



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL**

Doutoranda: Aline Aparecida Buriola

Orientadora: Prof. Dra. Laura Misue Matsuda

MARINGÁ – PR
2015

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Doutorado em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá – Paraná, para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Doutoranda: Aline Aparecida Buriola

Orientadora: Profa. Dra. Laura Misue Matsuda

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e em Enfermagem.

MARINGÁ – PR
2015

610.736 8 Buriola, Aline Aparecida.
B958a Avaliação qualitativa de um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral / Aline Aparecida Buriola – Maringá, 2015.
(134)f.: il.

Tese (Doutorado em Enfermagem) -
Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá,
PR, 2015.
Bibliografia.
Orientador: Dra. Laura Misue Matsuda

1. Serviços de emergência psiquiátrica. 2.
Enfermagem. 3. Serviços de saúde mental. I. Título.

ALINE APARECIDA BURIOLA

**AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL**

Aprovada em: 15/12/2015

Banca examinadora

1. Prof^a. Laura Misue Matsuda
Universidade Estadual de Maringá

 2. Prof^a. Dr^a. Magda Lúcia Félix de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá

 2. Prof . Dr. Sonia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá

 3. Prof^a. Dr^a. Leandro Barbosa de Pinho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
-

MARINGÁ - PR
2015

Dedico este trabalho a Deus, pois sem ELE tenho certeza de que os caminhos, que se apresentaram longos e tortuosos, não seriam percorridos e nada disso seria possível.

Especialmente ao meu pai que, mesmo na sua ausência, foi e sempre será o grande exemplo da minha vida, com imensa saudade acredito que estás comigo, como em todos os momentos.

À minha mãe, meu irmão e minha amiga e cunhada Cristiane, por todo o esforço realizado para que eu conseguisse alcançar meus sonhos.

Ao meu marido Cláudio que, com sua paciência e otimismo, foi meu pilar em todo esse processo. Obrigada por me ensinar diariamente que uma vida a dois se constrói com doação e amor.

E especialmente à professora Maria Angélica Pagliarini Waidman que foi a idealizadora deste trabalho... Sua ausência é sentida com muita dor, você estará sempre em minha memória e coração.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Laura Misue Matsuda**, que aceitou o desafio de me acompanhar nesta aventura. Sua dedicação e conhecimento me fizeram crescer como profissional e pessoa. Agradeço pela paciência e empenho na construção deste estudo.

À professora **Luciane Prado Kantorski**, sua luz foi o que direcionou meu caminho. Serei eternamente grata pelos momentos que me foram dedicados.

À professora **Sonia Silva Marcon** que, com seus conselhos, não me deixou desistir nos momentos em que eu mesma pensei não conseguir seguir adiante.

À professora **Catarina Aparecida Sales** pelo cuidado que me prestou no momento mais difícil deste processo, quando necessitei me afastar para cuidar da própria saúde.

Ao professor **Leandro Barbosa de Pinho** pelas contribuições enriquecedoras neste estudo.

A todos os **profissionais que atuam no Serviço de Emergência Psiquiátrica** que, com amizade e dedicação estiveram presentes na coleta de dados, incentivando a busca incansável pelo conhecimento. Em especial a **Gilmara Rister** pelo acolhimento e amizade.

Aos **professores e funcionários** do Programa de Pós-Graduação do Doutorado em Enfermagem, pelos momentos de aprendizado, e principalmente à **Cristiane**, Secretária do Programa, pela imensa paciência e ajuda nesses anos de convivência. Sempre levarei você no meu coração.

Aos amigos do doutorado, **Robsmeire, Alyne, Maria Antônia, Kelly, Kátia, Rosana, Emiliana, Carla, Gisele**, e em especial a irmã de alma **Marcelle Paiano** sempre presente nos momentos de tristeza e alegria.

Aos **usuários e familiares** que contribuíram para a realização deste estudo, sem o empenho destas pessoas isto seria impossível de se realizar.

Aos meus queridos **alunos de graduação** que, sem pensar em recompensas contribuíram com a transcrição de todas as entrevistas. Vocês são o brilho dos meus dias.

E especialmente aos **professores e grandes amigos da Universidade do Oeste Paulista**, por me conduzirem pelas mãos quando eu não sabia mais por onde andar.

A TODOS, MUITO OBRIGADA!

A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.
Machado de Assis, "O Alienista", p. 22.

BURIOLA, A.A.: **Avaliação qualitativa de um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral**. 2015. 133f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Maringá - PR.

RESUMO

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, 3% da população com transtornos mentais graves ou severos é atendida, e mais de 12% necessitam de atendimento em serviços de saúde mental, seja de modo contínuo ou eventual. Diante de dados tão expressivos, faz-se importante realizar estudos relacionados à dinâmica assistencial das unidades de cuidado, a fim de que esses Serviços sejam reconhecidos nas políticas públicas de saúde como estruturas adequadas para atender a demanda psiquiátrica emergente no país. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo geral avaliar um Serviço de Emergência Psiquiátrica, inserido em um hospital geral. Foi realizada uma pesquisa avaliativa, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, utilizando-se como base teórica e metodológica a Avaliação de Quarta Geração, de abordagem hermenêutica e dialética, de cunho construtivista e responsivo. Participaram deste estudo integrantes de três grupos de interesse: profissionais (15), usuários (nove) e familiares (seis). A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2014, por meio de observação não participante, observação participante e entrevista individual. A análise do material foi realizada pelo método comparativo constante. As entrevistas foram transcritas na íntegra e para a apreensão dos resultados as informações referentes à análise empírica foram associadas a cada grupo de interesse e decompostas em unidades temáticas; unidades de informação e; fragmentos das entrevistas. Para a obtenção de consensos acerca da avaliação do Serviço, os resultados foram apresentados em reuniões de negociação, com cada grupo de interesse. Obteve-se que a Unidade de Emergência Psiquiátrica apresenta uma dinâmica assistencial comprometida pelo elevado número de atendimentos. Contudo, mesmo com sua capacidade de atendimento assistencial extrapolada, a Emergência Psiquiátrica consegue promover assistência em saúde humanizada. Em relação à estrutura física constatou-se que a unidade de saúde investigada apresenta ambiente físico adequado para o atendimento imediato de adultos. Entretanto, existem fragilidades como necessidade de adequar o quantitativo de recursos humanos e estrutura física não planejada para o atendimento de crianças. Sobre a atuação do enfermeiro foi possível apreender que, mesmo com acúmulo de atividades, o enfermeiro é primordial na organização da dinâmica assistencial e para a articulação entre a equipe multidisciplinar e o cuidado. Concluiu-se que, no Serviço de Emergência Psiquiátrica investigado a construção do cuidado em saúde mental, nos moldes da Reforma Psiquiátrica, ainda é um desafio a ser superado, pois constatou-se que a qualidade do cuidado é prejudicada devido à alta demanda de atendimento, a estrutura física para assistência às crianças é inadequada e há sobrecarga de trabalho do enfermeiro.

