe, mas na hora lá você tem medo... Eu acredito que a dificuldade vai mais da pessoa porque não vai tanto da formação, vai da desenvoltura da pessoa para aquilo, a vocação de ir para esse lado. (26PS)*

Com o passar dos anos os profissionais passam a escolher o local de trabalho com o qual tem mais afinidade e se adéquam para realizar uma especialização na área em que atuam. O curso de pós-graduação nível especialização corresponde a 64% do total dos cursos frequentados, sendo significativa em relação à formação dos diversos profissionais de nível superior ( $p=0,001$ ) e faixa salarial acima de R\$ 1000,00 a até mais de R\$5000,00 ( $p=0,003$ ). O mercado brasileiro já exige recursos humanos capacitados, porém existem dificuldades quanto aos sistemas de educação permanente, visto que nenhum trabalhador do pronto socorro recebeu capacitação para atuação na área da saúde mental.

Há discrepâncias entre as falas dos profissionais da mesma instituição, conforme o relato de que a formação é muito falha no nível superior: *É muito porque na faculdade a gente*

*tem pouco de psiquiatria e quando forma se especializa em outras áreas, acabando por atender esse tipo de paciente somente nos plantões mesmo. (34PS) e na mudança de paradigma no ensino de nível médio, inclusive: ... a gente foi bem preparado para ter contato com eles, saber ouvir, saber escutar... O intuito de tudo aqui era vocês perder o medo e interagir no meio deles porque eles (portadores de transtorno mental) podem ser agressivos, só que eles não são agressivos se você for carinhoso com eles... Eles ficam ressabiados, eles ficam com medo, é bem diferente. Então, você nota quando você tem um contato, igual nós tivemos, tivemos que interagir com eles. Então você já tem outra visão a respeito desses doentes e quem não teve já fica com medo. (36PS) e ... eu acho que falta mais treinamento. Eu mesmo não seria a pessoa adequada para lidar com esse tipo de paciente, sem um treinamento seguro... (28PS)*

Para os testes de Pearson e Fisher não houve correlação significativa entre idade e cursos de especialização frequentados ( $p=0,644$ ), carga horária semanal ( $p=0,523$ ), tipo de especialização ( $p=0,550$ ), faixa salarial ( $p=0,261$ ), possuir mais de um emprego ou não ( $p=0,146$ ), cursos de curta duração ( $p=0,710$ ), atualizações ( $p=0,270$ ) e cursos de pós-graduação ( $p=0,757$ ). Não houve correlação significativa entre faixa salarial e cursos de curta duração ( $p=0,710$ ), atualizações ( $p=0,945$ ).

Observa-se a compreensão entre a prática e a teoria adquiridas ao longo das vivências pessoais e profissionais: ... *O certo é a convivência com eles, lá junto com eles para você aprender mais e mais porque você vê só na teoria não ajuda, tem que ser na prática, estar ali no questionário. (29PS) e o quanto a família pode complicar as relações de ajuda: ... Alguns pacientes te ouvem, te dão abertura, você conversa. Assim, você até tenta controlar, mas é difícil mesmo lidar com eles. É complicado lidar com saúde mental, eu acho. É complicado porque junto vem uma família complicada. É muito difícil, eu não acho fácil. Eu tenho muita dificuldade. (33PS)*

Ressalta-se que os profissionais recém-formados no mercado de trabalho podem apresentar fragilidades em relação às experiências, porém podem contribuir para a atuação de profissionais motivados, criativos e inovadores (SALMERON; FUCÍBALO, 2008).

*Parcialmente porque realmente na faculdade a gente vê de tudo e o espaço que sobra para algo assim, eu acho que a saúde mental sim, ela é falada, em geral... A faculdade me deu um preparo para conhecer o ser humano, para cuidar do seu sofrimento... Eu acho que o trabalho dentro da unidade de saúde mental é muito dinâmico, ele é muito rápido e, por exemplo, essas terapias breves, saber um pouco mais disso para realmente poder estar aqui com o paciente. Eu acho que isso falha... A psicanálise é impossível dentro da instituição? É claro que não, ela é possível, mas de certa forma a gente acaba tendo que focar um ponto, alguma coisa em função do tempo. A nossa demanda aqui é gigantesca, a gente atende criança, atende adolescente, adulto. Então, por exemplo, é bem dizer impossível eu cuidar durante anos assim de pacientes. Então por isso que eu achei que foi muito importante a separação de CAPS e Ambulatório porque pelo menos no CAPS é permitido esse tempo, o que não é permitido no Ambulatório... Eu me preparo para conhecer o ser humano, para conhecer o paciente, para acolher esse sofrimento e para cuidar, mas esse dinamismo, por exemplo, no começo quando a gente falava do surto, como lidar com o paciente em surto, como cuidar agora, como cuidar depois, então eu acho que nesse sentido falha. (4SM)*

Contemplamos o estigma quanto à aparência e ao comportamento da pessoa portadora de transtorno mental nas falas e seu reconhecimento como ser humano pensante em pequenos gestos: ... *no estágio a gente participou das reuniões. São pessoas que a gente nem sabia que tinha um transtorno mental, são pessoas muito inteligentes, então eu fiquei... tem hora que eu ficava triste porque eu sabia que a pessoa tinha esse problema. Você só ficava sabendo por que repete várias vezes a mesma coisa e conta umas histórias...* (25PS), respectivamente em: ... *Tem umas pessoas que são muito bonitas, muito vistosas e a gente nem imagina. Eu acho que ajudou muito porque a gente aprendeu muito. Muitos andarilhos a gente passa até menospreza e com a saúde mental a gente aprendeu que é porque muitos são doentes mentais. Para eles é satisfatório viver assim e pequenos gestos para eles é uma vitória muito grande porque a gente aprendeu a saúde mental... É muito importante ter um tempo para parar, olhar e escutar aquela pessoa.* (25PS)

Para desenvolver competências nos alunos de enfermagem com atuação satisfatória na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental é necessário mobilizar saberes e



habilidades relacionadas à cidadania e a inclusão social, onde o sujeito é um ator de suas intervenções. Para tanto são fatores relacionados às competências: saber agir e reagir com pertinência, saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto, saber transpor, saber aprender e aprender a aprender e saber envolver-se (BARROS; CLARO, 2011).

