



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE**

Viviana Cristina de Souza Carvalho

**A equipe de enfermagem e a emergência psiquiátrica: vozes de profissionais
numa unidade de pronto atendimento**

**Goiânia
2014**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE**

Viviana Cristina de Souza Carvalho

**A equipe de enfermagem e a emergência psiquiátrica: vozes de profissionais
numa unidade de pronto atendimento**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Linha de pesquisa: Sociedade, ambiente e saúde

Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe

Goiânia

2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Carvalho, Viviana Cristina de Souza.

C331e A equipe de enfermagem e a emergência psiquiátrica
[manuscrito] : vozes de profissionais numa unidade de pronto
atendimento / Viviana Cristina de Souza Carvalho. – Goiânia,
2014.

77 f : il ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde,
2014.

“Orientador: Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe”.
Bibliografia.

1. Enfermagem. 2. Psiquiatria. 3. Percepção. 4. Emergências.
I. Título.

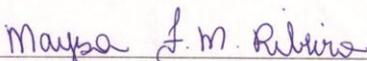
CDU 616.083(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 16 DE DEZEMBRO DE 2014 E CONSIDERADA
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) 
Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe / PUC Goiás (Presidente)

2) 
Profa. Dra. Cejanê Oliveira Martins Prudente / UEG (Membro Externo)

3) 
Profa. Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro / PUC Goiás (Membro)

4) _____
Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Suplente)

AGRADECIMENTOS

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl G. Jung

A Deus, que sempre esteve ao meu lado, fonte de amor e sabedoria, pela força interior que me fez superar todas as dificuldades ao longo dessa jornada.

Ao grande exemplo, o Prof. Dr. Luc Vandenberghe. Para mim, foi uma honra e orgulho tê-lo como orientador, obrigada pela confiança e extrema competência expressada de forma tão gentil. Seu profissionalismo e humanidade ampliou minha visão de profissional da saúde e me mostrou que as áreas de Educação e Saúde devem caminhar juntas. Não esqueci seus ensinamentos e o seu inestimável respeito pela Educação e pelo ser humano.

Aos amigos: Ana Paula, Andria, Israel, Soraia, Aécio, Kenedy, Maria de Fátima, Ísis, Mônica, Marley e Juarez e tantos outros, que me auxiliaram nesta caminhada. Obrigada pelo incentivo, dedicação e pelas conversas acolhedoras e estimulantes. Sempre serei grata a vocês. Jader, agradeço por todo auxílio desprendido nesses anos, muito obrigada por tudo.

À direção da Faculdade de Enfermagem Universidade de Rio Verde-GO e Centro de Ensino Superior de Quirinópolis, aos colegas professores, que me substituíram e reorganizaram suas atividades institucionais permitindo algumas vezes meu afastamento para o mestrado.

Aos meus queridos alunos do curso de Enfermagem, que compreenderam todas as vezes que tive que me ausentar, essa vitória é minha para vocês.

À coordenação e Equipe de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento de Rio Verde-GO (UPA), por me receberem sempre com maior atenção e carinho.

DEDICATÓRIA

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.

Antoine de Saint-Exupéry

A Nossa Senhora Aparecida, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

Aos meus filhos Isabella e Gabriel.... desculpem-me a ausência, o choro, a tensão, ansiedade e todas as fragilidades de uma mãe que estava buscando proporcionar o melhor a todos nós! Vocês me motivam, me alegram e reforçam a minha existência! Vocês são a razão da minha vida!

A minha mãe, pelo inestimável legado: o estudo. E pelo amor que me mostrou a direção correta e me ensinou a ter fé na vida, que dedicou sua vida a mim para proporcionar educação e amor.

Aos pacientes psiquiátricos e equipe de enfermagem que tanto me ensinaram sobre a vida e tornaram possível a realização dessa pesquisa.

RESUMO

CARVALHO, V. C. S. **A equipe de enfermagem e a emergência psiquiátrica: vozes de profissionais numa unidade de pronto atendimento.** 75f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

Estudo qualitativo, de cunho descritivo, baseado à luz da Teoria fundamentada em dados. Realizado numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no município de Rio Verde interior do Estado de Goiás. Objetivou-se conhecer a percepção da equipe de enfermagem atuante na Unidade de Pronto Atendimento, diante às emergências psiquiátricas. O estudo justifica-se por, após início do processo de Reforma Psiquiátrica, os serviços emergenciais, tanto os que funcionam dentro de hospitais gerais quanto os alocados em unidades de pronto atendimento nas unidades de saúde, importantes pontos da rede de atendimento em saúde mental. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada com 14 enfermeiros participantes do estudo. Os participantes da pesquisa foram interrogados sobre o atendimento dos pacientes com transtorno mental em crise no serviço de urgência e emergência da UPA. Os dados foram analisados de acordo com os preceitos da Teoria Fundamentada em Dados. A discussão apoiou-se nos preceitos atuais da percepção da equipe de enfermagem durante o atendimento aos usuários de saúde mental. Do processo de análise, emergiram três categorias: A lente pela qual a equipe vê o paciente; Sentimentos da equipe e Estratégias de ação. A partir da análise pôde-se entender que a demanda em saúde mental não é rotina no serviço devido ser considerado um fato recente, e que quase sempre vem acompanhada de uma angústia por parte dos profissionais que não se sentem capazes de atender pacientes com transtorno mental frente à emergência psiquiátrica. Constatou-se ainda que, no serviço, o modelo de atendimento é ainda o médico-centrado, sendo que os demais profissionais da equipe, quase sempre, limitam-se apenas em executar prescrições médicas como, por exemplo, medicação e, quando necessário, contenção. As dificuldades encontradas no serviço, no que se refere ao atendimento ao paciente com transtorno mental, acusam lacunas na formação e na forma em que o acolhimento é preconizado pela equipe. Diante disto, torna-se necessário, neste serviço, que haja investimento no sentido de melhorar a formação para o atendimento ao paciente com transtorno mental em crise. Mesmo com as dificuldades encontradas no serviço estudado, acredita-se que, por meio de um trabalho de educação permanente, possam melhorar a qualidade de assistência aos pacientes com transtorno mental em crise.

DESCRITORES: Enfermagem, psiquiatria, percepção e emergência.

ABSTRACT

CARVALHO, V. C. S. **The nursing staff and the psychiatric emergency: voices of professionals in an emergency care unit.** 75f. Dissertation (Master of Environmental and Health Sciences) - Catholic University of Goiás, Goiânia, 2014.

This is a qualitative, descriptive study, according to the principles of Grounded Theory, based in an emergency care unit (PSU) in the municipality of Rio Verde in the central Brazilian state of Goiás. The aim of the study was to understand how the nursing staff at a general Emergency Unit perceives psychiatric emergencies. The study is justified because of the ongoing changes triggered by the psychiatric reform process. According to the new policies, emergency care units, both within general hospitals and in community health facilities, are designed to be important points of the public mental health network. Data were collected through semi-structured interviews with 14 nurses participating in the study. Participants were asked about their approach to psychiatric crisis in the emergency room. A grounded theory analysis of the data was undertaken. Three categories emerged: The lens through which the team sees the patient (difference and challenge); The team's feelings (helplessness and acceptance); and Action strategies (technical; rapid and involved). From the analysis we understand that the service has not developed a steady way of attending to patients with mental health problems. The admission of psychiatric problems in the emergency units has still not been integrated in the team's routine. Mostly, the professionals feel distressed, as they do not feel competent to face psychiatric emergency. The team's model is highly physician-centered, with the remaining team members almost always being limited to attend to the physician's orders, for example, providing medication or restraining the patient. The difficulties encountered, with regard to the care of patients with mental disorder, seem to be mainly derived from gaps in training and in the way the team's routines are designed. This makes investment in improved training concerning psychiatric emergencies necessary. Even with the difficulties encountered in the service studied, we believe that continuing education efforts may produce new possibilities in emergency mental health care and thus a strengthening of local health network.

KEYWORDS: Nursing, psychiatry, perception and emergency

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos profissionais de saúde da Unidade de Pronto Atendimento

Tabela 2- Categorias, subcategorias e códigos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- A vivência do atendimento ao paciente com transtorno psiquiátrico

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	11
1 APRESENTAÇÃO	12
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1 Saúde mental	16
2.2 História da psiquiátrica	16
2.3 Reforma psiquiátrica	18
2.4 Lei 10.216, de 06 de Abril de 2006.....	19
2.5 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	20
2.5.1 Pronto Socorro, Paciente Psiquiátrico e a Equipe de Enfermagem	21
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivos específicos	24
CAPÍTULO 2	25
1METODOLOGIA.....	26
1.1 Tipo de Estudo	26
1.2 Cenário do Estudo.....	29
1.3 Participantes do Estudo.....	29
1.4 Coleta de Dados.....	29
1.5 Procedimentos para a Análise dos Dados.....	31
CAPÍTULO 3	32
1 PUBLICAÇÃO	33
CAPÍTULO 4	58
1 REFLEXÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES.....	68

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

Nos anos 60, o processo de mudança no atendimento à pessoa com transtorno mental inicia-se incorporando propostas vindas da Europa e dos Estados Unidos da América (EUA), como a psiquiatria preventiva e comunitária (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Na década de 1970, inicia-se no Brasil o movimento pelo fim dos manicômios. Trabalhadores de saúde mental denunciam as condições precárias da vida dos pacientes nessas instituições. Em 1990, Delgado ressalta discursos à campanha antiasilar da época, propondo modelos modernizados embutidos na questão social, sempre presente na dificuldade de reinserção dos internados (SANTOS; FARIAS, 2014).

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

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

Meados de 1980 e 1990, a reforma psiquiátrica inspirou-se nas experiências antimanicomiais no modelo de Trieste, na Itália, buscou romper com a estrutura asilar e construir novos dispositivos substitutivos ao modelo manicomial – Os Centros de Atenção Psicossocial um modelo que propõe estar em discussão permanente. Produto de lutas contínuas pela destruição de qualquer dispositivo manicomial, institui-se em 18 de maio o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, como estratégia de discussão da reforma com a sociedade, marcado com eventos que ocorrem em todo o país e põem em cena os dilemas da loucura e da diferença (NABUCO, 2009).

Discussões oficiais são promovidas, mas ainda sem força para transformações concretas no país. A Lei nº 10.216 visa à proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental. Essa lei dá ao paciente psiquiátrico o direito ao melhor tratamento do sistema de saúde de acordo com a sua necessidade e grau da doença. Proteção contra qualquer forma de abuso, preconceito, exploração, o recebimento de informações a respeito da sua doença e tratamento, atendimento médico integral, acesso aos meios de comunicação disponíveis, dentre outros. Visa à internação apenas sob laudo médico. Busca a inserção social e familiar do paciente psiquiátrico (BRASIL, 2011).

Sendo assim, o novo modelo de atenção em saúde mental surge reduzindo, significativamente, o número de leitos psiquiátricos hospitalares e aumentando os investimentos no atendimento oferecido pela rede extra-hospitalar. Dentre os serviços que compõem a rede extra-hospitalar destacam-se os serviços de atenção primária à saúde (APS), serviços especializados em saúde mental e os serviços de urgência e emergência psiquiátrica (KANTORSKI, 2012).

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

Nesta perspectiva do movimento de reforma, os serviços emergenciais surgiram como pilar de apoio, sobretudo por fazer a interface comunidade e instituições de tratamento (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010). Estes serviços, depois de alicerçada os preceitos da reforma, são considerados como um “nó” forte na rede, já que promove uma diversificação, descentralização e integração dos serviços (CAMPOS; TEIXEIRA, 200; SOUSA; OLIVEIRA, 2010).

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

Assim, a mudança ocorrida na configuração da rede de saúde mental, antes composta somente por manicômios, leve de forma cada vez mais frequente que

usuários com demanda em saúde mental sejam, em momentos de crise ou agudização da doença, encaminhados aos serviços de pronto atendimento, necessitando que esses locais sejam reconhecidos como lócus de cuidado, o que implica neste âmbito de atendimento.

Estudo realizado em São Paulo constatou que cerca de 70% dos pacientes com transtorno mental em crise, tiveram seu primeiro contato com serviços de pronto atendimento, o que pode confirmar a necessidade deste serviço ser um importante ponto da rede de atendimento em saúde mental (MENEZES et al., 2009).

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

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

Nesse contexto, a equipe de enfermagem que atua em unidades de urgência e emergência deve estar apta a prestar assistência a pessoas com doença mental em crise, depois de passado o momento de crise, realizar a avaliação do estado mental e físico, adotando postura ativa, convincente e de apoio ao paciente e seu familiar. Desse modo, é importante considerar que, para o adequado funcionamento de um serviço de urgência e emergência, a necessária agilidade no manejo da situação pode implicar em algumas limitações, tanto em relação ao tratamento do paciente quanto à formação dos profissionais de saúde, em especial, às equipes de enfermagem (DEL-BEN; TUNG, 2010).