Descritores: Avaliação. Serviços de emergência psiquiátrica. Unidade hospitalar de psiquiatria. Serviços de saúde mental. Enfermagem.

BURIOLA, A.A.: **Qualitative Evaluation of a psychiatric emergency service in a general hospital.** p (138). Thesis (PhD program in Nursing) - State University of Maringá. MARINGÁ - PR, 2015.

ABSTRACT

In Brazil, in agreement with the Ministry of Health, 3% of the population is assisted with serious or severe mental illness and; more than 12% need assistance in Mental Health Services in a continuous or fortuitous manner. Considering such expressive data, it is important to carry out studies related to the dynamics of assistance on the units of care, so that those Services are recognized in the public health politics as appropriate structures to assist the emergent psychiatric demand in the country. Thus, the present research had the main purpose to evaluate a Psychiatric Emergency Service, which was part of a general hospital. An evaluative, qualitative, case study type research was accomplished, using as theoretical and methodological base, the Fourth Generation Evaluation, constructivist, responsive and with hermeneutic-dialectic approach. In the study, took part members of three interest groups: professionals (15), users (9) and relatives (6). Data was collected from February to June 2014, through non participant observation, participant observation and individual interview. The analysis of the material was accomplished by the constant comparative method. The interviews were transcribed verbatim and to obtain the results, the information referring to the empiric analysis, were associated to each group of interest and divided into thematic units; units of information and; fragments of interviews. For the consensus concerning the evaluation of the Service, the results were presented in negotiation meetings, with each group of interest. It was found that the Unit of Psychiatric Emergency presents a dynamics of assistance compromised by the high number of assistances. However, even with its capacity of assistance surpassed, the Psychiatric Emergency is able to promote humanized health assistance. With regard to the physical structure, it was possible to verify that the investigated health unit presents appropriate physical environment for the adults' immediate assistance. However, there is a necessity to adapt the quantitative of human resources and the physical structure which was not planned for the children's assistance. Concerning the nurse performance it was possible to apprehend that, even with accumulation of activities, the nurse role is essential in the organization of the assistance, as well as for the articulation between the multidisciplinary team and the care. It was concluded that, in the investigated Psychiatric Emergency Service the construction of care in mental health, in the pattern of the Psychiatric Reform, is still a challenge to be overcome, since it was proved that the quality of the care has been harmed due to the high demand of assistance; the physical structure for the assistance to children is inadequate and; there is an excessive load of work on the nurses.

Keywords: Evaluation. Psychiatric Emergency Service. Hospital Psychiatric Unit. Mental Health Services. Nursing.

BURIOLA, A.A.: **Evaluación cualitativa de un servicio de urgencia psiquiátrica en el hospital general.** f (138). Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Maringá - PR, 2015.

RESUMEN

En Brasil, de acuerdo con el Ministerio de la Salud, el 3% de la población es atendida con trastornos mentales graves o severos y; más del 12% necesitan de atención en servicios de salud mental, sea de modo continuo o eventual. Delante de datos tan expresivos, se hace importante la realización de estudios relacionados a la dinámica asistencial de las unidades de cuidado, a fin de que estos Servicios sean reconocidos en las políticas públicas de salud como estructuras adecuadas a la atención de la demanda psiquiátrica emergente en el país. Así, la presente investigación tuvo como objetivo general evaluar un Servicio de Urgencia Psiquiátrica, insertado en un hospital general. Fue realizada una investigación evaluativa, de enfoque cualitativo, del tipo estudio de caso, utilizando como base teórica y metodológica la Evaluación de Cuarta Generación, de enfoque hermenéutico y dialéctico, de carácter constructivista y responsivo. Participaron del estudio integrantes de tres grupos de interés: profesionales (15), usuarios (nueve) y familiares (seis). La recolección de los datos fue realizada en el período de febrero a junio de 2014, por medio de observación no participante, observación participante y entrevista individual. El análisis del material fue realizado por el método comparativo constante. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y para la comprensión de los resultados, las informaciones referentes al análisis empírico fueron asociadas a cada grupo de interés y descompuestas en unidades temáticas; unidades de información y; fragmentos de las entrevistas. Para la obtención de consensos acerca de la evaluación del Servicio, los resultados fueron presentados en reuniones de negociación con cada grupo de interés. Se obtuvo que la Unidad de Urgencia Psiquiátrica posee una dinámica asistencial comprometida por el elevado número de atenciones. No obstante, incluso con su capacidad de atención asistencial sobrepasada, la Urgencia Psiquiátrica consigue promover asistencia en salud humanizada. Con relación a la estructura física, fue posible verificar que la unidad de salud investigada presenta ambiente físico adecuado para la atención inmediata de adultos. Sin embargo existen fragilidades, necesidad de adecuar el cuantitativo de recursos humanos y la estructura física que no está planificada para la atención de niños. Sobre la actuación del enfermero fue posible comprender que, incluso con la acumulación de actividades, el enfermero es primordial en la organización de la dinámica asistencial, así como para la articulación entre el equipo multidisciplinario y el cuidado. Se concluyó que, en el Servicio de Urgencia Psiquiátrica investigado, la construcción del cuidado en salud mental, en los moldes de la Reforma Psiquiátrica, aún es un reto a ser superado, pues se verificó que la calidad del cuidado es perjudicada debido a la alta demanda de atención; además la estructura física para asistencia a los niños es inadecuada y; existe sobrecarga de trabajo del enfermero.