Está presente nos relatos a fragilidade dos currículos, assim como a carga horária reduzida relacionada à psiquiatria e saúde mental.

*... eu acho que a gente tem muito que aprender sobre o paciente psiquiátrico. Eu acho que a gente não tem muita noção. Eu mesmo, eu estagiei no hospital psiquiátrico um dia só e não tinha paciente pra que a gente pudesse acompanhar... O contato é que seria o mais interessante pra gente estar aprendendo. Ali no dia-a-dia se tivesse alguém ali pra orientar melhor. (16PS)*

*... Eu tenho só o auxiliar, teria que fazer o técnico e outros cursos para estar especializando, então é pouco. Eu tive no curso, mas é muito pouco, aquele estágio rápido, no caso de uma semana... De repente a gente tem mais experiência aqui, na prática, mas no curso foi pouco... (24PS)*

*... Eu acho que para a gente entrar na saúde mental a gente aprende bem... ingressar num trabalho eu acho que teria que fazer um curso ou algumas horas de alguma coisa para poder trabalhar na área... Eu acho que teria que ser algo na prática mesmo. Porque a prática é o que a gente vai aprendendo, na teoria eu acho mais fácil aprender. Agora a prática você precisa ter uma convivência um pouco a mais para poder ingressar nessa área. Então para gente poder distinguir o que é um paciente da saúde mental e o que é clínico... às vezes, o paciente não é da saúde mental, é só uma coisa clínica que está acontecendo e fica mascarado, você não sabe se é da saúde mental ou se o paciente está passando ali, mesmo de saúde clínica... (21PS)*

*Eu acho que sim. Eu consigo lidar com esse tipo de paciente, mas eu tenho um pouco de medo. É coisa minha. Assim, dá para atender, para fazer o que tem que ser feito normal, mas eu tenho um pouco de medo. Eu não me acho tão preparada para aquilo. Eles são um pouco imprevisíveis, acho que todo mundo fica com medo, fica com o pé atrás... (18PS)*

*Então, ao invés da gente estar ali só apagando fogo, se a gente pudesse fazer um trabalho preventivo, eu acho que a gente teria menos essa carga pesada lá no futuro. (1SM)*

O investimento em mudanças curriculares, experiências docentes, estratégias de autonomia, estímulo ao raciocínio crítico reflexivo e criatividade permite observar que a área de saúde mental e enfermagem psiquiátrica contribuem para a formação do enfermeiro ao oferecer oportunidade ao aluno de ser apresentado a ele mesmo, com condições para descobrir suas melhores qualidades humanas, mas também seus temores e imperfeições onde pode lapidar-se durante os cinco anos em que se dedica ao processo de construção do ser profissional; possibilitar que o aluno se perceba com os outros na dinâmica da vida coletiva, entendendo suas relações com os colegas de turma, inicialmente e depois, com os docentes, com os pacientes e profissionais dos serviços onde ele atua e que atue como gestor e coordenador de grupos e equipes (MUNARI; GODOY; ESPERIDIÃO, 2006).

*...Eu venho de uma faculdade que a maioria dos professores tem essa visão para a saúde mental e outras faculdades em outras cidades não tem, mas isso não impede a busca constante de atualizações.*  
(8SM)

A visibilidade da demonstração do transtorno mental, por parte da clientela na ESF, depende da postura dos profissionais em reconhecer essas manifestações no cotidiano de seu trabalho na atenção básica à saúde. Para isso, os referidos autores consideram, como primeiro passo a ser exercido pela equipe, a identificação quantitativa e qualitativa dessas pessoas. Reconhecem que os usuários com transtornos mentais podem ser acolhidos, assistidos e terem melhorada a sua qualidade de vida através de ações realizadas pela ESF (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004).

A identificação do portador de transtorno mental caberá a uma qualidade de vida em todos os setores de atenção à saúde que tiverem trabalhadores dispostos, com condutas e posturas definidas. É necessário instrumentalizar a família e os profissionais para serem partícipes na emergência psiquiátrica como essência do cuidado.

*Parcialmente, porque eu tenho que enfrentar. Porque se a gente não enfrenta como que fica. Mas eu vou com um pezinho na frente e o outro atrás porque eu tenho medo... Apesar de ter tido na faculdade*

*os estágios, aqui o dia-a-dia eu que tenho que trabalhar isso dentro de mim, só eu acho difícil. Para mim é um trauma, assim, eu não consigo. (20PS)*

*... Então, se nós tivéssemos um treinamento ou um curso ia ser bem melhor. Porque o que tem no curso é pouco e quando a gente chega aqui chega despreparado. Muito despreparado. Então é parcialmente. (35PS)*

*... Eu percebo que, às vezes, o paciente de saúde mental que aparece aqui para a gente eu percebo que a própria família não quer ele, talvez ele não precisasse nem de estar num hospital psiquiátrico, a família quer descartar, não quer cuidar. Já percebi que, às vezes, a família deixa ficar sem a medicação para ver o que vai acontecer. (37PS)*

*Sim, porque eu acho que existe pouca educação continuada com relação à saúde mental, se volta mais para a clínica do que para a saúde mental. Eu acredito nessa questão do protocolo. Eu acho que se tivesse o protocolo agilizaria mais essa logística de encaminhamento, dar um padrão. Acho que tudo que tem um padrão fica mais fácil de resolver. (38PS)*

*O que a gente tem é a graduação, é o que a gente aprende durante a graduação, depois a gente não tem mais contato. Às vezes a gente conversa com um colega e pede uma orientação a mais, mas não mais que isso. (45PS)*

*... O que nos ajuda é o conhecimento adquirido na graduação e no dia-a-dia, seguido do suporte da equipe especializada (nos encaminhamentos e nas passagens de detalhes sobre o caso, no acompanhamento do paciente até nosso serviço). (14PS)*

Deste modo, os conhecimentos de saúde mental e de enfermagem psiquiátrica fazem-se necessários ao profissional de enfermagem, independente da sua área de atuação, a fim de que ele seja capaz de prestar atendimento a todas as pessoas que experimentem situações nas quais existam riscos para sua saúde (TRAVELBEE, 1982).