As emergências psiquiátricas são situações em que o paciente apresenta um transtorno de pensamento, emoção ou comportamento, onde o atendimento médico imediatamente é primordial, com o intuito de evitar maiores danos à saúde psíquica, física e social do paciente ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou à integridade de outros. Portanto, emergência designa um conjunto de interesses afetivos e práticos contrastantes, no qual o paciente e sua crise são apenas parte e não a totalidade da

situação a ser enfrentada, devendo a equipe de saúde levar em consideração todas essas possibilidades no momento da avaliação (FRANÇA, 2008).

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

A vivência profissional como docente da disciplina enfermagem em saúde mental fez perceber a dificuldade que a equipe de enfermeiros atuante numa unidade de urgência e emergência possui ao atender pessoa com transtorno mental em crise. Partindo dessa premissa surgiu como questão norteadora dessa pesquisa: Conhecer a percepção da equipe de enfermagem atuante na unidade de pronto atendimento, diante à emergência psiquiátrica.

Sendo assim, torna-se fundamental conhecer os problemas que envolvem este processo, as estratégias de enfrentamento adotadas e a repercussão social e emocional causada pelo impacto da pessoa com transtorno mental em crise. Considera-se relevante a realização de uma pesquisa que se busque conhecer o sentimento e a percepção da equipe de enfermagem frente à emergência psiquiátrica, destacando a importância do atendimento oferecido pela equipe de enfermagem.

Este estudo pretende contribuir não apenas com os participantes da pesquisa, mas ainda, e, principalmente, com a unidade de pronto atendimento em geral, pois tais dados podem contribuir para um melhor relacionamento e atendimento entre paciente, profissionais e familiares.

A relevância deste está não somente em conhecer o sentimento e a percepção da equipe de enfermagem frente à emergência psiquiátrica, mas principalmente permitir que este conhecimento torne mais humano e acolhedor para profissional que gerencia o cuidar e assiste o indivíduo em situação de crise, como tentativa de garantir que os danos físicos e psíquicos sejam minimizados.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Saúde mental

A Saúde Mental ou Saúde Psíquica é um assunto complexo de ser abordado e definido, visto que envolve o estado normal e patológico, com relação direta à questão de loucura e estigmas ligados a ela. Uma vez em que um diagnóstico psiquiátrico atribuindo a uma pessoa, pode colocá-la num espaço que pode ser iatrogênico (GOMA; CAMPOS; FERREIRA, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2012), a saúde mental não é a privação da patologia psiquiátrica em si, mas uma qualidade de vida pregressa seja social, física ou mental. Assim, reflete na autossatisfação, no relacionamento com a sociedade, no equilíbrio e na interação da realidade sendo positiva e/ou negativa, a expressão de sentimentos, o limite individual, entre outros aspectos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

2.2 História da psiquiatria

Ao longo dos anos, a loucura passou por diversas caracterizações. No início da era Cristã, a percepção da loucura estava ligada a um castigo dos deuses:

Será, porém, que, senão deres ouvidos à voz do SENHOR, teu Deus, para não cuidares em fazer todos os seus mandamentos e os seus estatutos, que hoje te ordeno, então, sobre ti virão todas estas maldições e te alcançarão: O SENHOR te ferirá com loucura, e com cegueira, e com pasmo do coração (DEUTERONÔMIO cap. 28; vers. 28).

Já na Idade Média, a loucura era entendida como obra satânica, sendo descartada a partir do século XVIII, onde Hipócrates define a loucura como doença de funções nervosas superiores. Na mesma época, a psiquiatria surgiu então como a primeira especialidade médica, definida por Pinel, que ainda instituiu a visão clínica da loucura, definindo-a como avaria das funções mentais. Para isso, fez-se necessário o surgimento dos manicômios, onde os loucos eram observados minuciosamente. Devido ao abuso de poder por parte médica e das práticas de punições inadequadas, a doutrina de Pinel aos poucos foi obscurecida. A partir daí

surgem novos paradigmas organicistas, onde o médico considera apenas o que há de orgânico e anatômico na loucura. Assim, os manicômios passam a ser também, abrigo para ociosos, desordeiros, marginais, etc. (RAMMINGER, 2012).

No Brasil, no século XIX, no Rio de Janeiro, foi construída a Santa Casa de Misericórdia, onde o abuso de poder e os maus-tratos faziam parte do cotidiano dos internados. No mesmo período, foi criado o Asilo de Mendicância e de Órfãos, onde ocorria a segregação social, tanta precariedade e despreparo profissional gerava violência física e verbal por parte dos enfermeiros. Devido à reprovação dos maus-tratos, foi inaugurado em 30 de novembro de 1852, o Hospício Pedro II, onde estabeleceu-se a Medicina Psiquiátrica e a Medicina Social e a loucura passou a ser estudada de forma científica. Assim, o Hospício Pedro II passa a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados. Em 1890, Marechal Teodoro da Fonseca fundou a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras atuante no campo de psiquiatria, melhorando então as condições de tratamento aos doentes mentais (SOUZA; NASCIMENTO, 2009).

Finalmente, em 1912, a psiquiatria é reconhecida como especialidade médica autônoma e, isso fez com que o número de instituições para doentes mentais se espalhasse por todo o Brasil. Em 1926, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental e, em 1934, o Decreto 24.559 que aplicava a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais onde apresenta que o hospital psiquiátrico é a única forma de tratamento. Diante de tal fato, surge o Movimento Antimanicomial, que buscava mudanças na política nacional de atenção à saúde mental, ganhando forças em 2001, com a aprovação da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica (RAMMINGER, 2012).

Segundo Andrade (2014), na trajetória histórica da psiquiatria, é possível identificar, a presença tanto da disjunção quanto da conjunção entre loucura e trabalho que acontece pela coexistência, no cotidiano dos serviços de saúde mental, das práticas hegemônicas da psiquiatria e das práticas das reformas psiquiátricas que se contrapõem àquela com estratégias de luta e de confronto (PACHECO, 2009).

2.3 Reforma psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica se iniciou no Brasil no final dos anos 80, por meio de lutas em prol dos direitos humanos, porém os resultados positivos, só ocorreram através da Política de Saúde Mental. Essa política tem como principal característica o controle sobre os hospitais psiquiátricos, reduzindo os leitos; implantando programas e serviços de substituição; a aprovação da Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001 e o envolvimento direto da saúde mental na pauta de prioridades para o Sistema Único de Saúde (SUS) (MÂNGIA, 2010).

Assim, a Reforma Psiquiátrica tornou-se um processo que eclodiu a partir da segunda metade da década de 1970, fundada não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental e ao caráter privatista da política de saúde do país, mas também, e, principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracterizou esta conjuntura de redemocratização (PACHECO, 2009).

De acordo com Fraga, Souza e Braga (2012), diante de uma decadência eleitoral, a crise da assistência psiquiátrica se fortificou, visto que partidos políticos de esquerda uniram-se para tentar modificar o poder da ditadura, e tornar as ações mais democráticas.

Em 1979, este episódio abriu espaço para que as mais diversas áreas de trabalhadores se manifestassem a seu favor; inclusive os trabalhadores de saúde mental, que tomaram frente à nível internacional, afetando diversos setores sociais interessados em mudanças na assistência psiquiátrica brasileira. E, consoante a várias conquistas, junto à construção da Reforma Sanitária, constituiu-se a Reforma Psiquiátrica (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2012).

Para a garantia de realização das propostas apresentadas pela reforma psiquiátrica, a Política Nacional de Saúde Mental conta com programas e redes de serviços, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência e Cultura, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os leitos de atenção integral vinculados aos hospitais gerais e CAPS III, onde o paciente conta com acolhimento integral ao paciente em crise e o Programa de volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Silva e Costa (2011) afirmam que a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem atingido com êxito a redemocratização e a extensão dos direitos sociais, obtendo resultados positivos na erradicação de hospitais psiquiátricos e ampliando o espaço para estes pacientes em ambulatórios de hospitais gerais, assim, por meio do aumento orçamentário anual oferecido pelo SUS para a saúde mental, mudanças na assistência de pessoas com transtornos mentais e a implementação de novos programas responsáveis pelo preconceito social, violência e desemprego a Política Nacional de Saúde visa melhorar a qualidade do serviço psiquiátrico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Gonçalves e Sena (2010), acreditam e esperam que a reforma psiquiátrica não seja apenas o deslocamento do paciente de um hospital psiquiátrico para seu domicílio, mais que isso, acreditam no respeito da singularidade, autonomia e a reintegração do doente com a família e a sociedade, sendo os mesmos cuidados por pessoas capazes de prestar a assistência necessária aos doentes mentais.

Assim, a reforma psiquiátrica constitui-se um movimento histórico e revolucionário, que quebrou paradigmas da assistência psiquiátrica, com o deslocamento da intervenção centrada nos hospitais psiquiátricos, para a comunidade, bem como o centro de interesse somente da doença, para a pessoa, o que possibilitou uma melhora na assistência prestada, reforçada pela Lei 10.216 (VELOSO; SOUZA, 2013).

2.4 Lei 10.216, de 06 de Abril de 2006

Sancionada em 06 de abril de 2001 pelo então Presidente do Brasil Fernando Henrique Cardoso, a Lei nº 10.216 visa à proteção e aos direitos dos doentes mentais, independente de raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, ou qualquer outra. Essa lei dá o direito, ao paciente psiquiátrico, o melhor tratamento do sistema de saúde de acordo com a sua necessidade e grau da doença; proteção contra qualquer forma de abuso, preconceito, exploração; o recebimento de informações a respeito da sua doença e tratamento, atendimento médico integral, acesso aos meios de comunicação disponíveis, dentre outros. Visa à internação apenas sob laudo médico que justifique o motivo da internação e que se submetam a menos intervenções invasivas possíveis. Busca ainda a inserção social e familiar do paciente psiquiátrico (BRASIL, 2006).

Essa lei visa mudanças positivas no modelo de assistência psiquiátrica, proteção e os direitos às pessoas que possuem patologias mentais. Além de punições para atendimentos asilares desnecessários, a lei também regulamenta o cuidado holístico com pacientes internados a longos períodos (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2010).

Assim, foi inovado o cuidado com o doente mental, já que amparo legalmente à assistência prestada ao paciente psiquiátrico e melhora de forma significativa a qualidade dos serviços oferecidos nas instituições, por meio da qualificação os profissionais que atuam nesse setor (PRANDONI; PADILHA; SPRICIGO, 2012).

Outro aspecto importante da lei em questão foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, que visam consolidar o modelo de atenção que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais e oferece cuidados com base nos recursos da comunidade, possibilitando a inserção do mesmo à sociedade, possibilitando a realização de atividades do cotidiano, sem sofrer preconceitos (SILVA et al., 2013).

2.5 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é considerado um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), referência para o tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, com o objetivo de oferecer atendimento por meio do acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

No Brasil, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial foi nomeado de Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. Sua inauguração ocorreu em Março de 1986, na cidade de São Paulo, fez parte de um movimento social intenso, assim como outros tantos CAPS de diversos lugares. Procurando melhor assistência, os trabalhadores de saúde mental deram o pontapé inicial na movimentação que buscava melhorias nos hospitais psiquiátricos que viviam uma realidade precária, sendo única alternativa dos usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Os CAPS são classificados de acordo com o nível de atendimento populacional, sendo: CAPS I, localizados em municípios com população entre 20.000 até 50.000 habitantes e oferecem atendimento para doentes psiquiátricos; CAPS II oferecem atendimentos às cidades com população maior que 50.000 mil habitantes, atendendo também pacientes com doença mental; CAPS III, para os pacientes psiquiátricos em cidades com mais de 200.000 habitantes e funcionam 24hrs. Os CAPSi são especializados no atendimento de crianças e adolescentes e os CAPSad especializados no atendimento de dependentes químicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Nasi e Schneider (2011) apontam a importância do apoio dos serviços de outras áreas junto à rede de saúde mental, pois, além do atendimento clínico, os setores de cultura, moradia, lazer, justiça e serviço social, contribuem positivamente na inserção social e no resgate da autonomia, o que demonstra a importância de uma equipe multidisciplinar.

De acordo com Pinto (2009), a equipe multiprofissional é composta por enfermeiro, médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, farmacêutico, auxiliar/técnico em enfermagem e pessoal de apoio (aux. administrativo, cozinheira, aux. de cozinha, oficinaira, recepcionista, aux. de serviços gerais e porteiro) que atuam de acordo com as normas e protocolos utilizados pelo CAPS.

Cabe ressaltar que, com a implantação dos centros de atenção psicossocial e a ênfase no tratamento extra-hospitalar, aumenta gradativamente o número de indivíduos sujeitos a descompensações e, portanto, exige a inserção de serviços de emergências psiquiátricas, mediante interface entre a comunidade e as instituições de tratamento de saúde mental, oferecendo atendimento rápido e ágil, visto que essas pessoas exigem intervenção imediata, tanto na avaliação do paciente, quanto na conduta proposta ao caso, e em relação ao encaminhamento do mesmo para outros serviços, caso seja necessário (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

2.5.1 Pronto Socorro, Paciente Psiquiátrico e a Equipe de Enfermagem

A emergência psiquiátrica caracteriza-se como um momento da vida no qual o sofrimento intenso devido à desestabilização, a ruptura, a perturbação, os conflitos, de desordem, tanto em nível individual quanto coletivo, atingindo tanto a vida

psíquica e social quanto a familiar. Trata-se de um evento que ressalta a dinâmica e o movimento de determinados saberes e práticas em relação à loucura para a intervenção imediata de uma equipe multiprofissional, no intuito de evitar maiores prejuízos à sua saúde (CARVALHO, 2006).