Descriptor: Evaluación. Servicios de urgencia psiquiátrica. Unidad hospitalaria de psiquiatría. Servicios de salud mental. Enfermería.

LISTA DE SIGLAS

C1	Construções 1
C2	Construções 2
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COPEP	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
F	Família
P	Profissional
R1	Respondente 1
R2	Respondente 2
R3	Respondente 3
RPQ	Reivindicações, Preocupações e Questões
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U	Usuários
UEM	Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÃO COM O TEMA	17
2	INTRODUÇÃO.....	20
2.1	Justificativa e Objeto de Estudo.....	23
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1	A Reforma Psiquiátrica e seus Desdobramentos no Cuidado em Saúde.....	25
3.2	O Serviço de Emergência Psiquiátrica como Dispositivo de Cuidado Substitutivo em Saúde Mental.....	28
3.3	A Qualidade do Cuidado em Saúde Mental como Foco da Reforma Psiquiátrica.....	30
3.4	Estudos de Avaliação como Instrumentos para a Construção da Qualidade dos Serviços de Saúde Mental	33
4	AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO COMO REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	38
4.1	Enfoque Responsivo.....	42
4.2	Metodologia Construtivista.....	43
4.3	Círculo Hermenêutico-Dialético.....	44
5	OBJETIVOS	47
5.1	Objetivo Geral	47
5.2	Objetivos Específicos.....	47
6	PERCURSO METODOLÓGICO.....	48
6.1	Tipo de Estudo.....	48
6.2	Cenário do Estudo.....	48
6.3	Aspectos Operacionais do Processo Avaliativo.....	50
6.3.1	O contato com o campo.....	50
6.3.2	Identificação dos grupos de interesse.....	50
6.3.3	Procedimentos e técnicas de coleta de dados.....	52
6.3.4	Ampliação das construções conjuntas.....	55
6.4	Análise dos Dados.....	55
6.4.1	Identificação das unidades de informação e categorias temáticas.....	64
6.5	Preparação do Material Empírico e Realização da Etapa de Negociação.....	64
6.6	Considerações Éticas.....	65
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
7.1	Artigo 1: Compreendendo a Dinâmica Assistencial do Serviço de Emergência Psiquiátrica a partir do Método de Quarta Geração.....	68
7.2	Artigo 2: Avaliação Qualitativa da Estrutura de um Serviço de Emergência Psiquiátrica Inserido em Hospital Geral.....	82
7.3	Artigo 3: Avaliação da Atuação do Enfermeiro em um Serviço de Emergência Psiquiátrica.....	101
8	IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PRÁTICA E A PESQUISA NA ENFERMAGEM.....	116

9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
	REFERÊNCIAS.....	122
	APÊNDICES.....	129
	ANEXO.....	134

1 APROXIMAÇÃO AO TEMA

Este estudo surgiu a partir de observações realizadas durante a minha atuação como enfermeira assistencial em um Centro de Assistência Toxicológica e também de inquietações na prática da docência na disciplina Assistência de Enfermagem Psiquiátrica, de uma Universidade do Oeste Paulista. Com o intuito de melhor compreender as angústias que perpassavam minha mente frente ao cuidado em saúde mental, mencionarei algumas situações que influenciaram a minha trajetória pessoal e profissional.

Relembrando fatos ocorridos em meados de 1995, quando tinha apenas 13 anos, percebo que o transtorno mental me inquietou pela primeira vez. Certa tarde, a senhora Esperança (vale preservar o nome em respeito à privacidade), vizinha querida de longo período, adentrou em minha casa, vestida de maneira bizarra, bem diferente do que se apresentava em seu cotidiano, expondo um comportamento excêntrico e discurso libidinoso.

Durante vários dias, Esperança apresentou alterações comportamentais. Não dormia, nem se alimentava adequadamente, apresentando grave emagrecimento e durante a noite gritava frases desconexas na rua que, para as crianças do bairro, soavam como piadas e isso fazia com que, em muitos momentos, perseguissem a pobre insana, agravando o seu estado mental.

Assim, após muito sofrimento, Esperança foi internada o que se prolongou por meses. Ao retornar para casa havia tristeza profunda em seus olhos, o que me fez acreditar na fragilidade do cuidado que lhe foi ofertado. Após essa vivência pessoal, e por presenciar na família o processo de cuidado como instrumento de trabalho da minha mãe que sempre foi cuidadora de idosos, dentre eles da Senhora Esperança, decidi ser enfermeira para também ter condições de cuidar de pessoas com humanidade, dedicação e amor.

Em 2003, com 19 anos, iniciei o Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá e lembro claramente que, ao refletir sobre o meu futuro profissional, concluí: "... um dia trabalharei com Saúde Mental para ajudar as pessoas com transtorno mental a sofrerem menos frente à convivência com a loucura".

No início do terceiro ano ingressei no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário de Maringá. Naquele período, o que me instigava eram os casos de tentativas de suicídio, que me faziam refletir sobre a questão da saúde mental e mais uma vez surgia a pergunta: “será que essas pessoas não convivem com alguém que, cuide delas adequadamente, de forma a não chegarem ao ponto de tentarem o suicídio?”.

Em 2008 iniciei o Mestrado em Enfermagem, também na Universidade Estadual de Maringá, e, ao mesmo tempo, atuava na condição de enfermeira assistencial em um Serviço de Emergência Hospitalar. Desse modo, a partir das experiências durante os atendimentos à pessoa com transtorno mental, associadas às reflexões na disciplina Assistência à Família e ao Cuidador, realizada no mestrado, desenvolvi uma pesquisa objetivando identificar quais são os cuidados de enfermagem ofertados em uma unidade de emergência à família das pessoas que tentavam suicídio (BURIOLA et al., 2011), com o intuito de saber se os Serviços de urgência e emergência eram qualificados para prestar cuidado à pessoa com transtorno mental, tendo como objeto de cuidado não apenas o doente, mas também sua família. Os resultados demonstraram que havia pouca efetividade no cuidado ofertado a essa população, porém trouxe à tona a reflexão para com o cuidado emergencial em saúde mental.