## **Categoria 6**

### **Atendimento em emergência psiquiátrica**

Saúde mental é definida como um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe o seu próprio potencial, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de dar uma contribuição a ela ou sua comunidade (WHO, 2011a).

Quando há um enfrentamento dificultado destas situações a pessoa passa a ter dificuldades na saúde mental, podendo vir a ter transtorno mental instalado, sofrimento mental ou mesmo uma necessidade de saúde. Estas manifestações podem surgir como episódios únicos, agudos ou em vários episódios com situação de emergência psiquiátrica (KAPLAN; SADOCK, 2007).

*... Uma das maiores seria a dificuldade de saber distinguir a diferença de, por exemplo, identificar os sintomas de um drogadito em crise e a diferença de um quadro de doença clínica não provocada pelo uso de álcool, de drogas. Os profissionais confundem muito isso e acaba por dificultar o encaminhamento e os procedimentos a serem tomados. (13PS)*

A recomposição do horizonte das ações políticas em saúde mental no conjunto dos problemas que envolvem o consumo de substâncias psicoativas é tomada como um dos desafios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2011a). Dificuldade em saber identificar e distinguir sinais efetivamente clínicos ou associados aos transtornos mentais, necessidade de avaliação do especialista, dificuldade de regulação ao hospital psiquiátrico com relação à vaga, falta de treinamento da equipe para conseguir o diagnóstico diferencial do caso.

*... às vezes a gente acha que é o famoso “piti”, já olha o paciente e fala que é “piti”. É porque nem todo paciente psiquiátrico é esse que sai quebrando tudo. E, às vezes aquele paciente que sempre está aqui, todos os dias, às vezes pode vir a ser um paciente psiquiátrico, ou às vezes ele pode estar até*

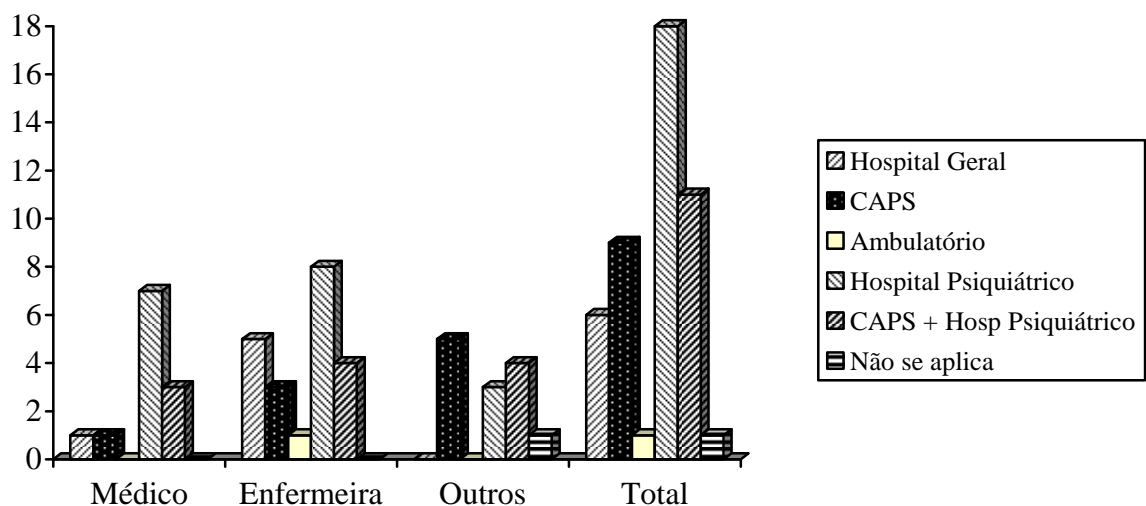
*mesmo com uma aquela dor, estar precisando mesmo de um remédio, até que se ache o que ele tem.*

(16PS)

*... Eu, particularmente, me sinto despreparada para estar lidando com isso. (3SM)*

No histograma de freqüências da Figura 1, observa-se que os sujeitos entrevistados 39% (n=18) relataram que os pacientes são encaminhados ao Hospital Psiquiátrico de referência, sendo 58% desses primeiros atendimentos realizados por médicos. Em 11 relatos, os pacientes são ora encaminhados ao serviço de saúde mental, ora ao Hospital Psiquiátrico, seja para acompanhamento até que a vaga para internação seja cedida ou devido à melhora dos sinais e sintomas apresentados no momento da crise. Dez (22%) relataram que os pacientes são encaminhados ao CAPS e ao Ambulatório. Apenas um profissional informa que o paciente não é encaminhado a nenhum serviço, retornando para seu domicílio. Nos relatos observa-se a dificuldade de regulação referente à diminuição dos leitos psiquiátricos como proposta da política nacional de saúde mental.

Figura 1: Histograma de freqüências relacionadas ao primeiro atendimento do portador de transtorno mental, segundo os profissionais e os serviços de saúde.



Quanto à relação entre quem faz o primeiro atendimento ( $p=0,206$ ) e o encaminhamento ( $p=1,00$ ) do portador de transtorno mental nos serviços analisados não houve significância para o teste Exato de Fisher. A atribuição do cuidado de enfermagem na

situação de emergência psiquiátrica foi para 20 (43%) sujeitos que afirmaram que os enfermeiros realizam os primeiros atendimentos nessas situações, seguidos dos médicos para 12 sujeitos (26%).

Os serviços de emergências psiquiátricas (SEPs) relacionam-se com todos os serviços que compõem a rede de saúde mental, além de exercer um importante papel na organização do fluxo de pacientes dentro desta rede. Desse modo, as funções dos SEPs extrapolam a simples necessidade de estabilização de quadros psiquiátricos agudos ou de encaminhamentos para internação integral, representam um marco central na estruturação das redes de saúde mental, podendo servir como termômetro do funcionamento adequado da atenção primária e secundária, além de servir como um sistema tampão provisório para suprir as demandas excedentes associadas às deficiências dos serviços extra hospitalares. Por ser uma das principais portas de entrada para a rede de saúde mental, especialmente no caso dos pacientes em primeiro surto psicótico, a unidade de emergência seria o ponto-chave em programas de prevenção e de aprimoramento terapêutico dos novos casos psiquiátricos (BARROS; TUNG; MARI, 2010; CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010).