O paciente psiquiátrico em situações de emergências deve ser abordado de forma calma, sobretudo firme e sem expressão de violência ou ameaça. Deve-se observar o ambiente, eliminar objetos que supostamente favoreçam o doente mental a usá-los contra a integridade do enfermeiro. É fundamental que o enfermeiro demonstre interesse em ouvir o que o paciente tem a dizer, mantendo-se neutro, sem expressar qualquer tipo de opinião, seja contrária ou não ao que o mesmo relata, demonstrando que a equipe de enfermagem tem uma abordagem positiva (PORCIDES, 2011).

Souza, Silva e Nori (2012) explicam que os pacientes de atendimento em emergência buscam ajuda imediata, e, muitas vezes, esperam por soluções definitivas. Porém, a falta de recursos e a grande demanda de pacientes tornam o ambiente estressante, fazendo com que os profissionais prestem uma assistência rápida, mas que não impede o enfermeiro de olhar o paciente nos olhos, promover segurança e atenção, além de um contato verbal.

Já para Kondo et al., (2010), a abordagem do paciente é que determina as condutas necessárias do enfermeiro, pois as emergências psiquiátricas aduzem inúmeros riscos ao próprio paciente e a terceiros, desde a tentativa de homicídio até comportamento agressivo. É preciso aperfeiçoamento e novas técnicas de adaptação para o atendimento dos mesmos.

Quando o paciente é considerado violento, seja por história conhecida de violência ou indicadores não verbais, é necessária a presença de um segurança junto à equipe de enfermagem, não permitir que o mesmo fique sozinho ou deambule pelos corredores. Ao entrevistá-lo o enfermeiro deverá estar acompanhado, se necessário conter fisicamente o paciente, posterior orientá-lo e encorajá-lo à colaboração da contenção voluntária, em caso de negação, o paciente não deve ser chantageado. É preciso a ajuda de no mínimo cinco pessoas, para apoio de membros e cabeça. A supervisão deve ser feita a cada quinze minutos e deve-se tentar um contato verbal a cada duas horas, mantendo a medicação de acordo com a conduta médica (BRASIL, 2012).

Campos e Teixeira (2010) relatam a importância da atuação e o sentimento do enfermeiro ao paciente psiquiátrico por se tratar da pessoa que mantém contato integral com o paciente, principalmente, nas emergências psiquiátricas, onde ocorre o contato primário do paciente com a instituição. Seus estudos mostram enfermeiros que sentem pena e impotência ao receberem pacientes psiquiátricos, onde ao mesmo tempo, existe a necessidade de entendê-los na esperança de uma melhor assistência. Em contrapartida, há profissionais que sentem raiva, medo e revolta, principalmente, tratando-se de pacientes com quadros de histeria e alcoolismo, onde são considerados estorvos e fingidos.

Os sentimentos positivos da equipe de enfermagem estão ligados à vontade de ajudar; já os negativos, afastam os profissionais dos prazeres da assistência psiquiátrica, reforçando que para os cuidados de enfermagem na prática, é importante que haja uma visão comum sobre a autolesão e intervenções úteis que podem ser compartilhados entre pacientes e enfermeiros, e entre enfermeiros (BOSMAN; MEIJEL, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção da equipe de enfermagem atuante na unidade de pronto atendimento, diante às emergências psiquiátricas.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever os sentimentos que o atendimento emergencial ao paciente com transtorno mental evoca nos profissionais.
- Compreender como o profissional vivencia sua atuação numa emergência psiquiátrica.

CAPÍTULO 2

1 METODOLOGIA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para apreciação da pesquisa, o qual iniciou somente após a aprovação do CEP. Sendo aprovado em 15\05\2014 sob CAAE: 27412014.2.0000.0037.

Um ponto importante a ser considerado foi permissão da instituição para a coleta de dados. Após apresentação do projeto de pesquisa ao responsável técnico da Instituição, foi solicitada a permissão para realização do trabalho de campo (entrevista), mediante assinatura de documento constando a autorização formal assinada pelo mesmo para que a coleta dos dados seja iniciada após a apreciação e a anuência do Comitê de ética e Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

O estudo obedece aos princípios éticos propostos na Resolução 466\12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

A direção da Unidade de Pronto Atendimento Rio Verde – GO (UPA) autorizou a realização da pesquisa após esclarecimento sobre a relevância da mesma. A participação dos enfermeiros entrevistados se deu por livre e espontânea vontade, mediante à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

1.1 Tipo de Estudo

O método ``Teoria Fundamentada em Dados – *Grounded Theory*´´, objetiva construir modelos teóricos que explicam a ação no contexto social sob estudo. O pesquisador busca processos que estão acontecendo numa cena social escolhida, desenvolve categorias, que, unidas uma às outras, explicam o fenômeno estudado. O termo *Grounded Theory* se refere ao produto deste método. A *Grounded Theory* é construída a partir de informações que relatam a realidade vivida do ponto de vista do participante (CHARMAZ, 2009).

Grounded Theory, prima por "dar voz" às pessoas que estão na prática do mundo real, vivendo o que os acadêmicos não sabem. A *Grounded Theory* permite

captar os pontos de vista deles. E, também, parte do princípio do "privilegio epistêmico".

O privilegio epistêmico significa que as pessoas que fazem o trabalho, e não as pessoas que determinam a política, tomam as decisões e dão as instruções, tem mais acesso à realidade. Os que estão plenamente imersos na realidade, tem mais condição de identificar corretamente como as coisas funcionam.

Esse tipo de estudo é caracterizado pelo agnosticismo teórico. Consiste na recusa de privilegiar precocemente uma escola de pensamento ou um modelo já articulado. Só depois do trabalho ser concluído, recorre-se à literatura para contextualizar os resultados. O agnosticismo teórico permite que a sensibilidade do pesquisador seja aguçada através da imersão na realidade do estudo e não enviesados pelos conceitos sugeridos na literatura (CHARMAZ, 2009).

Procura-se acessar novos significados para fazer uma contribuição teórica, através da descrição de como um grupo social percebe uma situação e como lida, enfrenta os desafios inseridos nela. Essas informações passam por uma análise interpretativa sofrendo comparação contínua, estabelecendo distinções analíticas, semelhanças e diferenças que permitam reproduzir a vivência e as ações do grupo (CHARMAZ, 2009).

Para a obtenção de dados mais relevantes, a fim de refinar e completar as suas categorias principais, a estratégia utilizada é chamada de amostragem teórica. São procurados participantes que são capazes, competentes e dispostos para dar depoimento sobre a realidade pesquisada.

Após coleta dos dados e transcrição, as entrevistas são submetidas à codificação aberta, depois seletiva, focada. A partir de códigos focados, obtidos por um processo de comparação contínua, surgem as categorias. A imersão constitui de uma ambientação na realidade estudada, com o intuito de obter um contato vivencial com os assuntos que aparecerão nas entrevistas. Essa fase pode dar origem aos primeiros memorandos do trabalho e ajudar a fazer sentido aos dados, posteriormente, coletados.

A codificação aberta é realizada linha a linha inicial, sendo uma estratégia que induz o pesquisador a estudar os seus dados rigorosamente - linha a linha – e a começar a conceituar as suas ideias. Os códigos são construídos pela pesquisadora numa tentativa de tornar explícito o conteúdo das unidades de sentido identificados

no texto, são construídos a partir da leitura e interpretação do texto e não são baseados em sistemas de codificação já existentes (CHARMAZ, 2009).

Assim, a codificação focalizada constitui um segundo momento em que os códigos abertos são comparados entre eles e novamente com os dados aos quais foram gerados. Nesse processo, os códigos iniciais são aprimorados para captar da melhor forma os conteúdos presentes nas transcrições. Esta codificação é realizada de forma que os códigos analíticos sejam afinados no contexto dos significados que dão direção e fluxo ao depoimento do participante. São selecionados os códigos que contribuam para a busca de respostas às questões da pesquisa. A codificação focalizada permite ao pesquisador separar, classificar e sintetizar grandes quantidades de dados (CHARMAZ, 2009).

A elaboração dos memorandos ocorre a partir de anotações feitas durante as visitas, as entrevistas, no caderno de campo. Nos mesmos, estão presentes as observações do pesquisador, as interações dos entrevistados com seu ambiente e características relevantes do ambiente e de aspectos não verbais da comunicação do entrevistado durante o contato. Os memorandos fornecem formas para comparar os dados, explorar as ideias sobre os códigos e direcionar a continuação da coleta de dados (CHARMAZ, 2009).

O pesquisador fica atento aos seus conceitos sensibilizadores e procura torná-los explícitos. Assim, pode usar tais conceitos de maneira consciente para aguçar sua leitura da realidade examinada, monitorando-os para que não distorçam de forma despercebida a coleta e a leitura dos dados. Os conceitos sensibilizadores do pesquisador permitem reflexão e autocrítica ao detectar os sentidos relevantes que emergem da leitura dos dados. Estes são conceitos adquiridos em sua vivência profissional, pessoal ou formação intelectual. São importantes, pois definem sua sensibilidade às vivências dos participantes, e devem ser utilizados com cuidado evitando distorção na interpretação dos dados.

A partir das categorias emergidas, o modelo teórico é desenvolvido de forma que responda aos objetivos da pesquisa. Esse método permite ao pesquisador assumir seu papel interpretativo e identificar as perspectivas das vozes estudadas. As categorias são inter-relacionadas oferecendo uma visão interpretada da realidade estudada e representada em forma de tabela e figuras.

1.2 Cenário do Estudo

O presente estudo foi realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma instituição governamental, fundada em 2011 na cidade de Rio Verde-GO, com intuito de atender à população da cidade que necessita dos serviços oferecidos pela instituição. Possui equipe multidisciplinar que atua na prestação de assistência em casos de urgência e emergência.

O local foi escolhido como cenário de estudo pelo fato de receber pessoas com transtorno mental em crise. Apoiar e prestar assistência tanto ao paciente como seus familiares tem tornado uma tarefa árdua para enfermagem. Uma vez que a reforma psiquiátrica preconiza a desospitalização do doente mental e a reinserção do mesmo na sociedade. Estimular a formação da equipe de profissionais necessárias ao correto atendimento de pessoas com doença mental e desenvolver pesquisas em prol da melhoria do tratamento. Além da tamanha relevância neste cenário, trata-se de uma unidade que acolhe pessoas com doença mental em crise.

1.3 Participantes do Estudo

A população investigada foi composta por enfermeiros que atuam na UPA de Rio Verde-GO, e que aceitaram participar do estudo. Segundo dados disponibilizados pela Coordenação da UPA atualmente a equipe de enfermagem é composta por 18 enfermeiros. Neste método, a escolha dos participantes tem uma relação direta com a possível contribuição do material trazido por eles para as questões da pesquisa. Por este motivo, a amostragem é flexível, precisando ser ajustada durante a coleta de dados, haja vista o aprofundamento de questões que ocorrem durante a pesquisa. Participou do estudo um total de 14 enfermeiros, os demais não aceitaram participar da pesquisa.

1.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por entrevistas coletivas organizadas durante grupos focais. Inicialmente, a pesquisadora responsável manteve contato com a coordenação da UPA onde ocorreu a coleta de dados, para selecionar os

participantes da pesquisa. Em seguida, foi agendada uma reunião com participantes da pesquisa, o qual foi dividido em três grupos focais, em horário que eles disponibilizaram. No dia da entrevista, foi explicado todo o procedimento, assim como os riscos e benefícios, solicitando a permissão por meio do Termo de Consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Após a autorização dos participantes da pesquisa, iniciou a entrevista utilizando um gravador para a realização, que, posteriormente, foram transcritas na íntegra.

Aos participantes foi oferecido um local protegido acusticamente, com ventilação e iluminação adequadas, e longe de circulação de pessoas a fim de garantir o sigilo das informações obtidas, bem como foram realizadas em momento que não lhe exigiram deslocamento, custos adicionais ou desvio de outras atividades. Em todo momento da entrevista, antes, durante e após, foi garantido o contato com o pesquisador através de telefone particular, contato pessoal, ou e-mail deste.

Utilizou como instrumento de coleta de dados um roteiro para entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), estabelecido previamente, mas que deixou de sofrer intervenções da pesquisadora para o delineamento das respostas obtidas. Este instrumento garante uma conversa contínua com os participantes, e permite chegar às variáveis desejadas.

À entrevistadora coube a responsabilidade, capacidade de escutar, ouvir com sensibilidade e estimular o indivíduo a responder, interferindo e manifestando o seu interesse e vontade pela sua fala (CHARMAZ, 2009). Este processo foi facilitado pelo fato de estar usando um roteiro de entrevistas semiestruturada, que permitiu esta interlocução e intervenção ao longo da entrevista.