Ao finalizar o Mestrado, em 2010, iniciei minha carreira docente em uma Universidade privada no Estado de São Paulo, onde estou até o momento e ministro a disciplina Assistência de Enfermagem Psiquiátrica. Por meio da atuação acadêmica pude comprovar, pela observação realizada durante as aulas práticas, que os serviços de cuidado em saúde mental existentes nessa região apresentam fragilidades na construção da qualidade do cuidado em saúde mental, necessitando de investimento técnico e científico para melhorias na consolidação do processo de assistência integral em psiquiatria.

Com a finalidade de contribuir para a (re)construção do cuidado em saúde mental decidi cursar o Doutorado em Enfermagem e realizar estudos direcionados à avaliação de serviços em saúde mental, principalmente àqueles existentes na região onde atuo profissionalmente, objetivando a consolidação de uma proposta de cuidado humanizado e qualificado em saúde mental.

Frente ao exposto surgiu a proposta de avaliação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica, localizado no Oeste Paulista, o qual atua como “porta de entrada” para o cuidado em saúde mental e sobrevive heroicamente às divergências cotidianas, se esmerando para realizar ações que tenham como prioridade a resolutividade do atendimento em saúde mental, prestado à população.

2 INTRODUÇÃO

No Brasil, 3% da população sofre com transtornos mentais graves ou severos, e mais de 12%, necessita de algum atendimento em serviços de saúde mental, seja de modo contínuo ou eventual (BRASIL, 2011a). Diante de dados tão expressivos, faz-se importante e necessária a realização de estudos relacionados à dinâmica assistencial das unidades de cuidado psiquiátrico, a fim de que essas sejam valorizadas nas discussões acerca das políticas públicas de saúde, como estrutura adequada para atender a demanda psiquiátrica emergente no país, em conformidade com o contexto da Reforma Psiquiátrica.

O movimento de desinstitucionalização, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, tem como desafio a consolidação dos serviços substitutivos por meio da reformulação da assistência em saúde mental. Nesse contexto, é preciso chamar a atenção para a fragilidade da produção de conhecimento acerca da qualidade dessas unidades de cuidado, principalmente aquelas de natureza pública, como as emergências psiquiátricas inseridas nos hospitais gerais, que padecem com os diferentes tipos de barreiras para realizar a interface com a comunidade e a articulação com a rede de saúde mental, expondo os pacientes ao risco de desassistência, baixa qualidade do atendimento e, também, da baixa resolutividade dos casos (SOUZA et al., 2011).

Estudo que objetivou caracterizar a clientela assistida em uma Emergência Psiquiátrica inserida em um hospital geral constatou a existência de alta demanda de cuidados e comprometimento na oferta de ações de qualidade em saúde mental. Nesse aspecto, foi evidenciada a necessidade de se intensificar a discussão em relação ao Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2010), sobretudo no que tange a pesquisas que abarcam a subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo de construção do cuidado emergencial em saúde mental.

Em outro estudo, realizado com jovens que utilizavam drogas de abuso no município de Maringá – Paraná, foi constatado que os serviços de saúde públicos, de modo geral, têm baixo impacto nas questões de cuidado em saúde mental (BALLANI; OLIVEIRA, 2007). Esse fato pode ser considerado como consequência das fragilidades na questão da qualidade destas unidades

de assistência, principalmente no que concerne ao cuidado emergencial em saúde mental inserido nos hospitais gerais, pois a doença mental ainda é permeada por estigmas e preconceitos que dificultam o vínculo e o acolhimento entre o usuário e as unidades de saúde.

Considerando a necessidade de fortalecer o conhecimento relacionado à dinâmica assistencial, estudos de avaliação têm sido desenvolvidos no Brasil, com o intuito de identificar fragilidades e de potencialidades dos serviços de emergência (SELEGHIN et al., 2010; KANTORSKI et al., 2009), mas poucos têm como foco o atendimento à pessoa com transtorno mental.

A avaliação em saúde é um processo crítico e reflexivo sobre práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços. É um método contínuo e sistemático cuja temporalidade se define em função do âmbito em que ela se estabelece porque a avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica. Embora essa dimensão esteja presente, a avaliação deve ser entendida como uma dinâmica de negociação, devendo constituir-se, portanto, em uma forma de pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades no âmbito das instituições de saúde (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2010).

Trazendo à tona a questão da avaliação do cuidado em saúde mental é importante colocar em foco a percepção da equipe de saúde sobre as ações assistenciais desenvolvidas nas unidades onde atuam. Nesse contexto, os profissionais devem ter como base o cuidado apoiado no acolhimento, de modo a concretizar os princípios da Reforma Psiquiátrica, levando em consideração a singularidade de cada indivíduo, e mais que isto, valorizando a força da família no contexto do cuidado em saúde mental (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010; WAIDMAN; ELSEN, 2006).

Ao se discutir sobre a funcionalidade dos serviços não se pode deixar de refletir sobre a importância do profissional qualificado no contexto de cuidado em saúde. Assim, estudo realizado por Jodas e Hadadd (2009), que teve como objetivo investigar os sinais e sintomas de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um Pronto Socorro de Hospital Universitário, correlacionando-os com fatores preditores, identificou que a dinâmica

organizacional do trabalho em um Pronto Socorro gera sobrecarga de movimento e tensão ocupacional.

O estudo de Jodas e Haddad (2009) traz à tona a reflexão de que a sobrecarga física e emocional presente nos trabalhadores pode ser ainda maior naqueles profissionais que atuam nos serviços que têm como foco o cuidado emergencial em saúde mental. Isso porque, a convivência com a doença mental e seus desdobramentos não é algo simples e fácil (SILVA, 2009), aspecto que pode comprometer a qualidade do cuidado prestado.

Com o propósito de compreender algumas questões que edificam a assistência em saúde mental é importante investigar como os atores envolvidos no processo de cuidado em saúde percebem o serviço. Para tanto, estudos de avaliação de Quarta Geração têm sido realizados, principalmente no contexto da psiquiatria, como instrumento para a construção de consensos acerca da questão da qualidade, integralidade e resolutividade da Rede de Atenção em Saúde Mental (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012; KANTORSKI et al., 2010; KANTORSKI et al., 2009).