*... O primeiro atendimento do paciente é bem feito e bem orientado. Ele é avaliado, se é feita a medicação necessária para ele se acalmar e a gente orienta ele a procurar o CAPS que é o lugar onde ele faz o tratamento... (21PS)*

*Parcialmente. Bom o atendimento primário é adequado, porém para onde você encaminha o paciente, a transmutação não é efetivamente selecionada, o percurso e seria muito pessoal. Você tem que encaminhar o paciente a diversos lugares, mas tem que preencher certas condições. Nunca preenche as condições e o paciente é liberado. Falta leito no hospital geral pra atender este tipo de paciente... Geralmente é medicado, fica dopado e é liberado (13PS)*

*Parcialmente porque elas (enfermeiras) dão os primeiros atendimentos e já estão mais ou menos dentro do sistema que já existe. A gente (médicos) encaminha para os especialistas para eles darem um atendimento de urgência e depois a gente tem como encaminhar para o especialista fazer uma*

*análise mais profunda. Então eu acredito que isso seria parcialmente porque falta um pouco de treinamento da equipe e de formação mesmo até para conseguir dar seguimento no tratamento.*  
(38PS)

*... É difícil conseguir a vaga para o mesmo dia... Às vezes nem sai a vaga e o paciente surta e volta de novo.* (18PS)

Emergência em saúde mental refere-se a qualquer perturbação do pensamento, sentimentos ou ações que necessitam de uma intervenção imediata para proteger a pessoa ou a terceiros do risco de morte. Dentre as situações de emergência mais encontradas, têm-se o comportamento suicida, comportamento agressivo e distúrbios do pensamento e da percepção, sendo que 20% das pessoas atendidas em serviços de emergência em saúde mental têm problemas de suicídio e 10% de comportamento violento (BOTEGA, 2006; KAPLAN, SADOCK; 2007).

As emergências em saúde mental estão estreitamente relacionadas com as diversificadas crises evolutivas e acidentais inerentes à vivência humana. Porém, o que caracteriza uma emergência em saúde mental é a manifestação de comportamento em decorrência de uma situação em que a pessoa se encontra e para a qual o seu funcionamento geral está gravemente prejudicado e o indivíduo torna-se incapaz de assumir responsabilidades pessoais (TOWNSEND, 2002).

O comportamento violento e agressivo exteriorizado pelo paciente provoca medo, ansiedade e insegurança naqueles que o cercam, incluindo os profissionais. Contudo, o medo de algumas pessoas em relação a todos os pacientes psiquiátricos é desproporcional aos poucos que, de fato, constituem risco para os outros. O medo excessivo nos profissionais pode prejudicar o julgamento clínico e levar ao uso prematuro e em grandes quantidades de medicamentos sedativos e de restrições físicas, como as contenções no leito (KAPLAN, SADOCK; 2007).

O desenvolvimento de uma crise tem uma evolução previsível que passa de um fator de estresse precipitante até o estado de crise aguda, descritas por Caplan em quatro fases: fase I, corresponde à exposição ao fator de estresse precipitante; na fase II, ocorre o aumento da ansiedade, sentimentos de confusão e desorganização diante da não resolução do estresse precipitante; na fase III, os recursos possíveis são mobilizados para resolver o problema e aliviar o desconforto; e, na fase IV, as funções cognitivas se desorganizam, as emoções mostram-se instáveis e o comportamento pode refletir manifestações psicóticas, quando não se consegue resolver em tentativas anteriores (TOWNSEND, 2002).

O relacionamento entre a equipe e o paciente influencia nas informações oferecidas, mesmo em situação de emergência psiquiátrica. Neste sentido, um relacionamento que objetiva ajudar o paciente precisa ser desenvolvido de forma estruturada através de interações planejadas, utilizando-se dos conhecimentos da comunicação terapêutica, no qual o profissional oferece-lhe apoio, conforto, informação e desperta seu sentimento de confiança e auto-estima (STEFANELLI, 2005; BOTEGA, 2006).

O relacionamento terapêutico pode ser estabelecido com o uso de técnicas de comunicação terapêutica como ouvir reflexivamente, observação atenta e interpretação das mensagens verbal e não verbal, entre outras. Para que uma comunicação terapêutica ocorra o profissional deve ser direto, honesto, calmo, não-ameaçador e transmitir aos pacientes a idéia de que está no controle da situação, agir de forma decisiva para protegê-los de dano a si mesmo ou a terceiros, utilizando-se da empatia para planejamento e avaliação da intervenção (MAFTUM; STEFANELLI, 2000).

Ressalta-se que a abordagem é o primeiro passo para cuidar de um paciente com transtorno mental num período agudo e essa primeira impressão é capaz de interferir na aceitação do tratamento assim, reafirma-se a importância da qualificação dos profissionais que atuam nessa área. Neste sentido, a educação permanente em saúde mental deve incluir o



conhecimento sobre as mudanças políticas que vem ocorrendo nesta área, bem como, a ressalva sobre a transição da prática do cuidado hospitalar que visava contenção do comportamento para a incorporação de princípios de uma prática interdisciplinar, com o objetivo de conscientizar e qualificar tanto os novos funcionários, quanto os mais experientes sobre o papel do profissional como agente transformador (KONDO; VILELLA; BORBA; PAES; MAFTUM, 2011).

À medida que, gradativamente, se estende a visão e a consideração do homem em seu contexto, a família vem sendo inserida no trabalho de reabilitação, com vistas à melhoria do convívio no espaço doméstico, como unidade de tratamento (PEREIRA; MACHADO; NASCIMENTO, 2008).

Os procedimentos básicos na atenção ao portador de transtorno mental no município, conforme os relatos, estão no acolhimento do usuário e de seus familiares, promoção da comunicação adequada (verbal e não verbal), ambiente seguro para a equipe, usuário e familiar/cuidador, respeito aos sinais e os sintomas apresentados pelo usuário, realização da contenção física e química e encaminhar aos serviços de referência tanto a internação em hospital psiquiátrico como o tratamento em nível secundário dos serviços especializados, registro das informações. O conjunto destes procedimentos promove intersetorialidade das ações, fortalecimento da rede de atenção e melhoria na qualidade dos atendimentos e de comunicação entre os profissionais com troca de conhecimento e raciocínio crítico-reflexivo perante as peculiaridades de cada caso.