Após a realização de cada entrevista, estas foram transcritas e iniciaram-se as análises dos dados. Durante todo o processo de coleta de dados, foram elaborados notas de campo, registros de informações importantes e que, posteriormente, permitiram reflexões profundas sobre o fenômeno investigado.

A estas notas de campo foram somados os memorandos, construídos em fichas, que se caracterizaram como descrições pessoais das experiências da pesquisadora durante as visitas a UPA e realização de entrevistas, sendo que as mesmas foram utilizadas na redação dos resultados. Os memorandos são registros gerais escritos pelo pesquisador que atuam como lembrete ou fonte de informação,

direcionando o seu trabalho. A sua organização permite ao pesquisador obter êxito na análise dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

1.5 Procedimentos para a Análise dos Dados

A análise dos dados se iniciou com a transcrição das entrevistas. Foram realizadas em duas etapas, a codificação aberta e a codificação focalizada. As entrevistas foram transcritas por meio de um programa editor de texto, e os códigos foram colocados às margens do texto, linha a linha, à medida que surgiram.

A primeira codificação aconteceu do ponto de vista analítico, e teve por objetivo nomear segmentos de dados com uma classificação que, simultaneamente, categoriza, resume e representa cada parte dos dados. Os códigos atribuídos a cada segmento revelam as perspectivas necessárias para o início da análise, que, posteriormente, formou-se o esqueleto do trabalho. Estes foram extraídos das entrevistas e organizados em fichas, permitindo uma melhor visualização dos mesmos. Através da codificação é que foi possível chegar a uma visão interpretativa que esclareceu e explicou as percepções dos sujeitos investigados (CHARMAZ, 2009).

Posteriormente à codificação inicial, realizou-se a codificação focalizada, que redefiniu o direcionamento dos códigos, tornando-os mais significativos e seletivos, como tentativa de explicar maiores segmentos dos dados. Códigos mais significativos são aqueles que descrevem melhor a percepção do evento e como os participantes lidam com ela, em total. No fim da codificação ficaram, 08 códigos no total.

Durante a construção da categorização, foram definidas 03 grandes categorias para o modelo final, novos memorandos foram escritos e usados como ferramentas analíticas importantes. Os resultados foram apresentados no formato artigo.

CAPÍTULO 3

1 PUBLICAÇÃO

RESUMO

O início do processo da reforma Psiquiátrica exige uma adaptação importante da parte dos serviços emergenciais, que funcionam em unidades de pronto atendimento. Objetivou-se conhecer a percepção da equipe de enfermagem atuante na Unidade de Pronto Atendimento, diante às emergências psiquiátricas. Foram gravados grupos vocais com 14 enfermeiros, a respeito do atendimento de pacientes com transtorno mental em crise no serviço de urgência e emergência em que trabalham. As transcrições foram analisadas através da Teoria Fundamentada em Dados. Do processo de análise emergiram três categorias: A lente pela qual a equipe vê o paciente, Sentimentos da equipe e Estratégias de ação. Pôde-se entender que a demanda em saúde mental não é rotina no serviço devido ser considerado um fato recente, e que quase sempre vem acompanhada de uma angústia por parte dos profissionais que não se sentem capazes de atender pacientes com transtorno mental frente a emergência psiquiátrica. O modelo de atendimento é ainda o médico-centrado, eximindo a enfermagem das responsabilidades assistenciais. As dificuldades, parecem ser principalmente advindos de uma formação profissional pouco adequada. Diante disto, torna-se necessário, neste serviço, que haja investimento num trabalho de educação permanente, para construir maior qualidade na atenção em saúde mental na rede de saúde de acordo com as intenções da reforma psiquiátrica.

DESCRITORES: Enfermagem, psiquiatria, percepção e emergência.

ABSTRACT

The beginning of Psychiatric reform process requires an important adaptation of the emergency services, which work in emergency units. This study aimed to know the perception of active nursing staff at the Emergency Unit, on the psychiatric emergency. Vocal groups were recorded with 14 nurses, about the care of patients with mental disorders in crisis in the emergency room and emergency in which they work. The transcripts were analyzed by the Grounded Theory. The review process three categories emerged: The lens through which the team sees the patient, team Feelings and action strategies. Could be understood that the mental health demand is not routine in service due to be considered a recent event, and that almost always comes accompanied by a distress by professionals who do not feel able to treat patients with mental disorder front psychiatric emergency . The service model is still the doctor-centered, exempting the nursing care responsibilities. The difficulties seem to be mainly coming from vocational training unsuited. Given this, it is necessary in this service, there is investment in continuing education work, to build higher quality of mental health care within the health system according to the intentions of the psychiatric reform.

KEYWORDS: Nursing, psychiatry, perception and emergency

INTRODUÇÃO

Meados de 1980 e 1990, a reforma psiquiátrica inspirou-se nas experiências antimanicomiais no modelo de Trieste, na Itália, buscou romper com a estrutura asilar e construir novos dispositivos substitutivos ao modelo manicomial – Os Centros de Atenção Psicossocial. Produto de lutas contínuas pela destruição de qualquer dispositivo manicomial, institui-se em 18 de maio o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, como estratégia de discussão da reforma com a sociedade, marcado com eventos que ocorrem em todo o país e põem em cena os dilemas da loucura e da diferença (NABUCO, 2009).

Discussões oficiais são promovidas, mas ainda sem força para transformações concretas no país. A Lei nº 10.216 visa à proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, dá ao paciente psiquiátrico o direito ao melhor tratamento do sistema de saúde de acordo com a sua necessidade e grau da doença (BRASIL, 2011).

Sendo assim, o novo modelo de atenção em saúde mental surge reduzindo, significativamente, o número de leitos psiquiátricos hospitalares e aumentando os investimentos no atendimento oferecido pela rede extra-hospitalar. Dentre os serviços que compõem a rede extra-hospitalar destacam-se os serviços de atenção primária à saúde (APS), serviços especializados em saúde mental e os serviços de urgência e emergência psiquiátrica (KANTORSKI, 2012).

Nesta perspectiva do movimento de reforma, os serviços emergenciais surgiram como pilar de apoio, sobretudo por fazer a interface comunidade e instituições de tratamento (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010). Estes serviços, depois de alicerçados os preceitos da reforma, são considerados como um “nó” forte na rede, já que promove uma diversificação, descentralização e integração dos serviços (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

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

Assim, a mudança ocorrida na configuração da rede de saúde mental, antes composta somente por manicômios, leve de forma cada vez mais frequente que usuários com demanda em saúde mental sejam, em momentos de crise ou agudização da doença, encaminhados aos serviços de pronto atendimento, necessitando que esses locais sejam reconhecidos como lócus de cuidado, o que implica neste âmbito de atendimento.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem que atua em unidades de urgência e emergência deve estar apta a prestar assistência a pessoas com doença mental em crise, depois de passado o momento de crise, realizar a avaliação do estado mental e físico, adotando postura ativa, convincente e de apoio ao paciente e seu familiar. Desse modo, é importante considerar que, para o adequado funcionamento de um serviço de urgência e emergência, a necessária agilidade no manejo da situação pode implicar em algumas limitações, tanto em relação ao tratamento do paciente quanto à formação dos profissionais de saúde, em especial, as equipes de enfermagem (DEL-BEN; TUNG, 2010).

Este estudo pretende contribuir não apenas com os participantes da pesquisa, mas ainda e, principalmente, com a unidade de pronto atendimento em geral, pois tais dados podem contribuir para um melhor relacionamento e atendimento entre paciente, profissionais e familiares.

Sendo assim, torna-se fundamental conhecer a percepção da equipe de enfermagem atuante na unidade de pronto atendimento, diante às emergências psiquiátricas. Considera-se relevante a realização de uma pesquisa que se busque conhecer o sentimento que o atendimento emergencial ao paciente com transtorno mental evoca nos profissionais, e compreender como o profissional vivencia sua atuação numa emergência psiquiátrica.

PERCURSO METODOLÓGICO

Tipo de estudo

A Grounded Theory, ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi escolhida como referencial teórico e metodológico porque este método permite criar um modelo conceitual a partir de uma interpretação de significado que determinado contexto apresenta para os participantes, incluindo as suas ações. A interação final

com este modelo é o direcionamento de estratégias para ações de cuidado e humanização eficazes.

A Grounded Theory foi desenvolvida como método para investigar como certo grupo de pessoas vive certa realidade e como lida com os desafios que fazem parte dela (CHARMAZ, 2009), sendo este um motivo pelo qual foi escolhido como método para o alcance deste estudo.

Cenário do Estudo

O presente estudo foi realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma instituição governamental, fundada em 2011, na região do sudoeste goiano. Presta assistência em casos de urgência e emergência.

Participantes do estudo

A população investigada foi composta por enfermeiros que atuam na UPA na região do sudoeste goiano, e que aceitaram participar do estudo. Segundo dados disponibilizados pela coordenação da UPA, atualmente a equipe de enfermagem é composta por 18 enfermeiros, porém somente 14 participaram do estudo, os demais 04 participantes não aceitaram participar. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. O estudo teve início após a aprovação do CEP, com nº CAAE: 274 12014.2.0000.0037.

Coleta de Dados

Foi agendada uma reunião com os participantes da pesquisa, os quais foram dividido em três grupos focais, em horário que eles disponibilizaram. No dia da entrevista, foi explicado todo o procedimento, assim como os riscos e benefícios, solicitando a permissão por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a autorização do mesmo, iniciou-se a entrevista utilizando um gravador para a realização, que, posteriormente, foram transcritas na íntegra.

Utilizou como instrumento de coleta de dados um roteiro para entrevista semiestruturada, com as seguintes questões norteadoras: Conte-me sobre sua vivência com pacientes psiquiátricos na UPA; Que providências são tomadas ao atender uma emergência psiquiátrica; Qual o seu sentimento em relação ao paciente psiquiátrico; Fale-me sobre a hospitalização do paciente psiquiátrico na UPA; Você vê o paciente psiquiátrico diferente dos demais pacientes que são atendidos na

UPA; Que mudança ocorre na sua rotina de trabalho quando chega uma emergência psiquiátrica.

Após a realização de cada sessão, estas foram transcritas e iniciou-se a análise dos dados. Durante todo o processo de coleta de dados, foram elaborados notas de campo, registros de informações importantes e que, posteriormente, permitiu reflexões profundas sobre o fenômeno investigado.

Procedimentos para a análise dos dados

A análise dos dados iniciou-se com a transcrição das entrevistas. Foram realizadas em duas etapas, a codificação aberta e a codificação focalizada. As entrevistas foram transcritas por meio de um programa editor de texto, e os códigos foram colocados às margens do texto, linha a linha, à medida que surgiram. A primeira codificação aconteceu do ponto de vista analítico, e teve por objetivo nomear segmentos de dados com uma classificação que, simultaneamente, categoriza, resume e representa cada parte dos dados. Os códigos atribuídos a cada segmento revelam as perspectivas necessárias para o início da análise, que, posteriormente, formou-se o esqueleto do trabalho. Estes foram extraídos das entrevistas e organizados em fichas, permitindo uma melhor visualização por meio da codificação foi possível chegar a uma visão interpretativa que esclareceu e explicou as percepções dos sujeitos investigados (CHARMAZ, 2009).

Posteriormente à codificação inicial, realizou-se a codificação focalizada, que redefiniu o direcionamento dos códigos, tornando-os mais significativos e seletivos, como tentativa de explicar maiores segmentos dos dados.

Durante a construção da categorização, foram definidas 03 grandes categorias para o modelo final, novos memorandos foram escritos e usados como ferramentas analíticas importantes. Os mesmos forneceram o texto inicial para a redação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente, apresenta-se a caracterização dos sujeitos participantes deste estudo na unidade de pronto atendimento. Em seguida, apresentar-se-ão as categorias e suas respectivas análises.

Caracterização dos participantes do estudo

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

Tabela 1- Perfil dos profissionais de saúde da Unidade de Pronto Atendimento

Nome fictício	Sexo	Profissão	Pós-graduação	Curso na área de saúde mental	Outro vínculo empregatício
Maria	F	Enfermeiro	Sim	Não	Sim
Elena	F	Enfermeiro	Sim	Não	Sim
Joana	F	Enfermeiro	Sim	Não	Não
Pedro	M	Enfermeiro	Sim	Não	Sim
Regina	F	Enfermeiro	Sim	Não	Não
Mara	F	Enfermeiro	Sim	Não	Sim
Heloísa	F	Enfermeiro	Sim	Não	Sim
João	M	Enfermeiro	Sim	Não	Sim
Luzia	F	Enfermeiro	Sim	Não	Sim
Rita	F	Enfermeiro	Sim	Não	Não
Carmem	F	Enfermeiro	Sim	Não	Não
Jane	F	Enfermeiro	Sim	Não	Sim
José	M	Enfermeiro	Sim	Não	Não
Flora	F	Enfermeiro	Sim	Não	Não

Fonte: Coleta de Dados: Perfil dos profissionais de saúde da Unidade de Pronto Atendimento, Rio Verde – GO, 2014.