A discussão sobre os serviços de saúde mental, por meio da avaliação qualitativa, objetiva instrumentalizar a melhoria do cuidado em saúde, utilizando construções significativas, organizadas com base na percepção dos sujeitos envolvidos no cotidiano das unidades. Desse modo, as vivências dos atores no processo de cuidado (profissionais, usuários e familiares), vislumbram a potencialização das ações dos sujeitos como protagonistas das mudanças necessárias à qualidade do cuidado em saúde mental (KANTORSKI, 2012).

Avaliar a percepção dos sujeitos envolvidos nos serviços de saúde é tarefa árdua, entretanto é importante e necessária para o conhecimento das fragilidades e potencialidades existentes no processo de cuidado. No campo da saúde mental pesquisas com esse foco apresentam caráter inovador porque abarcam a avaliação qualitativa como método para o conhecimento da realidade construída e vivenciada pelos responsáveis pelas ações de saúde, estabelecidas nas unidades de atendimento.

Considerando-se que os recursos humanos ocupam posição de destaque na assistência em saúde, e refletem a dinâmica das unidades de cuidado (MACHADO, 2010; MONTEIRO, 2009), nesta pesquisa tem-se como

foco a investigação por meio da Avaliação de Quarta Geração, visando à consolidação da Política Nacional de Saúde Mental.

2.1 Justificativa e Objeto de Estudo

De acordo com as publicações científicas e pela vivência profissional na função de docente da disciplina Assistência de Enfermagem em Psiquiatria, em um curso de Graduação em Enfermagem, constatou-se que existem fragilidades no processo de cuidado em saúde mental, as quais podem comprometer a qualidade do cuidado ofertado no Serviço de Emergência Psiquiátrica, inserido em um hospital geral do Oeste Paulista. Desse modo, o presente estudo se pauta nas seguintes justificativas:

- Relevância em construir consensos entre os profissionais de saúde, usuários e familiares sobre o funcionamento do Serviço, a fim de apreender o que os mesmos consideram potencialidades e fragilidades no processo assistencial, contribuindo para o empoderamento (*empowerment*) destes sobre a qualidade da assistência ofertada e recebida.
- Busca por melhores formas de cuidado em saúde mental, por meio da discussão com os profissionais, usuários e familiares sobre estratégias para a edificação da qualidade da atenção em saúde mental, de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Humanização.
- Importância de estudos que discutam o cuidado em saúde mental, como forma de contribuição para o rompimento de estigmas, preconceitos e limites que permeiam a doença mental no meio social e familiar.

Mediante ao exposto, delimita-se como objeto deste estudo a avaliação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica inserido em um hospital geral, por meio da percepção dos profissionais, usuários e familiares envolvidos na dinâmica nesta unidade de atendimento. Portanto, a tese que o direciona é que existem fragilidades e facilidades na dinâmica assistencial dos Serviços de Emergência Psiquiátrica inseridos em hospital geral que podem interferir na qualidade do cuidado ofertado à pessoa com transtorno mental e sua família.

Por conseguinte a questão de pesquisa consiste em saber “De que modo profissionais, usuários e familiares avaliam o Serviço de Emergência Psiquiátrica, inserido em um hospital geral?”.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Reforma Psiquiátrica e seus Desdobramentos no Cuidado em Saúde

A Reforma Psiquiátrica constitui-se em um movimento de democratização e reformulação do cuidado, estabelecido no campo da psiquiatria. Tem como meta a inclusão da pessoa com transtorno mental na comunidade por meio de melhor interação entre o doente, a família e os serviços de saúde.

Esse movimento surgiu no Brasil, no final da década de 1970, a partir da luta dos trabalhadores de Saúde Mental, visando à melhoria do cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família. A readequação do cuidado em saúde mental concretizou-se, utilizando-se como base a trajetória de desinstitucionalização prático-teórica, desenvolvida por Franco Basaglia, na Itália, onde houve a desativação do hospital de Gorizia, com a construção de redes alternativas para a assistência psiquiatria. Posteriormente, a promulgação da Lei 180, de 13 de maio de 1978, na Itália, conhecida como Lei Basaglia, estabeleceu critérios para o controle e tratamento sanitários voluntários e obrigatórios em psiquiatria (HIRDES, 2009).

No Brasil, a proposta de desinstitucionalização consiste na transformação das relações sociais e revisão das formas de cuidado em Saúde Mental, por meio de uma assistência qualificada, na qual há acesso da população em sofrimento psíquico e de sua família, aos serviços necessários, respeitando-se o direito ao melhor tratamento em saúde e liberdade de escolha frente à oferta de cuidado (HIRDES, 2009).

A Reforma Psiquiátrica como política no Sistema Único de Saúde prioriza a readequação nas formas de promoção do cuidado em saúde mental, tendo como objetivo principal a superação do sistema asilar, estabelecido nos manicômios, por serviços substitutivos que tenham como foco a assistência comunitária em saúde. Assim, esse movimento cresceu em busca da superação do caráter excludente do cuidado em Saúde Mental e ganhou, ganhou força com a participação da comunidade nas decisões em saúde, institucionalizando-se como política oficial no Brasil, por meio da Lei 10.216/2001 (VALADARES, 2013).

A Rede de Atenção Psicossocial deve ser constituída pelas seguintes unidades de cuidado: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residência Terapêutica, Centros de Convivência e Cultura, Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais, Hospitais Dia, Ambulatórios de Saúde Mental e; Serviços de Emergências Psiquiátricas em Hospitais Gerais, para o manejo dos pacientes que apresentam sinais e sintomas de agudização do transtorno mental (BRASIL, 2011a).

Em decorrência das modificações na forma de vivenciar o transtorno mental enquanto doença presente nas unidades de saúde, a consolidação dos serviços substitutivos enfrenta desafios quanto ao processo de edificação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, porque encontra obstáculos para a oferta de ações de saúde qualificadas. Assim, é importante refletir sobre a reorganização da atenção em saúde mental não apenas como a substituição do manicômio por um aparato de serviços que ofertam cuidados fragmentados, mas sobre a questão da qualidade das intervenções em saúde, estabelecidas pelo processo de desinstitucionalização (KILSZTAJN et al., 2008).