Os portadores de transtorno mental, frequentemente, percorrem um longo trajeto até que seja detectada a necessidade de ajuda. Assim, o resultado desse processo, em sua maioria, é reflexo de grande sofrimento, cronificação do transtorno e perdas funcionais e sociais. A possibilidade de evitar ou reduzir tais perdas é estímulo essencial para que o enfermeiro atue preventivamente junto a esses indivíduos (RODRIGUES, 1999).

## V. CONCLUSÕES

As mudanças na assistência em saúde a partir das opiniões das equipes que atendem os portadores de transtorno mental oferecem uma integração e organização das equipes no processo do cuidar em psiquiatria. A rede de atenção deste município estrutura-se na atenção básica que se articula na equipe de apoio matricial e nas unidades de saúde mental para que ocorra o processo de formação da rede de serviços.

As instituições onde os sujeitos se inserem seguem parcialmente a política nacional de saúde mental com ações que promovam autonomia dos usuários e seus familiares, apesar dos medos em lidar com os portadores de transtorno mental e dificuldades em relação à estrutura física, ausência de um profissional da área da saúde mental disposto a atender o usuário e a trabalhar em conjunto aos profissionais no processo educacional das equipes.

Os procedimentos básicos dos serviços quando o portador de transtorno mental encontra-se em situação de emergência foram identificados como a comunicação, contenção física e química e encaminhamento aos serviços de referência tanto a internação em hospital psiquiátrico como o tratamento em serviços especializados.

A melhoria na qualidade do atendimento ao portador de transtorno mental em situação de emergência psiquiátrica está no processo de formação profissional, na educação permanente das equipes de saúde, na implantação de serviços substitutivos de saúde mental na região, através de estratégias bem desenhadas e operacionalmente eficazes.

Ressalta-se a necessidade de fortalecimento da rede de atenção com a criação de protocolo e da educação permanente das equipes, abertura de leitos psiquiátricos no hospital geral e inserção de competências e habilidades que respondam às necessidades dos usuários,

familiares e equipes desde os cursos de graduação às vivências e experiências para subsidiar este tipo de cuidado.

A pesquisa contribuiu de maneira significativa para contextualizar a saúde mental no município, especialmente no que se refere ao cuidado ao portador de transtorno mental em situação de emergência em municípios de pequeno porte.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). 2011. Critério de classificação econômica Brasil. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=197>>. Acesso em 08 maio 2012.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 7. ed. Rio de Janeiro (RJ): Atlas, 2001.
- BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 08, n. 1, p. 09-16, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm)> Acesso em: 08 maio 2012.
- BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; VARELLA, A. A. B. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 206-214, 2005.
- BARROS, S.; CLARO, H. G. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p.700-707, 2011.
- BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, p. 571-577, 2010. Suplemento 2.
- BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 207-277, 2007.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro (RJ): Edições Graal, 1985.
- BOTEGA, N. J. (Org). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. 2.ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2006.
- BOTEGA, N. J. (Org.) **Serviços de saúde mental no hospital geral**. São Paulo (SP): Papyrus, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5ª ed. ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: panorama, avaliação e desafios. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 7**, Edição Especial, ano V, n. 7, junho de 2010. Brasília, 2010. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS**: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 9**, Ano VI, nº 9, julho de 2011. Brasília, 2011a. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNESNet: **Prefeitura Municipal de Guará**. 2012a. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=45353299000104&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20GUARA](http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=45353299000104&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20GUARA)> Acesso em: 08 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNESNet: **Prefeitura Municipal de Aramina**. 2012b. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=45323474000102&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20ARAMINA](http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=45323474000102&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20ARAMINA)> Acesso em: 08 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNESNet: **Prefeitura Municipal de Buritizal.** 2012c. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=45323698000114&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20BURITIZAL](http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=45323698000114&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20BURITIZAL)> Acesso em: 08 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNESNet: **Prefeitura Municipal de Miguelópolis.** 2012d. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=45353307000104&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20MIGUELOPOLIS](http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=45353307000104&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20MIGUELOPOLIS)> Acesso em: 08 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNESNet: **Prefeitura Municipal de Igarapava.** 2012e. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=45324290000167&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20IGARAPAVA](http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=45324290000167&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20IGARAPAVA)> Acesso em: 08 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNESNet: **Prefeitura Municipal de Ituverava.** 2012f. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=46710422000151&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20ITUVERAVA](http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=46710422000151&VEstado=35&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20ITUVERAVA)> Acesso em: 08 maio 2012.

BRASIL. Portaria 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, nº 23, 01 fev. 2012. Seção 1, p.33.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Breve histórico.** [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1)> Acesso em: 08 maio 2012h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Reforma Psiquiátrica.** Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33929](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929)> Acesso em: 08 maio 2012i.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

BRÊDA, M. Z.; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo (SP): Aderaldo e Rothschild, 2008.

CASTRO, FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 4, v. 18, p. 800-808, 2010.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo (SP): Makron Books, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 379/2011. Dispõe sobre a presença do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. **COFEN**. Brasília, DF, 16 de junho de 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Principais legislações para o exercício da enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2000.

DAL PAI, D.; LAUTERT L. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 231-234, 2005.

DAVID, H. M. S. L.; MAURO, M. Y. C.; SILVA, V. G.; PINHEIRO, M. A. S.; SILVA, F. H. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009.

ESPERIDIÃO, E.; CRUZ, M.F. R.; SILVA, G. A. Perfil e atuação dos enfermeiros da rede especializada em saúde mental de Goiânia-GO. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 493-501, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a15.htm>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

FILIZOLA, C. L. A.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 491-503, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>>. Acesso em 01 jun. 2012.

FONTANA R. T.; MAYER C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, p. 532-536, 2006.

FUREGATO, A. R. F.; GALERA, S. A. F.; PILLON, S. C.; SANTOS, J. L. F.; PITIÁ, A. C. A.; CARDOSO, L. Characterization of the mental healthcare service teams. **Revista de Salud Publica**, Bogotá, v. 12, p. 732-743, 2010.