Como se pôde visualizar na tabela 1, dos 14 sujeitos entrevistados todos são enfermeiros. Quanto ao sexo, três são homens e onze são mulheres. A faixa etária

dos profissionais variou entre 24 e 43 anos. Oito sujeitos relataram ter outro vínculo empregatício. Os sujeitos concluíram o curso de graduação entre 1998 e 2012.

Sobre a participação em curso para formação na área de saúde mental, nenhum dos quatorze sujeitos relataram ter participado, fato que pode sugerir pouco investimento nesta formação específica em saúde mental.

Conforme Otanari et al. (2011), é fundamental o preparo dos profissionais que compõem a rede de serviços para que se possa consolidá-la a partir de preceitos da Reforma Psiquiátrica. O tempo no serviço na instituição variou de 06 meses a 03 anos. Quanto ao número de empregos, seis sujeitos relataram possuir um emprego, oito relataram possuir mais de um.

O estudo realizado por Motke e Franco (2013) constatou que enfermeiros com dupla jornada de trabalho reduz sua qualidade de vida, apresentando maior estresse e mais sintomas psicológicos do estresse que os que possuíam apenas um trabalho. Na pesquisa de Santos e Lima (2011), realizada com equipe que possuía dupla ou tripla jornada de trabalho, constatou-se deficiências no cuidado prestado, sendo apontado no mesmo estudo, como consequência a jornada de trabalho longa e pesada, e, em última análise, repercute na qualidade do cuidado.

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

Construção e Análise das categorias

Definição das categorias

Obedecendo à metodologia já descrita no estudo e buscando entender aos objetivos do mesmo quanto à descrição e análise do atendimento de paciente com transtorno mental em crise, numa unidade de pronto atendimento, destacam-se as categorias que emergiram das falas dos sujeitos investigados: **A lente pela qual a equipe vê o paciente; Sentimentos da equipe; e Estratégias de ação.** Interligadas entre si contornando o binômio paciente com transtorno mental e enfermeiro, demonstrada na figura 1.

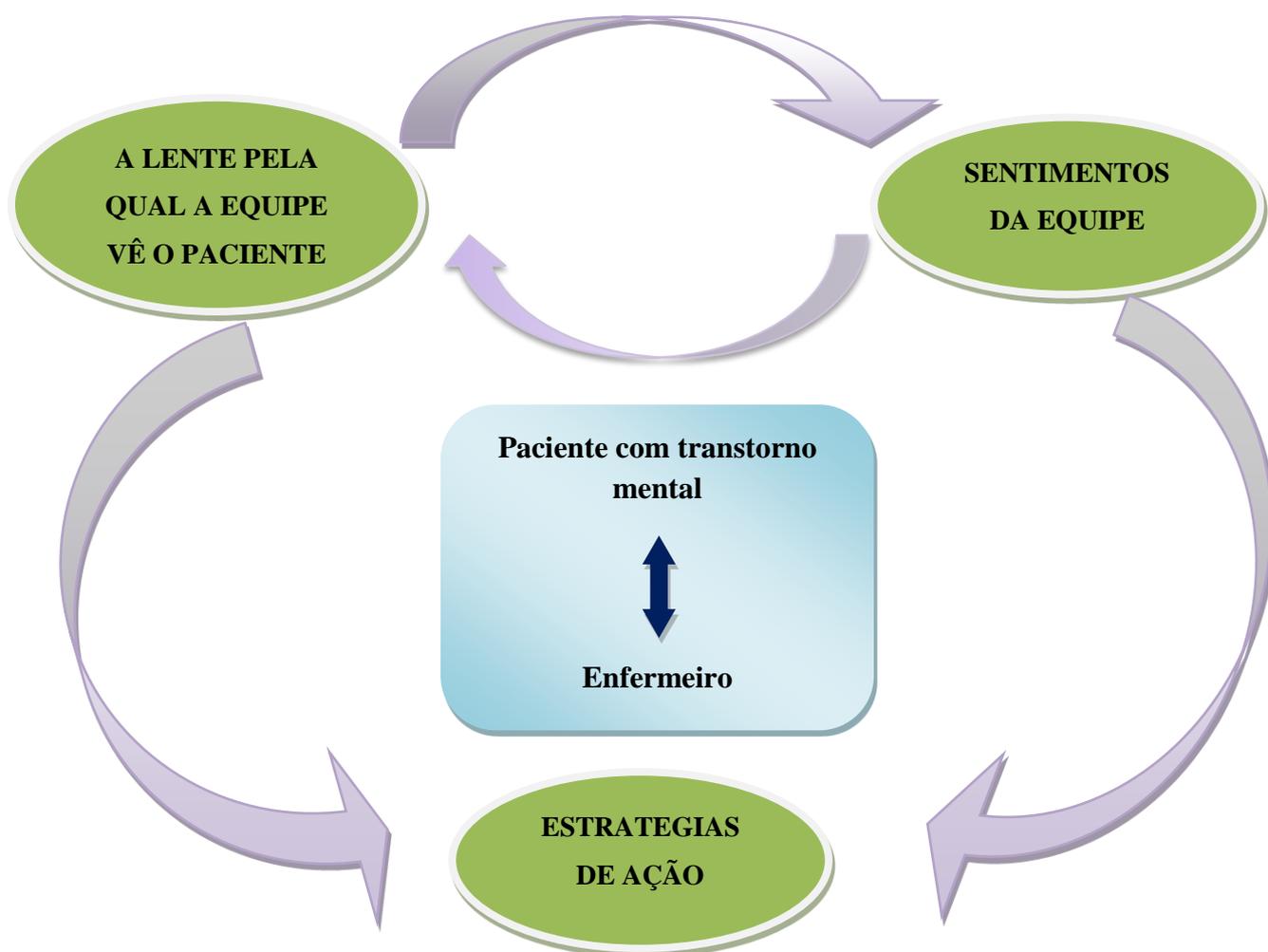


Figura 1- A vivência do atendimento ao paciente com transtorno psiquiátrico

As categorias foram criadas para agrupar as oito famílias de códigos criadas anteriormente.

Observa-se na Tabela 2 que, a partir da leitura e análise das transcrições das entrevistas dos 14 participantes da pesquisa submetida à *Grounded Theory*, chegou-se a três categorias principais, isto é (i) A lente pela qual o profissional vê o paciente, incluindo as subcategorias diferença e desafio; (ii) Sentimentos da equipe, com as subcategorias desamparo e aceitação e (iii) Estratégias de ação, com tecnicismo, e envolvimento pessoal com meio de humanização.

No âmbito das categorias e suas respectivas subcategorias, gerou-se então os códigos. Estes embasaram a discussão dos resultados obtidos a partir das entrevistas com os participantes da pesquisa. Em linhas gerais, busca conhecer,

descrever e analisar os diversos aspectos que influenciam na percepção do enfermeiro frente à emergência psiquiátrica.

Tabela 2: Construção do modelo

Categorias	Subcategorias	Códigos
A lente pela qual a equipe vê o paciente	Diferença	- O fato de não ser rotina esse tipo de atendimento; dificulta-se a atuação; - O paciente necessita de atendimento especializado.
	Desafio	- Estado emocional do paciente psiquiátrico incomoda aos demais pacientes, gera tumulto no serviço; - Vulnerabilidade emocional prejudica o atendimento.
Sentimentos da equipe	Desamparo	- Falta de formação e insegurança prejudica a atuação
	Aceitação	- Vivência e qualificação faz perceber o paciente sem desigualdade aos demais;
Estratégias de ação	Tecnicismo	- Atendimento imediato centralizado no médico com intervenção tecnicista.
	Envolvimento pessoal com o meio de humanização	- Envolvimento pessoal como meio de humanização são importantes para o cuidado.

Categoria 1: A lente pela qual a equipe vê o paciente

Uma categoria importante que emergiu durante a análise dos dados compõe o que pode ser identificado ou apontado como *a lente pela qual a equipe vê o paciente*. Remete às formas ou às maneiras como os enfermeiros lidam e percebem os pacientes com transtorno mental em várias situações do seu trabalho. Essa lente é composta por aspecto de diferença percebido (com os seguintes códigos: O fato de não ser rotina esse tipo de atendimento dificulta a atuação, O paciente necessita de atendimento especializado).

Diferença

O fato de não ser rotina esse tipo de atendimento

Pôde-se perceber em vários relatos que as pessoas com transtornos psiquiátricos são vistas como diferentes dos demais pacientes, fugindo da rotina na unidade de pronto atendimento (UPA). Os enfermeiros entrevistados referem dificuldade na atuação devido ao fato não ter desenvolvido estratégias usuais em atender pacientes portadores de transtornos mentais.

O atendimento aos pacientes com transtornos mentais na UPA se deu devido às reformas na assistência à saúde mental. As internações psiquiátricas foram direcionadas prioritariamente para pacientes com transtornos mentais que apresentam quadros graves e agudos. Redirecionaram o modelo de atenção, anteriormente focado no manicômio, para uma rede diversificada e articulada de atendimento extra-hospitalar, sendo um fator recente: *“Aqui na UPA é novo receber pacientes psiquiátricos, não temos ainda muitos pacientes desse jeito, devido a esse fato tenho dificuldade em conduzir a assistência a esses casos.” (Flora)*

O aumento previsto das urgências psiquiátricas levou a Política Nacional de Atenção às Urgências a propugnar que o atendimento pré-hospitalar nesse tipo de ocorrência fosse também de responsabilidade do SAMU, quando este serviço for disponível no município (Bonfada, 2010). Medeiros, Monteiro e Andrade (2011) na cidade de João Pessoa, constataram, além da demanda em saúde mental exercida sobre o serviço de pronto atendimento, uma frágil ligação com os serviços emergenciais e os serviços substitutivos. A demanda nos serviços de pronto atendimento pode ser explicada pelo fato do serviço ter se tornado uma porta de entrada importante para internação após as mudanças na configuração da rede de saúde mental. Os serviços de emergência oferecem tanto apoio psicossocial quanto realização de triagem para outros serviços e, ainda intervenção aos usuários em crise.

O paciente necessita de atendimento especializado

Outro componente que constitui a percepção que o paciente com transtorno mental seja diferente, é o fato de que mesmo necessita de atendimento especializado: *“Somos preparados pra lidar com todos os tipos de emergência, tais como acidentados, baleados entres outros casos de urgência e emergência, e a*

menos psiquiátricos, o que dificulta mais ainda o atendimento a esses pacientes que necessita do nosso serviço” (Flora).

“Eu acho muito difícil de lidar, pois requer um atendimento diferenciado e muita das vezes eu não sei como lidar com essa situação” (Jane).

O comportamento diferente, referida pelos profissionais, acaba por estigmatizar a imagem de ocorrências psiquiátricas, ocasionando um atendimento baseado em contenções mecânicas e medicamentosas. O medo da loucura ainda existe nas concepções e conceitos dos profissionais de saúde, porque fazem parte de um contexto construído historicamente pela psiquiatria clássica. Continua presente no espaço da formação dos profissionais de saúde que estão à mercê de currículos que marginalizam a atenção psicossocial e priorizam a psicopatologia, a medicalização e a necessidade de isolamento do paciente sob o argumento da periculosidade (Dias, 2013).

Desafio

O desafio ressentido pelo profissional frente ao paciente com transtorno mental contém duas dimensões: O estado emocional do paciente psiquiátrico incomoda aos demais pacientes e o profissional precisa ser capaz de manejar as reações destes outros usuários. E as necessidades do paciente psiquiátrico produzem um tumulto no serviço por falta de trabalho em equipe e esse tumulto transtorna a prestação de cuidados.

“... Muda completamente a minha rotina, principalmente quando eles chegam agressivos fico sem saber como lidar com a situação e às vezes atrapalha a forma de cuidar do paciente psiquiátrico e dos demais pacientes que estão aguardando atendimento...” (Carmem)

Em concordância ao que foi referenciado pelos sujeitos e encontrado no estudo de Nogueira (2012), o cuidado de enfermagem é desenvolvido por pessoas e para pessoas. Deste modo, a comunicação é primordial à efetivação do relacionamento interpessoal e é um importante instrumento para o planejamento e o desenvolvimento de cuidados.

O cuidado é caracterizado pelo encontro entre aquele que necessita do cuidado e o cuidador, em ambiente propício, envolto por comportamentos e atitudes dos quais se destacam o respeito, responsabilidade, interesse, segurança, oferta de apoio, confiança, conforto e solidariedade. Waldow (2008), destaca em seu estudo, que ao faltar comunicação e interação, o cuidado se torna simples procedimento técnico.

Dentre os serviços de saúde, os de emergências são os que apresentam maior dificuldade em estabelecer um ambiente interacional, isto porque ele possui algumas características peculiares, que tendem a torná-lo um espaço, no qual a comunicação é mecanizada e impessoal. Dentre essas características, pode-se citar: falta de privacidade, ambiente conturbado, desconforto, impessoalidade, longas e desgastantes jornadas de trabalho da equipe de saúde, entre outros (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011; NEGREIROS et al., 2012).