Para melhor compreender o processo de desinstitucionalização e as dificuldades enfrentadas pelos serviços, faz-se importante lembrar as três formulações descritas por Amarante (1996) que estabelece a discussão sobre o processo de desinstitucionalização. Nessa abordagem, sintetizam-se três formulações:

Desinstitucionalização como desospitalização - acontece quando o foco da substituição das formas de cuidado objetiva a redução dos custos na assistência em saúde mental para o governo que, neste caso, pouco prioriza a qualidade do cuidado por considerar que os conflitos na atenção em saúde mental decorrem da má aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas e, não do cuidado hospitalocêntrico. Nessa formulação não há críticas às internações em hospitais psiquiátricos, pois a humanização e a qualidade não são focos do cuidado.

Desinstitucionalização como desassistência - significa abandonar os doentes à própria sorte. Esse processo se estabelece quando as políticas de saúde não contemplam a desinstitucionalização como substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de cuidado, reduzindo, assim, a

responsabilidade do Estado para com a pessoa acometida por transtorno mental e sua família. O processo de desassistência tem sua base na compreensão pouco correta do modelo de substituição do cuidado asilar, por serviços comunitários ou mesmo pela resistência política frente às ideias de ampliação dos direitos humanos e igualdade das populações consideradas minoritárias.

Desinstitucionalização como desconstrução - é caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria que tem abordagens técnicas centradas quase exclusivamente em sintomas; no especialismo, na cultura medicalizante e no intervencionismo exclusivamente diagnóstico e terapêutico. Amarante (1996) considera que o movimento pela reforma psiquiátrica foi além, porque busca transformações qualitativas no modelo de saúde e não simplesmente de reorganização administrativa.

No contexto de desconstrução, o projeto de desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa e efeito, para ter como eixo integrador do cuidado a compreensão da realidade enquanto processo histórico de construção da doença e saúde mental nas populações (AMARANTE, 1996). Nesse contexto, é importante que se estabeleça o cuidado comunitário em saúde mental por meio de serviços substitutivos à internação manicomial, por que é nessa abordagem que se encontram os verdadeiros pressupostos da Reforma Psiquiátrica como modelo de cuidado qualificado em saúde mental.

A compreensão e a distinção entre as três formulações antes descritas são fundamentais para a reestruturação da rede de saúde mental, e, de acordo com o Amarante (1996), é isso que irá determinar a forma de consolidar o movimento de saída dos manicômios para os serviços substitutivos, como forma de construção do cuidado humanizado e integral em saúde mental.

Frente às necessidades de consolidação dos princípios da nova proposta de cuidado em saúde mental, no Brasil, é importante vislumbrar a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que contempla a ruptura do paradigma clínico por meio da reconstrução da possibilidade de uma assistência integral e qualificada em saúde mental, tendo como ênfase o deslocamento da meta de “cura” da doença mental para a “produção de saúde” com foco humanístico (ROTELLIELI et al., 1990).

Em outras palavras, a assistência em saúde mental deve ter como foco o processo terapêutico singular, instituído por meio de ações desenvolvidas em estruturas externas totalmente alternativas à internação manicomial; e o rompimento das relações de poder entre a instituição e os sujeitos, reunindo investimentos financeiros e terapêuticos para o melhor cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família (ROTELLI et al., 1990).

Enfrentar o estigma e o preconceito, ainda vigentes no cuidado em saúde mental, é algo emergente na atuação do profissional de saúde, aqui se delimitando a do enfermeiro, pois este é o elo da equipe com a comunidade e usuários dos serviços de saúde.

3.2 O Serviço de Emergência Psiquiátrica como Dispositivo de Cuidado Substitutivo em Saúde Mental

No contexto da desinstitucionalização como desconstrução do modelo manicomial e asilar, o Serviço de Emergência Psiquiátrica inserido no Hospital Geral pode ser percebido como uma unidade de cuidado necessária à reorganização do cuidado em saúde mental, e ao reestabelecimento da saúde dos indivíduos. Isso porque a emergência psiquiátrica pode atuar como ferramenta importante para a continuação do vínculo da pessoa adoecida com a comunidade e a família, pois, a dinâmica desse setor remete à estabilização do quadro de agudização do transtorno mental em curto prazo, com propostas de encaminhamento para a continuidade da assistência nos moldes substitutivos, com base comunitária, como é o caso dos Centros de Atenção Psicossocial, os Ambulatórios de Saúde Mental, os Centros de Convivência e o Hospital Dia.

Os Serviços de Emergência Psiquiátrica nos hospitais gerais surgiram, inicialmente, como iniciativas isoladas de alguns centros universitários ou hospitais públicos, principalmente nos grandes centros urbanos. No Brasil, a partir da década de 1980, com o advento da Reforma Psiquiátrica, esses serviços tornaram-se essenciais para o atendimento comunitário de saúde mental (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

A unidade emergência psiquiátrica tem como meta realizar diagnósticos clínicos e psicossociais em situações de distúrbios de pensamento,

emoções ou comportamento que requerem cuidados de forma imediata, a fim de se evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social dos indivíduos. Assim, a unidade de Emergência Psiquiátrica tem como objetivo principal viabilizar intervenções humanizadas por meio da orientação assertiva sobre a melhor terapêutica a cada caso, no sentido de contribuir para a edificação dos pressupostos da desinstitucionalização (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2010; PARADIS et al., 2009).

Outro ponto relevante desses Serviços é o fato de atuarem como base para a regulação das admissões nas demais unidades de cuidado que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, pois essas unidades contribuem para a organização do fluxo de usuários dentro da rede por meio de ações emergenciais resolutivas em saúde mental. Desse modo, é possível reduzir admissões hospitalares integrais desnecessárias, aumentar o acompanhamento em saúde mental em nível primário e desconstruir o caráter excludente que permeia a atenção em psiquiatria (BARROS et al., 2010).

Para conhecer profundamente a magnitude dos Serviços de Emergência Psiquiátrica são necessários estudos que caracterizem esse espaço de cuidado, principalmente no que tange às construções dos sujeitos envolvidos na dinâmica do atendimento ofertado e sua relação com os pressupostos da Política Nacional de Saúde Mental, pois há pouca produção acerca dessa temática, e quando existentes, apontam alta demanda de cuidados como consequência de uma Rede de Saúde Mental desestruturada com possível comprometimento na qualidade das ações de saúde (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Frente aos desafios apontados pela literatura para a edificação da qualidade dos serviços em unidade de emergência psiquiátrica, faz-se necessário que a equipe de saúde tenha por base o cuidado, apoiado no acolhimento, de modo a direcionar a assistência em saúde para a concretização da integralidade e humanização, considerando a singularidade de cada indivíduo, e mais, valorizando a força da família e o lado sadio da pessoa com transtorno mental mediante ações assertivas e resolutivas (WAIDMAN; ELSEN, 2006).