FUREGATO, A. R. F.; OSINAGA, V. L. M.; GALERA, S. A. F.; PILLON, S. C. Avaliação de instrumento para diagnóstico das atividades dos profissionais de saúde mental: estudo piloto. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n. 3, p. 1-15, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1075/1237>>. Acesso em: 08 maio 2012.

FUREGATO, A. R. F.; SILVA, E. C.; SANTOS, J. L. F.; MOREIRA, G. C. D. Comparing the profile and presence of depression among nursing students from diurnal and afternoon courses. In: Hernandez, P.; Alonso, S. (Ed.). **Women and depression**. Nova York (USA): Nova Science Publishers, 2008. Cap. 17, p. 471-483.

GARLA, C. C.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Profissionais de ambulatórios de saúde mental: perfil, práticas e opiniões sobre as políticas. **Cadernos brasileiros de saúde mental**, Florianópolis, v. 2, n. 4, p. 74-93, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1105/1267>>. Acesso em: 01 jun. 2012.

GIL, A. C. **Projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo (SP): Atlas, 1991.

GUARÁ. Departamento Municipal de Saúde. **Plano Plurianual Municipal de Saúde para os anos de 2010 a 2013**. 2009.



KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; SCHIMITT, R.; CHACHAMOVICH, E. **Emergências psiquiátricas**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2001.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2007.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F. Convivência com a pessoa esquizofrênica. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 69-73, 2002.

KONDO, E. H.; VILELLA, J. C.; BORBA, L. O. ; PAES, M. R.; MAFTUM, M. A. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 501-507, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4.ed. São Paulo (SP): Atlas, 2001.

LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. São Paulo (SP): Hucitec, 2006.

MAFTUM, M. A.; STEFANELLI, M. C. O uso das técnicas de comunicação terapêutica na relação interpessoal com o doente mental. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 69-74, 2000.

MANDÚ, E. N. Inter-subjectivity on the qualification of health care. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 4, p. 665-675, 2004.

MELMAN, J. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: Fernandes MIA, Scarelli IR, Costa ES, organizadores. **Fim de século e ainda manicômios?** São Paulo (SP): IPUSP, 1999. p.171-86.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP): Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M.; SILVA, E.; FREIRE, F. H. M. A.; AMARAL, H. N. M.; PALMIERI, T. C.; OKI, N.; FONSECA, A. L. C.; RAMOS, C. C. P. **Acessibilidade em uma complexa rede substitutiva de cuidado em saúde mental – o caso de Campinas**. 2011. Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/acessibilidade/>> Acesso em 08 maio 2012.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO, M. G. T. A família e o doente mental usuário do hospital-dia: estudo de um caso. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 20-26, 2000.

MUNARI, D. B.; GODOY, M. T. H.; ESPERIDIÃO, E. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 684-693, 2006.

OLIVEIRA, A. G. B.; ATAÍDE, I. F. C.; SILVA, M. A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 618-624, 2004.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

PEREIRA, M. A. O.; MACHADO, M. P.; NASCIMENTO, S. A. B. G. Inserção da saúde mental no Programa Saúde da Família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n.1, p. 59-64, 2008.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z. T.; ANDRADE, A. S. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 293-302, 2011.

RODRIGUES, A. R. F. **A Enfermagem Psiquiátrica**: saúde mental, prevenção e intervenção. São Paulo (SP): EPU, 1999.

ROLIM, M. A. **As representações sociais acerca do doente mental atendido em emergências psiquiátricas**. 1993. 137 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SALMERON, N. A.; FUCÍHALO, A. R. Programa de Saúde da Família: o papel do enfermeiro na área de saúde da mulher. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n.19, p. 25-29, 2008.

SANTOS, B. S. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. In: **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática**. v. 1. 4 ed. São Paulo (SP): Cortez, 2002.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. **Sistema estadual de análise de dados – SEADE**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>> Acesso em: 14 set. 2009.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. **Sistema estadual de análise de dados – SEADE**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>> Acesso em: 06 set. 2011.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SENA, R. R.; SILVA, K. L.; RATES, H. F.; VIVAS, K. L.; QUEIROZ, C. M.; BARRETO, F. O. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 124-132, 2006.

STEFANELLI, M. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo (SP): Manole, 2005.

STERIAN, A. **Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica**. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 2001.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

TAKEMOTO, M. L.; SILVA, E. M. Acolhimento no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TOWSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados**. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Carvajal (CO): Cali, 1982.

WAIDMAN, M. A. P. **O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEN, I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 107-112, 2008. Suplemento 5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health atlas 2011**. 2011c. Geneva, Switzerland. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mnh/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh/en/)> Acesso em: 08 maio 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health: a state of well-being**. October 2011a. Disponível em: <[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html)> Acesso em: 08 maio 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health policy and service guidance package: child and adolescent mental health policies and plans**. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/policy/Childado\\_mh\\_module.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf)> Acesso em: 08 maio 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2001**. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)> Acesso em: 08 maio 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics 2011**. 2011b. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>> Acesso em: 08 maio 2012.

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a),

Eu, Gabriela Carrion Degrande Moreira, enfermeira e mestranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Modalidades de atenção e de cuidado em saúde às pessoas em emergência psiquiátrica”, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonia Regina Ferreira Furegato. Tendo por objetivo geral identificar o contexto, o cuidado e a opinião dos profissionais sobre a atenção em saúde mental, num município paulista.

Para obter esses dados, você está sendo convidado (a) a responder o questionário e permitindo que sejam gravadas as respostas às questões abertas. Asseguramos que as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas para fins de ensino e pesquisa, que não haverá risco ou problemas de qualquer ordem e que uma cópia deste Termo lhe será entregue e a outra será seguramente arquivada, juntamente ao material coletado da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo pessoal, despesa ou gratificação. Estará garantido o direito de esclarecimento de eventuais dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento deste trabalho. Os colaboradores do estudo têm liberdade de negar-se a continuar participando, caso julgue necessário, sem sofrer qualquer dano, prejuízo ou pressão por parte do pesquisador ou da instituição. A entrevista terá a duração de, aproximadamente, 40 minutos.

Antecipadamente, agradecemos sua preciosa colaboração.