Para tentar mudar este panorama, a Política Nacional de Humanização (PNH), preconiza que os profissionais de saúde que atuam em serviço de emergência possuem largo conhecimento além do técnico-científico para prestarem assistência emergencial com qualidade à população. Para tanto, a PNH propõe medidas com ênfase nos aspectos humanísticos, que promovam maior interação entre os profissionais de saúde e os usuários. Isto porquanto, este serviço, por se constituir porta de entrada principal dos hospitais, abrange os cuidados à clientela com as mais variadas doenças, inclusive as psiquiátricas (NOGUEIRA-MARTINS; MARCO, 2012).

Os profissionais de enfermagem devem adquirir a competência em comunicação humana e terapêutica, uma vez que ela é habilidade fundamental para o desenvolvimento das práticas da Enfermagem em forma do cuidado consciente, verdadeiro, transformador, que humaniza e constrói.

Para que o profissional exerça sua atividade de forma satisfatória, é necessário sentir-se seguro durante a assistência oferecida. O atendimento passa a ser mais estressante para o profissional, devido ao fato de não ter vivência e formação para atender pacientes com transtornos mentais, repercutindo sobre a qualidade dos cuidados oferecidos.

Ikuta et al. (2013) destacaram em seu estudo a falta de conhecimentos específicos em saúde mental e a manifestação de sentimentos como frustração, medo e angústia por parte de enfermeiros que atuam em serviços de emergência.

“... Sentimento de invalidez sinto-me de mãos amarradas por não saber às vezes conduzir o caso com tranquilidade. Afinal é um paciente diferenciado...” (Rita).

“...Um pouco de receio porque não tenho tanta experiência em psiquiatria...”(Flora).

Para a formação de profissionais que atendam a essas novas propostas das políticas públicas na saúde mental, as diretrizes curriculares vêm sofrendo mudanças, de forma que os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devam estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade; integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem para formar profissionais preparados a prestar uma assistência de forma holística e baseada na realidade, com formação generalista (BRASIL, 2001).

Visto que é nas escolas de enfermagem, por meio do ensino, que as percepções e práticas dos futuros profissionais são moldadas, estas alterações vêm sendo cobradas para a modificação do ensino na saúde mental e psiquiatria, a fim de atender ao novo modelo assistencial.

Na pesquisa de Kantorski e Silva (2010), estes relatam que o ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental têm como referências disciplinas centradas em critérios rígidos de normal e patológico. Os estágios de práticas assistenciais continuam sendo realizados em hospitais psiquiátricos, com ênfase nas psicopatologias e reforçando o modelo manicomial. Deste modo, o ensino é repassado de forma fragmentada, dicotômica, centrada na instituição psiquiátrica, reforçando os saberes e práticas de exclusão da loucura.

O ensino tem-se transformado, devido às novas propostas da Reforma Psiquiátrica e que a educação na saúde mental caminha lentamente para avanços no entendimento da realidade do paciente psiquiátrico e suas necessidades, assim como, tem mudado a visão dos alunos frente ao mesmo. Mas, percebe-se que, para que essa mudança se concretize de forma homogênea é necessária a mudança na percepção da loucura, adoção do discurso na prática e adoção de uma nova proposta de pensamento, do planejar e do agir, buscando a formação de profissionais engajados na saúde mental e na assistência ao paciente como um todo

e preparo do aluno de forma que este consiga agir em toda a essência do ser (OLIVEIRA et al, 2013).

Categoria 2: Sentimentos da equipe

Desamparo

Falta de formação e insegurança prejudicam a atuação na prestação dos cuidados. Para atuar de forma adequada e efetiva, oferecendo um serviço de qualidade aos pacientes com transtornos mentais, faz-se necessário que se tenham profissionais qualificados e especializados para o exercício da profissão. Pois a qualidade da assistência está diretamente relacionada com a formação do profissional.

A dificuldade em cuidar do paciente portador de transtorno mental nos serviços de saúde é apresentada de forma enfática em outros estudos (AZEVEDO; FERREIRA FILHA, 2012). A falta de conhecimento teórico sobre temas da área de saúde mental faz com que os profissionais tenham inúmeras dúvidas, que acabam, muitas vezes, trazendo modo inadequado de abordagens e cuidados ao paciente com transtorno mental (SILVA, 2012).

Durante o relato dos entrevistados foi observada a falta de vivência, em casos de urgência e emergência psiquiátrica. Permitindo que muitos profissionais esboçassem nitidamente deficiência na formação, o que prejudica a atuação, deixando o paciente desassistido, como evidenciado nos relatos a seguir.

“...Na verdade não tenho uma boa vivência, pelo fato de não achar fácil atender pacientes psiquiátricos. É uma situação muito sensível devido eu não ter nenhuma especialidade para atender esse tipo de paciente...” (Luzia).

Para a melhoria desse tipo de atendimento, não só o domínio prático é necessário, o conhecimento teórico e a formação do senso crítico perante as conquistas, que a Reforma Psiquiátrica proporcionou, serão relevantes no processo (DIAZ, 2008).

Nos estudos de (Sivakumar et al. 2011), também, foi possível evidenciar que os profissionais da enfermagem relataram ter conhecimento insuficiente, bem como

falta de confiança e de habilidades de interação em relação à abordagem do paciente em situação de emergência psiquiátrica. Além disso, o déficit de conhecimento, por parte dos profissionais, evidencia a necessidade de melhorar o ensino de graduação e pós-graduação.

De acordo com Campos e Barros (2011), as (os) enfermeiras (os) precisam rever sua formação, apontando para novas posturas frente ao paciente com transtorno mental e seu sofrimento psíquico; ampliar conhecimentos para além dos adquiridos na graduação, compartilhando efetivamente práticas e saberes subjacentes a essas práticas, com outros campos disciplinares.

Se o profissional se encontra despreparado ou incapaz por algum motivo, isso poderá refletir diretamente no atendimento oferecido ao paciente, causando insegurança e desamparo ao profissional.

“...Sinto perda devido a falta de vivência, as vezes não sei como agir em determinada situação...”(Maria).

“...Não tenho muita vivência, atendi poucos casos sempre que chega um eu evito atender, deixo pra colega e vou atender outro paciente que não seja psiquiátrico, por não saber bem como conduzir o caso...” (João).

Assim, teve-se possibilitada a percepção e o posterior agrupamento do que se pode chamar de vivência, falta de formação e insegurança vivida no cotidiano. Explicitada pelos grupos focais, o que se tornou então geradores e causadores de sentimentos da equipe.

Em estudo de Barbosa (2012), constatou-se que a falta de qualificação e de suporte para atendimento é evidenciada de forma clara. Os profissionais mostraram-se carentes de formação e, claramente, solicitaram suporte para sentirem-se mais seguros durante o atendimento.

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

Além da necessária ampliação da rede de serviços de saúde mental, faz –se imprescindível o desenvolvimento de processos de formação e educação

permanentes, essenciais para qualificação dos diversos serviços e equipes, garantindo avanços no modelo comunitário de atenção à saúde onde, os serviços de emergências são suporte essencial (MANGIA; YASUTAKI, 2009).

Aceitação

A vivência e qualificação faz perceber o paciente sem desigualdades aos demais, existe empenho e dedicação por parte de alguns profissionais no atendimento ao paciente com transtorno mental e são várias as dificuldades encontradas no ambiente de trabalho, principalmente, por aqueles que trabalham em unidades de urgência e emergência.

Devido à falta de formação e vivência de alguns profissionais que não percebem o paciente com transtorno mental igual aos que remetem as falas abaixo, o que muitas vezes gera uma dificuldade no trabalho em equipe, prejudicando a atuação.

O enfermeiro deve ter como preocupação o auxílio no cuidado ao ser humano como um todo, em sua coletividade. A enfermagem deve estar preparada para promover a saúde, respeitando a vida sem discriminação de qualquer natureza, em qualquer local que tenha atuação profissional do enfermeiro e sua equipe (AMARANTE et al. 2011).

... “Não podemos deixar interferir na nossa rotina, pois devemos estar preparados para atender todos os casos de emergência independente de ser psiquiátrico ou não...” (Mara).

... “Não causa nenhuma mudança, pra mim é uma emergência como outra qualquer, procuro atendê-lo de melhor maneira possível...” (Regina).

“...São pacientes que necessitam de cuidado adequado com tratamento rigoroso e com paciência e ética profissional, então tento ser o mais atenciosa possível sem ser indiferente, não tenho sentimento de medo ou receio...”(Joana).

Apesar de ter sido evidenciada pela minoria dos entrevistados a aceitação, demonstra-se que vivência e qualificação melhora atuação. O que acaba por muitas vezes fazendo o profissional perceber o paciente sem desigualdades aos demais.

A enfermagem é uma profissão que, a exemplo da própria medicina, apresenta um leque bem diversificado de especialidades e possibilidades de atuação em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde humana. Embora seus profissionais atuem mais na assistência hospitalar, enfermeiros podem assumir diversos papéis que levem ao alcance do objetivo da profissão, dependendo do contexto social. A respeito disso, Tanaka e Leite (2008) afirmaram que o processo de trabalho de enfermagem particulariza-se em uma rede ou subprocessos que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar.

Além disso, devido à necessidade de ampliação do conhecimento para a assistência em determinados casos, há ainda a possibilidade de se especializarem. O Conselho Federal de Enfermagem já chegou a reconhecer 46 especialidades dentro da área de enfermagem, e hoje, são homologadas aquelas devidamente estudadas em cursos específicos, conforme Resolução COFEN n.º 399/2011 (COFEN, 2011).

Dentre as especialidades da enfermagem, encontra-se a psiquiátrica e de saúde mental. Trata-se da assistência ao paciente que sofre de transtornos mentais de caráter psicológico ou neurológico. A atuação do profissional de enfermagem, neste contexto, pode ocorrer em instituições, dedicadas a esse tipo de tratamento, ou em residências tal qual estimulada a partir da Reforma Psiquiátrica, “que propõe substituir os manicômios por iniciativas sociais, culturais, políticas ou científicas, jurídicas, assim como modificar os conceitos e a relação da sociedade com as pessoas com transtornos mentais” (WAIDMAN et al. 2012).

Um acontecimento relevante para a prática assistencial contemporânea do enfermeiro é o aumento da demanda por atendimento psiquiátrico nos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Categoria 3: Estratégias de ação

A última categoria gerada corresponde à capacidade e as formas que tornam possíveis aos entrevistados enfrentarem as adversidades. Apesar das dificuldades que permeiam seu cotidiano profissional, encontram meios e caminhos para continuar atuando e transpondo obstáculos.

Tecnicismo

O atendimento realizado na unidade, de acordo com às falas dos entrevistados, está centralizado no médico e o estilo de intervenção é tecnicista. Observaram-se muitos dos depoimentos com falas que têm em comum a figura do médico e papel, por vezes único e, central no atendimento em Saúde Mental no serviço de pronto atendimento.

Assim, atender em emergência psiquiátrica, neste serviço, ainda é notadamente um ato essencialmente médico. Durante observações, pouco se viu de interação e, quando se viu, referiam-se mais ao cumprimento de prescrições médicas, sobretudo de medicações, o que pode ser notado nos seguintes depoimentos.

“...Os pacientes ficam na unidade até sair vaga nas unidades especializadas, mas a hospitalização aqui a gente medica conforme prescrição e estabiliza ele...” (Maria).

“...Faço a medicação, se precisar encaminho e se necessário conter ele no leito...” (Heloísa).

“...Passa direto pro consultório médico porque senão vira uma baderna na recepção e já é medicado de imediato...” (José).

A crença do medicamento como resolução dos problemas é advinda do modelo médico-centrado e, por ser no hospital o centro do poder médico, isso talvez seja mais forte nesses locais (AMARANTE, 2007). O serviço de pronto atendimento possui semelhança com modelo de atendimento hospitalar, o que pode justificar a reprodução forte deste modelo.

A dificuldade neste tipo de atendimento é maior quando o processo de trabalho é burocrático, medicamentoso e influenciado pelo médico-centrado, visto que este tipo de processo de trabalho fragiliza e dificulta o envolvimento dos outros profissionais na responsabilização da saúde dos usuários (BRASIL, 2006).

Assim, é sempre o médico o único profissional capaz de provocar melhoras, agilizar vagas e prescrever medicamentos. No serviço em estudo, pareceu-nos que os demais profissionais se isentam, por vezes, de seu papel.

Essa lógica de funcionamento do serviço mantém claramente traços do modelo de funcionamento manicomial, apesar de ser um serviço aberto e dedicado

aos cuidados gerais de saúde. Este fato deve-se ao observar relações marcadas de dominação e subordinação com relação a figura do médico sobre os usuários, a submissão e não ação das demais categorias profissionais e os cuidados prestados focalizados somente em medicamentos (OTANARI et al.; 2011).

Envolvimento pessoal como meio de humanização

A transformação da psiquiatria vem trazendo consigo exigências. Fazendo assim, parte deste contexto a humanização no atendimento, como consequência, tem a melhora na qualidade da atuação. Devido a todas essas mudanças, o envolvimento emocional torna-se importante para o cuidado.