Objetivando garantir que a Reforma Psiquiátrica, como Política de Saúde, avance para além da simples construção de novos e mais serviços é importante que exista um ambiente físico favorável à execução de cuidados resolutivos e, também, um quadro de profissionais imbuídos de postura distinta do modelo anterior à Reforma, sobretudo pautados na busca pela qualidade da assistência em Saúde Mental (SILVA, 2009).

Otimizar a construção de serviços de saúde mental qualificados significa contribuir para o acesso, equidade, integralidade e resolutividade na atenção prestada. Isto porque um serviço com qualidade comprovada produz efeitos no âmbito administrativo, financeiro, político e humano, o que é compatível com os vários aspectos considerados no processo de mudança em Saúde Mental, principalmente quando se avalia a melhoria na qualidade de vida e de saúde das pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais instalados (SILVA, 2010; DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

Em que pese os avanços no atendimento em Saúde Mental no Brasil, quanto à organização do sistema e reformulação da Rede, muitos serviços, principalmente aqueles de natureza pública, ainda permanecem em situações precárias frente à qualidade do cuidado e resolutividade dos casos (PAES et al., 2013).

Assegurar a qualidade da assistência em saúde mental, prestada pelos serviços substitutivos, aqui se delimitando a emergência psiquiátrica, não é tarefa fácil, pois não há um único caminho que edifique os princípios da Política de Saúde Mental na prática do cuidado. No entanto, a avaliação sistemática dos serviços como aquela que verifica a percepção dos sujeitos acerca das potencialidades e fragilidades pode contribuir para o estabelecimento dos novos referenciais na atenção em Saúde Mental (SILVA, 2009).

3.3 A Qualidade do Cuidado em Saúde Mental como Foco da Reforma Psiquiátrica

Atualmente, a discussão sobre a qualidade dos serviços e programas de saúde aparece como objetivo principal de estudos que buscam

avaliar o contexto onde se constroem as ações de cuidado. Desse modo, a preocupação com a qualidade da assistência em saúde mental faz emergir a necessidade de (re)construção dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde, interligando a equidade e a integralidade das ações com a humanização do cuidado.

Em nível internacional, a qualidade em saúde teve a sua primeira fundamentação na Conferência de Alma Ata, da Organização Mundial da Saúde, realizada em 1978. Nesse documento foi recomendada a cooperação entre profissionais e usuários como parte de uma estratégia que melhore a condição de saúde da população mundial que procura pelos diversos serviços (BOSI, MERCADO-MARTÍNEZ, 2010). A partir da década de 1900, a qualidade adquiriu relevância nas políticas públicas de saúde, dando destaque à opinião de usuários e profissionais como aspecto determinante em sua avaliação (SERAPIONI, 2010).

A Organização Mundial de Saúde estabelece como critérios para a construção de serviços qualificados não apenas a existência de eficácia técnica nas ações de saúde, mas o uso eficiente dos recursos humanos e materiais com controle dos riscos oriundos das práticas assistenciais. E, além disso, o estabelecimento de condições de acessibilidade, tendo como foco as peculiaridades das ações de saúde que produzem bens necessários à melhoria da qualidade de vida das populações, principalmente àquelas vulneráveis, como é o caso da pessoa com transtorno mental (RANCI; ORTIGOSA, 2000).

O cuidado qualificado em saúde mental deve ter como foco a recuperação da pessoa com transtorno mental, mantendo-a inserida no contexto familiar, no trabalho e na comunidade, exigindo como égide a assistência contra qualquer forma de abuso e exploração. Esses e vários outros elementos devem ser diluídos pelo contexto prático das ações integrais e humanas que conformam o eixo integrador da assistência em saúde mental, proposta pela Reforma Psiquiátrica, de modo a possibilitar novas maneiras de cuidar no âmbito da saúde mental (BOSI et al., 2011).

Evidenciando a importância da qualidade como foco do cuidado, as agências de fomento em pesquisas afirmam que o tema relacionado à avaliação da qualidade é relevante para o Século XXI. Desse modo, para construir estudos

efetivos nesse campo é importante dilatar a compreensão sobre a qualidade dos serviços, fazendo esvaecer a definição de que a qualidade se edifica apenas por meio da eficácia técnica nos diagnósticos e ações terapêuticas, mas que se constrói edificada na atuação dos atores envolvidos em todo o processo de cuidado (SERAPIONI, 2010).

Também é necessário além de se reconhecer as opiniões sobre qualidade oriunda dos diversos atores inseridos no processo de saúde/doença, compreender algumas políticas que permeiam a consolidação das ações assistenciais, a fim de se construir um diagnóstico mais fidedigno sobre a realidade dos serviços que serão analisados (ANDRADE et al., 2009).

No campo da saúde mental, alguns aspectos da legislação podem contribuir para a concretização da qualidade, sendo uma delas a Política Nacional de Saúde Mental, arquitetada no Brasil, pela Lei 10.216, de 06 de Abril de 2001 (BRASIL, 2001).

De acordo com Bosi e Uchimura (2010), a referida Lei propõe um novo cenário na forma de empreender a assistência em saúde mental com foco no restabelecimento da saúde, porque direciona as ações assistenciais ofertadas nos serviços substitutivos, preconizando formas de cuidado mais humanizadas e resolutivas frente às necessidades apresentadas pela pessoa com transtorno mental e sua família.

Outra política que pode contribuir para a compreensão da qualidade dos serviços de saúde mental é a Política Nacional de Humanização, a qual preconiza a humanização das ações de saúde na consolidação da qualidade do cuidado, e isso significa que a possibilidade de reencontro com a essência do humano, representado pelo acolhimento, empatia e diálogo, é um meio para que se construam ações qualificadas nos novos serviços substitutivos (BOSI; UCHIMURA, 2010).