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ anos, concordo em participar voluntariamente da pesquisa e afirmo que fui convidado e esclarecido que receberei resposta para qualquer pergunta ou dúvida que possa surgir durante a pesquisa. Estou sabendo que, em nenhum momento, serei identificado nem exposto a riscos devido a minha participação nesta pesquisa. Sei também que, a qualquer momento, poderei recusar-me a continuar, sem qualquer prejuízo para minha pessoa. Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nessa pesquisa. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

\_\_\_\_\_  
 Nº do Documento (RG)

Guará, SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

*Gabriela Carrion Degrande Moreira*  
 (pesquisadora)  
 Rua São Miguel, 518  
 Guará – São Paulo – CEP: 14.580-000  
 E-mail: gabicdm@yahoo.com.br  
 Telefone de contato: (16) 8156-2182

*Antonia Regina Ferreira Furegato*  
 (orientadora)  
 Avenida Bandeirantes, 3900 – sala 46 - Monte Alegre  
 Ribeirão Preto – São Paulo – CEP: 14.040- 902  
 E-mail: furegato@eerp.usp.br  
 Telefone: (16) 3602-3422

**ANEXO I**  
**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

Esse estudo visa caracterizar os serviços de saúde mental de sua comunidade. Por favor, responda a **TODAS** as questões, assinalando, com sinceridade, sua opção. Não deixe nenhuma questão sem resposta. Sua identidade será mantida em absoluto sigilo.

**PARTE I – PESQUISADOR**

1	Código da instituição (letras)		Número de identificação da instituição (seqüencial)	
2	Código do sujeito (iniciais)		Número de identificação do sujeito	

**PARTE II – ENTREVISTADOS**

(OBS.: Nas questões de assinalar, apenas marque um número ou palavra)

**I - CONTEXTUALIZAÇÃO**

3	<b>Data do seu nascimento:</b> /    /	Idade em anos completos =		
4	<b>Qual seu sexo?</b>	1 = feminino	2 = masculino	
5	<b>Qual sua formação acadêmica?</b> 1 = Médico 2 = Enfermeiro 3 = Psicólogo 4 = Fisioterapeuta 5 = Terapeuta Ocupacional 6 = Assistente Social	7 = Outro: a – Fonoaudiólogo b – Farmacêutico c – Educador físico d – Arteterapeuta e – Musicoterapeuta f – Arte cênica g – Nutricionista h – Psicopedagogo i – Ciências sociais j – Auxiliares/Técnicos de enfermagem		
6	<b>Ano de conclusão da sua graduação =</b>	Anos completos =		
7	<b>Frequentou curso de especialização?</b>	1 = sim	2= Não	
8	<b>Que tipo de especialização?</b>	1= Saúde mental	2= Outra	3= Não se aplica
9	<b>Desde quando você trabalha na saúde mental?</b> /    /	Anos completos =		
10	<b>Em que ano você começou a trabalhar neste serviço?</b>	Anos completos =		
11	<b>Qual é a sua carga horária semanal de trabalho, neste serviço?</b>			
12	<b>Qual é o seu salário neste serviço, em reais:</b> (1) = 0-999;    (2) = 1000-1999; (3) = 2000-2999; (4) = 3000-3999 ;    (5) = 4000-4999; (6) = 5000 ou +			
13	<b>Tem outro emprego ou trabalho?</b>	1= Sim	2= Não	
14	<b>Qual é a área do outro emprego?</b>	1= saúde mental	2= outro	3= Não se aplica
15	<b>Outros programas educacionais freqüentados (Especializações com + de 360 h; Mestrado; Doutorado)</b>	1= Sim Especifique: _____ 2= Não		
16	<b>Outros programas educacionais freqüentados (Atualizações - de 360h)</b>	1= Sim Especifique: _____ 2 = Não		
17	<b>Outros programas educacionais freqüentados Cursos de curta duração – Treinamentos</b>	1= Sim Especifique: _____ 2= Não		
<b>Se freqüentou cursos de especialização, qual foi o enfoque?</b>				
18	<b>Assistência</b>	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
19	<b>Discussão de casos</b>	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
20	<b>Somente supervisão</b>	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
21	<b>Teórico</b>	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
22	<b>Outros</b>	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
Especifique _____				

**II – O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS/TÉCNICOS DAS EQUIPES**

<b>Que tipo de atendimento individual você realiza neste serviço?</b>						
23	1=Médico	2=Psicológico	3= Enfermagem	4= Terapia Ocupacional	5=Serviço Social	6=Outro Especifique _____
24	<b>Você atende em grupos?</b>		1= Sim		2= Não	

Que tipo de prescrição você faz?					
25	1=médica	2= de enfermagem	3= de psicologia	4= outra Especifique _____ _____	5= não faço
Que tipo de cuidados de enfermagem você faz? (Para enfermeiros e outros profissionais que por acaso realizem essas atividades)					
26	Administração de medicamentos		1= Sim	2= Não	
27	Cuidados físicos /higiene		1= Sim	2= Não	
28	Conforto		1= Sim	2= Não	
29	Sinais vitais		1= Sim	2= Não	
30	Sono		1= Sim	2= Não	
31	Recreação		1= Sim	2= Não	
32	Observação		1= Sim	2= Não	
33	Anotação		1= Sim	2= Não	
34	Interações terapêuticas		1= Sim	2= Não	
35	Você faz atendimento familiar?		1= Sim	2= Não	
Como você atende famílias?					
36	1= Sozinho	2= Com outro profissional	3= Sozinho e com outro profissional	4=Não atendo	
Qual profissional que o auxilia no atendimento familiar?					
37	Médico	1= Sim	2= Não	3 = Não se aplica	
38	Enfermeiro	1= Sim	2= Não	3 = Não se aplica	
39	Psicólogo	1= Sim	2= Não	3 = Não se aplica	
40	Terapeuta ocupacional	1= Sim	2= Não	3 = Não se aplica	
41	Assistente social	1= Sim	2= Não	3 = Não se aplica	
42	Outros	1= Sim Especifique _____ _____	2= Não	3= Não se aplica	
Como você realiza o atendimento a famílias?					
43	Grupos de familiares	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica	
44	Uma família	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica	
45	Um familiar	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica	
Que tipo de abordagem você utiliza no atendimento à família?					
46	Cognitiva	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica	
47	Psicanalítica	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica	
48	Sistêmica	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica	
49	Pichon	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica	
50	Outra	1=Sim.Especifique _____ _____	2= Não	3= Não se aplica	
51	Você faz observação do comportamento do paciente?		1= Sim	2= Não	
Quando você faz registro rotineiro das observações sobre os pacientes?					
52	Durante a interação		1= Sim	2= Não	
53	Após contato com o paciente		1= Sim	2= Não	
54	Apenas no final do plantão		1= Sim	2= Não	
55	Somente no livro de anotações gerais		1= Sim	2= Não	
56	No prontuário do paciente		1= Sim	2= Não	
Quando você faz registro de suas condutas terapêuticas?					
57	Durante a interação		1= Sim	2= Não	
58	Após contato com o paciente		1= Sim	2= Não	
59	Apenas no final do plantão		1= Sim	2= Não	
60	Somente no livro de anotações gerais		1= Sim	2= Não	