De acordo com Damásio et al., (2008), a partir da reforma psiquiátrica, as atribuições do enfermeiro passaram de uma postura de custódia, focada na prestação do atendimento às necessidades físicas e gerais dos pacientes, para, evolutivamente, atingir uma abordagem psicológica, social e humanizada fato que levou à importância da equipe de enfermagem na abordagem ao paciente.

O enfermeiro desempenha um papel importante na assistência a pessoas com transtorno mental, como por exemplo, na sensibilização da população acerca de sua inserção na comunidade, inclusive ajudando e se incumbindo pela construção de novos espaços de reabilitação psicossocial, que farão com que esses indivíduos sintam-se valorizados; vale finalmente lembrar que a cidadania dessas pessoas e de sua família encontra-se preconizada e assegurada na política de desinstitucionalização. Assim sendo, esses profissionais devem estar preparados para atender a esses pacientes com as suas limitações, assim como também as suas famílias (WAIDMAN et al., 2012).

“...Um sentimento de maior solidariedade para tentar amenizar seu sofrimento e o sofrimento da família, procuro ser mais ágil e atenciosa, ...”(Luzia).

“...Ocorre mudança total porque não tenho muita experiência em psiquiatria, muitas vezes chego ter receio, tento conversar com ele ate carinho tento oferecer, minha amizade, tento descontrair o paciente conversando, mas tenho um pouco de receio...”(João).

No estudo de Lima, Garcia e Toledo (2013), os profissionais de enfermagem destacaram o seu envolvimento pessoal como uma marca do cuidado ao paciente

com transtorno mental, apontando a interação como instrumento da assistência em Saúde Mental, mas sem trazer uma apropriação teórica do método da relação interpessoal terapêutica.

Para haver o cuidado humanizado, é necessário ocorrer empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre o enfermeiro e aquele que são cuidados com finalidade terapêutica, não se limitando apenas às características das técnicas (AMORIM; CRUZ; VELOSO, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de enfermagem do Pronto Atendimento têm uma visão estigmatizada e distorcida sobre o paciente com transtorno mental e devem receber instrumentalização para o cuidado a estes pacientes.

Nos últimos anos são nítidas as inúmeras mudanças estruturais na atenção à saúde mental. Contudo, ainda percebe-se que há a necessidade de intensificação na qualificação e formação de profissionais dentro do contexto psicossocial a fim de melhorar a assistência à saúde mental nos serviços de saúde.

Os dados deste estudo corroborado por outros estudos similares, demonstraram a fragilidade em que se encontra o contexto dos cuidados de enfermagem nos serviços de saúde, aos pacientes com transtornos mentais. Várias dificuldades são apresentadas e que devem ser consideradas para a estruturação de uma política de formação e qualificação dos profissionais de saúde.

As discussões sobre a multicausalidade dos transtornos mentais deve ser um tema presente no cotidiano da prática da equipe de enfermagem em hospitais gerais e unidades de pronto atendimento, a fim de sensibilizá-la ao cuidado humano e de excelência às pessoas que sofrem mentalmente.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, A. L.; LEPRE, A. S.; GOMES, J. L. D.; PEREIRA, A. V.; DUTRA, V.F.D. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, jan./mar. 2011.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

AMORIM, A. M. M. N. E.; CRUZ, D. K. R.; CARDOSO, M. de L. L. O. Percepção do Enfermeiro no cuidar ao doente mental: uma revisão de literatura. **Revista multiprofissional do hospital São Marcos**. Teresina, v.1, n.2, p. 53-62, 2013.

AZEVEDO, E. B.; FERREIRA FILHA, M. O. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. **Ciência & Saúde**. Porto alegre, v.5, n.2, p.60-70, 2012.

BAGGIO, M. A; CALLEGARO, G. D; ERDMANN, A. L. Relações de “não cuidado” de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.15, n.1, p.116-23, 2011.

BONFADA, D. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Assistência às Urgências Psiquiátricas. **[Dissertação de Mestrado] [online]**. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010. Disponível em: http://www.pgenf.ufrn.br/arquivos/teses/dissertacao_diego.pdf.

BRASIL. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei N. 10. 216\2001**, 2011.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Presidência da República, Brasília, 6 de

Abril de 2001. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 09 set 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2006.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde Mental. **Temas de Saúde. Brasília**, 2012. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=435&Itemid=259>. Acesso em: 09 set 2014.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.34, n.3, 2011.

CHARMAZ, K. A. **Construção da Teoria Fundamentada: guia Prático para a Análise Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Programa de Aperfeiçoamento Profissional. Resolução nº 399, de 3 de novembro de 2011**. Disponível em:<www.cofen.gov.br>. Acesso em 12/11/2014.

DAMÁSIO, V. F. et.al. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista de enfermagem da UFPE**. Recife, v. 4, n. 2, p. 112-119, 2008.

DEL-BEN, C. M.; TUNG, T. C. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.32, supl.2, p.67-8, 2010.

DIAS, L. K. S.; VASCONCELOS, M. A.; VASCONCELOS, A. K. B.; MORAES, K. M.; SOBRAL, S. Attendance For Psychiatric Emergencies Due To The Use Of Psychoactive Substances. **PRÉ-HOSPITAL**. v.12, n.2, p.47-53, 2013.

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

IKUTA, C. Y; SANTOS, M. A; BADAGNAN, H. F; DONATO, E. C. S. G; ZANETTI ACG. Nursing workers' knowledge in psychiatric emergency situations: an integrative review. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.15, n.4, p.1034-42, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.20954>.

KANTORSKI, L. P. Os desafios da avaliação no campo da Saúde Mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**. Rio Grande do Sul, v.14, n.1, p.10-1, 2012.
MÂNGIA, E, F. Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, n.3, p 711-713, mar. 2010.

LIMA, D. U.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Understanding the nursing team in the assistance to the schizophrenic patient. **Revista Rene**. v.14, n.3, p.503- 11, 2013.

MANGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E NOVOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. **Ver. Terapia Ocupacional Universidade São Paulo**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 61-71, 2009.

MEDEIROS, H. L. V.; MONTEIRO, D. C.; ANDRADE, P. L. C. Perfil geral de atendimento em um serviço de emergência psiquiátrica. **Neurbiologia**, Recife, v.74, n.1, 2011.

MOTKE, Marice Berno; FRANCO, Gianfábio Pimentel. Qualidade de vida em saúde da equipe de enfermagem da unidade de emergência de um hospital de grande porte do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Contexto & Saúde**, v. 3, n. 05, p. 129-148, 2013.

Nabuco, E. Da reclusão à criação: construção da memória dos usuários do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. **Dissertação de Mestrado**, Universidade do Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F; MARCO, M. A. de. Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde e o usuário. **BIS, Bol Inst Saúde [on-line]**. 2010 abr [citado 23 jan 2012]; v.12, n.1. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000100009 &lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000100009&lng=pt&nrm=iso)

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

SANTOS, J. L. G; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista GaúchEnfermagem**. v.32, n.4, p.695-702, 2011.

SILVA, Nathália Santos et al. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. **Revista brasileira enfermagem**, Brasília , v. 66, n. 5, Oct. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500016&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2014.

SIVAKUMAR, S.; WEILAND, T. J; GERDTZ, M. F; KNOTT, J.; JELINEK, G. A. Mental health-related learning needs of clinicians working in Australian emergency departments: A national survey of self-reported confidence and knowledge. **Emergency Medicine Australasia**. n.23, p.697–711, 2011.

SOUSA, F. S. P.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. Ver. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, V. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.

WALDMAN, M. A. P. et. al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 2-3, jun. 2012.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidado. **Aquichan [on-line]**. 2008 abr [citado 21 jan 2012]; v. 8, n.1, p.85-96, 2012. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/126/252>.

CAPÍTULO 4

1 REFLEXÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica está refletida na diversidade de ações e contextos, em serviços alternativos de saúde mental e sua inserção em programas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Na emergência de saúde mental está associada a uma maior humanização do cuidado, o resgate da cidadania e dignidade da população.

É, também, uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, promovendo novos espaços para o portador de doença mental e incorporando-o nos princípios e garantias dos direitos humanos.

A reforma psiquiátrica é uma tentativa de formulação crítica e prática de propostas, como o desmonte de hospitais psiquiátricos e criação de serviços substitutivos revivendo a cidadania dos pacientes psiquiátricos e sua inserção na sociedade.

O contato direto e contínuo com os pacientes é uma característica comum aos trabalhadores da saúde. Porém, quando este é com pacientes portadores de transtornos mentais, exige-se do profissional de saúde um preparo psicológico.

Parte da assistência ao paciente com transtorno mental está sendo realizada em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), embora haja considerável número de atendimento em unidades de urgência e emergência, existe um clima de tensão emocional, desgaste físico e psíquico, por sua vez, a prática dos profissionais com o paciente com transtorno mental reúne diversas situações relacionadas ao tratamento ofertado ao paciente e aos fatores organizacionais que podem causar impacto sobre a saúde física e mental do profissional.

Apesar dos profissionais de saúde compartilharem várias atividades, cada profissão tem suas peculiaridades, tanto na formação acadêmica quanto no exercício profissional diário.

O envolvimento do profissional de saúde com paciente portador de transtorno mental pode afetar a qualidade da assistência, e gerar algum sentimento de frustração entre as expectativas idealizadas e os resultados obtidos na prática profissional, quando o mesmo não esteja capacitado e preparado psicologicamente para atender esses pacientes.

Existem empenho e dedicação por parte de muitos profissionais no atendimento aos portadores de transtornos mentais e são várias as dificuldades

encontradas no ambiente de trabalho, principalmente, por aqueles que trabalham em unidades de urgência e emergência.

Por sua vez, o impacto da formação acadêmica e o despreparo psicológico do profissional que prestará assistência ao portador de transtorno mental, têm sido pouco estudados. Refletindo diretamente na humanização do atendimento a esse paciente oferecido.

O desconhecimento do profissional gera tecnicismo, e esse tecnicismo mesmo que com boas intenções é uma forma do serviço esconder seu despreparo ao prestar assistência aos portadores de transtornos mentais. Tornando um desafio para equipe o envolvimento pessoal com paciente portador de transtorno mental, a preocupação genuína do profissional com o paciente é uma ferramenta essencial da humanização.

A humanização não é simplesmente o resultado de certas ações prescritas, mas é o resultado dos sentimentos genuínos de preocupação e envolvimento genuíno do profissional. Isto significa que os sentimentos do profissional são ferramentas da humanização.

O fato é que o profissional precisa usar seus conhecimentos como ferramenta de trabalho, para poder criar um serviço humanizado, é uma exigência muito pesada. Um esforço que exige do profissional muita superação e preparo técnico científico. Essa superação e esforço devem ocorrer também em relação às limitações que os profissionais reconhecem em si.

Com intuito de que este trabalho possa trazer reflexões aos profissionais de saúde que atuam em unidades de emergências, acerca do tipo de assistência que oferecem ao paciente portador de transtorno mental, propõe-se uma reflexão sobre a formação do profissional que compõe a equipe de enfermagem. O que poderá colaborar tanto com a qualidade e humanização do atendimento oferecido aos pacientes, e amenizar a insegurança demonstrada pelos profissionais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, A. L.; LEPRE, A. S.; GOMES, J. L. D.; PEREIRA, A. V.; DUTRA, V.F.D. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, jan./mar. 2011.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

AMORIM, A. M. M. N. E.; CRUZ, D. K. R.; CARDOSO, M. de L. L. O. Percepção do Enfermeiro no cuidar ao doente mental: uma revisão de literatura. **Revista multiprofissional do hospital São Marcos**. Teresina, v.1, n.2, p. 53-62, 2013.

AZEVEDO, E. B.; FERREIRA FILHA, M. O. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. **Ciência & Saúde**. Porto alegre, v.5, n.2, p.60-70, 2012.

BAGGIO, M. A; CALLEGARO, G. D; ERDMANN, A. L. Relações de “não cuidado” de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.15, n.1, p.116-23, 2011.

BONFADA, D. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Assistência às Urgências Psiquiátricas. [**Dissertação de Mestrado**] [online]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010. Disponível em: http://www.pgenf.ufrn.br/arquivos/teses/dissertacao_diego.pdf.

BRASIL. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei N. 10. 216\2001**, 2011.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Presidência da República, Brasília, 6 de Abril de 2001. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 09 set 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2006.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde Mental. **Temas de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em:** <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=435&Itemid=259>. Acesso em: 09 set 2014.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.34, n.3, 2011.

CARVALHO, J. C. Controle social e responsabilização familiar: a administração da emergência psiquiátrica em Brasília e na cidade do México **[tese]**. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.

CHARMAZ, K. A. **Construção da Teoria Fundamentada: guia Prático para a Análise Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Programa de Aperfeiçoamento Profissional. Resolução nº 399, de 3 de novembro de 2011**. Disponível em:<www.cofen.gov.br>. Acesso em 12/11/2014.