61	<b>Não faço nenhuma anotação</b>		1= Sim	2= Não		
<b>Você faz preparo do paciente internado para a alta?</b> (OBS.: Para unidades de agudos e de emergência)						
62	1= Após alta médica	2= Durante toda a permanência dele na instituição	3= Não faço			
<b>Você promove ações visando autonomia para o paciente?</b> (OBS.: Para unidades de ambulatório, CAPS, hospitais-dia, residências)						
63	1= após alta médica	2= durante toda a permanência dele na instituição	3= Não faço			
<b>Você exerce (ou exerceu) cargo de gerente em alguma unidade de saúde mental?</b>						
64	1= NÃO		2= SIM			
Onde: _____						
<b>Você exerce (ou exerceu) atividades de gerenciamento da equipe de enfermagem?</b>						
65	1= Sim		2= Não			
<b>Você faz supervisão de equipe?</b>						
66	1= Sim		2= Não			
<b>Quem faz parte da equipe que você supervisiona?</b>						
67	1= Enfermagem	2= Ter ocupacional	3= Serviço Social	4= Psicologia	5=Outros Especifique__ _____	6= Não faz

### III – POLÍTICAS, PRÁTICAS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

( As questões dessa parte também serão respondidas em entrevista oral)

<b>Você considera que sua instituição segue a política nacional de saúde mental?</b>				
68	1= Não segue	2= Segue parcialmente	3= Segue totalmente	
<b>Justifique:</b> _____ _____ _____ _____ _____				
<b>Quais são as principais dificuldades encontradas no seu serviço de saúde mental?</b>				
69	<b>Financeiras</b>	1= sim	2= não	
70	<b>De pessoal</b>	1= sim	2= não	
71	<b>Políticas</b>	1= sim	2= não	
72	<b>Outras: estrutura física e materiais</b>	1= sim	2= não	
<b>A estrutura de relações de trabalho da equipe de saúde mental no seu serviço é adequada?</b>				
73	1= Totalmente	2= Pouco	3= Inexistente	
<b>Descreva sua percepção sobre essa estrutura:</b> _____ _____ _____ _____ _____				
<b>A atuação da enfermagem em saúde mental no seu serviço é satisfatória?</b>				
74	1=Sim	2=Parcialmente	3=Não	
<b>Explique:</b> _____ _____ _____ _____				



<b>A formação profissional de sua categoria é deficiente para exercer o trabalho na saúde mental?</b>			
75	1= sim	2= parcialmente	3= não
<b>Justifique:</b>			
_____			
_____			
_____			
_____			
76	<b>Estado da União onde se situa seu serviço</b>		
77	<b>Cidade</b>		

#### IV – QUANDO UM PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL PROCURA O SERVIÇO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

<b>Quem faz o primeiro atendimento?</b>			
78	1 = Médico 2 = Enfermeiro 3 = Psicólogo 4 = Fisioterapeuta 5 = Terapeuta Ocupacional 6 = Assistente Social	7 = Outro: a – Fonoaudiólogo b – Farmacêutico c – Educador físico d – Arteterapeuta e – Musicoterapeuta f – Arte cênica g – Nutricionista h – Psicopedagogo i – Ciências sociais j – Auxiliares/Técnicos de enfermagem	
<b>É encaminhado a outro serviço?</b>			
79	1=Sim	2=Não	
<b>Encaminhamento:</b>			
80	1=Hospital Geral 2=CAPS 3=Ambulatório 4=Hospital Psiquiátrico 5=Outros. Especifique: _____		6=Não

**ANEXO II**  
**Critério de Classificação Econômica Brasil**

<b>Posse de itens</b>	<b>Quantidade de itens</b>				
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 ou mais</b>
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

<b>Grau de Instrução do chefe de família</b>	<b>Pontos</b>
Analfabeto / Até 3ª série Fundamental/Até 3ª série 1º Grau	<b>0</b>
Até 4ª série Fundamental/ Até 4ª série 1º Grau	<b>1</b>
Fundamental completo/ 1º Grau completo	<b>2</b>
Médio completo/ 2º Grau completo	<b>4</b>
Superior completo	<b>8</b>

**CORTES DO CRITÉRIO BRASIL**

<b>Classe</b>	<b>Pontos</b>
A1	42-46
A2	35-41
B1	29-34
B2	23-28
C1	18-22
C2	14-17
D	8-13
E	0-7

**CRONOGRAMA****ANO DE 2010**

<b>MÊS ATIVIDADES</b>	<b>MÊS</b>											
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Disciplinas			X	X	X	X		X	X	X	X	

**ANO DE 2011**

<b>MÊS ATIVIDADES</b>	<b>MÊS</b>											
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X					
Envio do projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa		X	X	X								
Exame de qualificação					X	X						
Coleta de dados						X	X	X				
Apuração dos dados								X	X	X		
Análise dos dados											X	X
Conclusões											X	X

**ANO DE 2012**

<b>MÊS ATIVIDADES</b>	<b>MÊS</b>							
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X		
Elaboração do Relatório Final – Confecção da Dissertação			X	X	X			
Defesa da Dissertação							X	X
Divulgação (elaboração do artigo para publicação)				X	X	X		