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

DAMÁSIO, V. F. et.al. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista de enfermagem da UFPE**. Recife, v. 4, n. 2, p. 112-119, 2008.

DEL-BEN, C. M.; TUNG, T. C. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.32, supl.2, p.67-8, 2010.

DIAS, L. K. S.; VASCONCELOS, M. A.; VASCONCELOS, A. K. B.; MORAES, K. M.; SOBRAL, S. Attendance For Psychiatric Emergencies Due To The Use Of Psychoactive Substances. **PRÉ-HOSPITAL**. v.12, n.2, p.47-53, 2013.

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

FRANÇA, I. G. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. **Psicologia, Ciência e Profissão** [Internet]. Brasília, v.5, n.1, p.146-63, 2008.

GOMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERREIRA, A. L. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Rev. Latino am. Psicopat**. São Paulo, v.17, n.1, p.69-84, 2014 .

HENWOOD, K.; PIDGEON, N. A. **Teoria fundamentada**. In **Breakwell, G. M et al. (org.) Métodos de pesquisa em Psicologia**. (pp.340-361). São Paulo: Artmed, 2010.

IKUTA, C. Y; SANTOS, M. A; BADAGNAN, H. F; DONATO, E. C. S. G; ZANETTI ACG. Nursing workers' knowledge in psychiatric emergency situations: an integrative review. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.15, n.4, p.1034-42, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.20954>.

KANTORSKI, L. P. Os desafios da avaliação no campo da Saúde Mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**. Rio Grande do Sul, v.14, n.1, p.10-1, 2012.

KONDO, E.H. et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, Curitiba, a.2, n.45, p. 501 – 507, ago. 2010.

LIMA, D. U.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Understanding the nursing team in the assistance to the schizophrenic patient. **Revista Rene**. v.14, n.3, p.503- 11, 2013.

MÂNGIA, E, F. Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, n.3, p 711-713, mar. 2010.

MANGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E NOVOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. **Ver. Terapia Ocupacional Universidade São Paulo**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 61-71, 2009.

MEDEIROS, H. L. V.; MONTEIRO, D. C.; ANDRADE, P. L. C. Perfil geral de atendimento em um serviço de emergência psiquiátrica. **Neurbiologia**, Recife, v.74, n.1, 2011.

MENEZES, P. R. et al. Incidence of first-contact psychosis in São Paulo, Brazil. **The British journal of Psychiatry**, London, v. 19, n.1, p.102 – 106, 2009.

MOTKE, Marice Berno; FRANCO, Gianfábio Pimentel. Qualidade de vida em saúde da equipe de enfermagem da unidade de emergência de um hospital de grande porte do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Contexto & Saúde**, v. 3, n. 05, p. 129-148, 2013.

Nabuco, E. Da reclusão à criação: construção da memória dos usuários do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. **Dissertação de Mestrado**, Universidade do Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

NEGREIROS, P. L.; FERNANDES, M. O.; MACEDO-COSTA, K. N. F.; SILVA, G. R. F. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. **Revista eletrônica de enfermagem [on-line]**. 2010 jan [citado 12 jan 2012]; v.12, n.1, p.120-32, 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a15.pdf

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; MARCO, M. A. de. Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde e o usuário. **BIS, Bol Inst Saúde [on-line]**. 2010 abr [citado 23 jan 2012]; v.12, n.1. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000100009 &lng=pt&nrm=iso

NORDSTROM, K, et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. **West J Emerg Med [Internet]**. v.13, n.1, p.3–10, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298208/>. Acesso em 09 set 2014.

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

PACHECO, J. G. Reforma Psiquiátrica, uma Rev Tempus Actas Saúde //49 Realidade Possível - **Representações Sociais da Loucura e a História de uma Experiência**. Curitiba, Juruá, 2009.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. Da Saúde**, Rio Grande do Sul, v.16, n. 1, p.111 – 124, 2012. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1_10saudemental.pdf>. Acesso em: 14 set 2014.

SANTOS, J. L. G; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha**

Enfermagem. v.32, n.4, p.695-702, 2011.

SANTOS, A. L. G dos; FARIAS, F. R. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **Rev. Latino americana de Psicopatía Fundada**. São Paulo, v.17, n.3, p.515-527, 2014

SANTOS, M. E. S. et al. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n.5, p.468-74, 2000.

SILVA, Nathália Santos et al. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. **Revista brasileira enfermagem**, Brasília , v. 66, n. 5, Oct. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500016&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2014.

SIVAKUMAR, S.; WEILAND, T. J; GERDTZ, M. F; KNOTT, J.; JELINEK, G. A. Mental health-related learning needs of clinicians working in Australian emergency departments: A national survey of self-reported confidence and knowledge. **Emergency Medicine Australasia**. n.23, p.697–711, 2011.

SOUSA, F. S. P.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. Ver. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, V. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.

STRAUSS, A.: CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento da Teoria Fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 288.

TANAKA, L. H.; LEITE, M. M. J. Processo de trabalho do enfermeiro: visão de professores de uma universidade pública. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 13, jun. 2008.

VELOSO, Tatiana Maria Coelho; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde

mental. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre , v. 34, n. 1, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2014.

WALDMAN, M. A. P. et. al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 2-3, jun. 2012.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidado. **Aquichan [on-line]**. 2008 abr [citado 21 jan 2012]; v. 8, n.1, p.85-96, 2012. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/126/252>.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

O (a) Sr. (a) é convidado a participar da pesquisa sobre **“A equipe de enfermagem e a emergência psiquiátrica: vozes de profissionais numa unidade de pronto atendimento”** cujo objetivo é Conhecer a percepção da equipe de enfermagem atuante na unidade de pronto atendimento, diante às emergências psiquiátricas. Descrever os sentimentos que o atendimento emergencial ao paciente portador de transtorno mental evoca nos profissionais e Compreender como o profissional vivencia sua atuação numa emergência psiquiátrica. Sua participação é voluntária, não remunerada e não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo, para tanto, necessito que responda a uma entrevista aberta sobre o tema. Caso queira se retirar, em qualquer etapa da pesquisa, não haverá nenhum dano ou prejuízo. Conforme previsto pela resolução 466/12 que regulamenta sobre a participação com seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

O (a) Sr. (a) tem acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. O material com as suas informações da entrevista ficará guardado sob a responsabilidade do pesquisador, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, sendo destruído após a finalização da pesquisa.

A presente pesquisa não implica riscos físicos aos participantes uma vez que não é nenhum procedimento invasivo, nem se fará experimentos com as mesmas.

Porém caso, apresente algum transtorno de ordem psicológica relacionada a descrição do fenômeno no momento da coleta de dados, será encaminhado para O departamento de psicologia da PUC-Goiás a fim de se ter um tratamento adequado de possíveis contratempos de ordem psicológica. Vale ressaltar que o tratamento, caso necessário, será realizado sem ônus algum para o (a) Sr. (a). Informo ainda que não haverá ressarcimento uma vez que todo custeio e gasto da pesquisa será de responsabilidade da pesquisadora. Com relação a indenização, caso o senhor (a) sintasse prejudicado, o mesmo deverá buscar a justiça e o que for decidido judicialmente será acatado pela pesquisadora..

A pesquisadora responsável é a Enfermeira Viviana Cristina de Souza Carvalho, Mestranda em Ciências Ambientais e Saúde que pode ser encontrada no seguinte endereço: Rua U-3, Residencial Gralha Azul, Apart. 302, Setor Universitário.

Rio Verde – GO, telefone (64) 99789893.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Viviana Cristina de Souza Carvalho

Pesquisadora Responsável

DECLARO TER SIDO SUFICIENTEMENTE INFORMADO A RESPEITO DAS INFORMAÇÕES QUE LI OU QUE FORAM LIDAS PARA MIM. CONCORDO VOLUNTARIAMENTE EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO E PODEREI RETIRAR O MEU CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO SEM QUALQUER DANO OU PREJUÍZO.

Eu, _____, RG _____,

após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Rio Verde, _____ de _____ de 2014.

Participante da Pesquisa

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

PARTE 1- caracterização dos participantes:

Idade:_____ Estado civil:_____

Profissão: _____ Tempo de trabalho:_____

Escolaridade: () curso técnico () superior () pós-graduado

PARTE 2- Questões norteadoras:

2.1- Conte-me sobre sua vivência com pacientes psiquiátricos na UPA.

2.2- Que providencias são tomadas ao atender uma emergência psiquiátrica.

2.3- Qual o seu sentimento em relação ao paciente psiquiátrico.

2.4- Fale-me sobre a hospitalização do paciente psiquiátrico na UPA.

2.5 – Você vê o paciente psiquiátrico diferente dos demais pacientes que são atendidos na UPA.

2.6 – Que mudança ocorre na sua rotina de trabalho quando chega uma emergência psiquiátrica.

ANEXO I - CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL**À UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA**

Rio Verde-GO, 10 de Fevereiro de 2014.

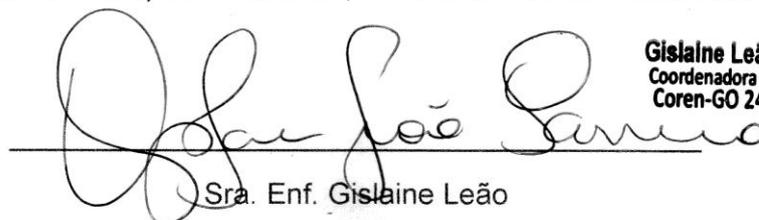
Sra. Enf. Gislaine Leão

Coordenadora de Enfermagem

Venho por meio desta, informar que está ciente e de acordo com a realização nesta instituição da pesquisa intitulada **PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ATUANTE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE RIO VERDE - GO, FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS PSQUIÁTRICAS** sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Mestranda Viviana Cristina de Souza Carvalho a ser realizada no período de Junho de 2014.

Esta instituição está ciente da liberação/entrada da pesquisadora para a coleta dos dados referentes à pesquisa, somente mediante a apresentação do **PARECER de APROVADO pelo CEP**. Esta instituição é consciente de sua co-responsabilidade do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

A pesquisadora responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS no 466/12 e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após a aprovação do projeto por parte desse Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/PUC (GO) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, se houver também necessidade.



Gislaine Leão Parreira
Coordenadora Enfermagem
Coren-GO 242337-UPA

Sra. Enf. Gislaine Leão
Coordenadora de Enfermagem

ANEXO II – DECLARAÇÃO DA PSICOLOGA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA



Prefeitura Municipal de Rio Verde
Secretaria da Saúde



Psicologia

Declaração

Declaro para os devidos fins, que o serviço de Psicologia da UPA oferecerá o devido apoio e atendimento psicológico, caso necessário, aos funcionários da equipe de enfermagem da unidade que participarão da pesquisa cujo tema é: Percepção da Equipe de Enfermagem Atuante na Unidade de Pronto Atendimento do Município de Rio Verde - GO, Frente às Emergências Psiquiátricas.

Grata,


Carolina P. Ataides
Psicóloga
Carolina Pereira Ataides
Psicóloga
CRP. 09/007395

ANEXO III- PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 649.131



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ATUANTE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE RIO VERDE - GO, FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS.

Pesquisador: Viviana Cristina de Souza Carvalho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 27412014.2.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goias

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 649.131

Data da Relatoria: 14/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado do Curso de Mestrado Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Será desenvolvido um estudo qualitativo de caráter interpretativo segundo o referencial da Teoria Fundamentada em Dados. O estudo será desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Rio Verde. Os pesquisadores descrevem que a equipe de enfermagem encontra dificuldades em perceber de forma abrangente, o paciente frente a emergências psiquiátricas no contexto das unidades de emergência e apontam que o desenvolvimento do estudo contribuirá para as reflexões aos profissionais de saúde que atuam em unidades de emergências, acerca do tipo de assistência que oferecem ao doente mental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Conhecer a percepção da equipe de enfermagem atuante na unidade de pronto atendimento, diante às emergências psiquiátricas.

Objetivo Secundário:

- Descrever os sentimentos que os membros da equipe de enfermagem de uma Unidade de Pronto

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 649.131

Atendimento apresentam em relação ao paciente psiquiátrico e sobre o atendimento de emergências psiquiátricas, naquele local;

- Analisar o atendimento oferecido pelos membros dessas equipes ao paciente psiquiátrico, durante a sua admissão ou permanência no local.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Atende as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos dispostas na Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta uma revisão da literatura com adequada contextualização da problemática relacionada as emergências psiquiátricas na rede de atenção a saúde e justificativa sobre a importância em estudar a percepção da equipe de enfermagem sobre o atendimento a pessoa com problema mental na unidade de pronto atendimento. Os pesquisadores esperam que o estudo contribua com as reflexões necessárias para o processo de humanização do cuidado ao paciente psiquiátrico e o conforto de familiares. Além disso, contribuirá para a prática clínica e formação de profissionais de saúde de modo a ampliar o conhecimento sobre os desafios para cuidar frente a emergência psiquiátrica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos dispostas na Resolução 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores atenderam as pendências indicadas no parecer anterior.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 649.131

GOIANIA, 15 de Maio de 2014

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br