Admitir a qualidade, por meio da humanização, pode ser um dos caminhos para a consolidação das políticas públicas de saúde, pois estas priorizam os direitos e a proteção das pessoas. Esse caminho para a construção da qualidade é ainda mais relevante quando vislumbra a certificação do cuidado sem qualquer forma de discriminação, garantindo o acesso ao tratamento com humanidade e respeito no interesse exclusivo de beneficiar a saúde física e

mental das populações mais vulneráveis (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

Vale salientar que a humanização das ações em saúde e a adesão aos pressupostos políticos que regem determinada área de atenção, como a Saúde Mental, não são os únicos meios para se considerar um serviço qualificado. Em conformidade com o exposto, acredita-se que realizar uma avaliação qualitativa sobre um serviço de saúde requer a interação entre a percepção dos atores envolvidos no processo de cuidado. Assim, estudos que utilizem o método de avaliação de quarta geração, tendo por base teórica para discussão dos resultados os pressupostos da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional de Humanização, podem contribuir para a construção de novos conhecimentos que direcionem a consolidação da qualidade no processo assistencial.

Os avanços no campo da assistência em saúde mental, principalmente por meio da criação de serviços como a Emergência Psiquiátrica, apontam para a necessidade de se construir práticas inovadoras de cuidado, pautadas na integralidade e na humanização das ações que devem ser organizadas a partir da qualidade do cuidado ofertado, a fim de não se repetir a prática asilar tradicional e excludente no cotidiano dos serviços substitutivos (BOSI et al., 2011).

Diante do contexto de construção de novas formas de tratamento em saúde mental, dentre eles a Emergência Psiquiátrica, surge a necessidade de apontar alguns aspectos desses serviços frente à qualidade das ações ofertadas, para, assim, estabelecer as propostas de adequação do cuidado e fortalecer o atendimento no campo da Saúde Mental.

3.4 Estudos de Avaliação como Instrumentos para a Construção da Qualidade dos Serviços de Saúde Mental

A avaliação em saúde é uma área de investigação complexa e heterogênea, principalmente quando se pretende discutir as construções significativas dos sujeitos acerca de serviços novos, como os preconizados pela Reforma Psiquiátrica porque os Serviços de Emergência Psiquiátrica inseridos

nos hospitais gerais, parecem não ter definido ainda a melhor maneira de ofertar ações com qualidade no campo da assistência à saúde (BOSSI et al., 2011) .

O processo de organização do cuidado em saúde mental, por meio da política assistencial, regulamentada pela Reforma Psiquiátrica, traz como proposta a mudança no paradigma do cuidado, no sentido de que não se adote mais o sistema hospitalocêntrico, mas, sim, o sistema comunitário de saúde. Apesar disso, essa nova proposta parece ser frágil para assumir a assistência em saúde mental, produzindo divergências quanto à sua eficácia e qualidade (ANTONACCI et al., 2013).

Considera-se que investigar a percepção dos atores envolvidos nos serviços substitutivos, por meio de estudos de avaliação no campo da saúde mental, objetivando propostas de reformulação do modelo assistencial, é algo necessário e emergente. Isto porque se entende a avaliação como reflexão crítica que toma, juntamente com a sua função técnica, a função política de servir de instrumento de potencialização das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico e manicomial.

Em termos gerais, o produto final de uma avaliação de projetos, programas ou serviços deve ser resumido em três eixos: compreender o que contribui para o êxito do objeto avaliado; o que possibilita seu alcance, e o que questiona seus limites (BOSI, MERDADO-MARTÍNEZ, 2010). Dessa forma, compreender como os profissionais, usuários e familiares percebem um Serviço de Emergência Psiquiátrica pode ser o primeiro passo para a reconstrução dos conceitos sobre qualidade em saúde mental e o início da quebra de paradigmas frente ao cuidado psiquiátrico.

As avaliações dos serviços de saúde podem ter um caráter normativo ou formativo. A primeira, a avaliação normativa, refere-se à verificação do êxito técnico de ações em saúde, limitando-se à quantificação objetiva da qualidade. A avaliação formativa, porém, admite um julgamento relacionado ao sucesso prático de uma ação em saúde, reconhecendo para isso os “projetos de felicidade dos sujeitos envolvidos no cuidado” (AYRES, 2004, p. 586), de modo a construir um julgamento mais complexo sobre o objeto em avaliação, ao abarcar a dimensão subjetiva dos sujeitos envolvidos em todo o processo de construção em saúde.

Os significados atribuídos aos estudos de avaliação têm evoluído constantemente. Nesse aspecto, Guba e Lincoln (2011) apresentam uma descrição sobre as designações, propósitos e suposições filosóficas que refletiram o contexto histórico das formas de realizar avaliações nos últimos anos, conforme consta na descrição a seguir.

De acordo com Guba e Lincoln (2011), a **Primeira Geração** de estudos de avaliação tinha como foco principal a mensuração de diferentes atributos de crianças e jovens em idade escolar, por meio da aplicação de testes que avaliassem, por exemplo, níveis de dificuldade quanto ao aprendizado escolar. Nessa geração de avaliação, o pesquisador-avaliador tinha a função técnica de conhecer instrumentos que pudessem mensurar qualquer variável desejada. Em caso da não existência desses instrumentos, supunha-se que o avaliador tivesse conhecimento necessário para criá-lo. Assim, os primeiros métodos de avaliação são conhecidos como geração da mensuração.

Avaliações que têm como foco a descrição do objeto de estudo fazem parte da **Segunda Geração** e têm como objetivo principal a descrição das fragilidades e potencialidades do objeto avaliado. Desse modo, é conhecida como geração da descrição por ter surgido com a finalidade de aperfeiçoar os currículos escolares em desenvolvimento, verificando se os mesmos eram eficazes para o aprendizado do aluno. Foi a partir dessa necessidade que surgiram os primeiros estudos de avaliação de programas (GUBA; LINCOLN, 2011).

A **Terceira Geração** de pesquisas de avaliação é reconhecida como geração do juízo de valor e se caracterizou pela necessidade de construção de consensos sobre o objeto avaliado. Nesse modelo, o avaliador assume o papel de juiz (especialista), mantendo igualmente as funções técnicas e descritivas das gerações anteriores. A avaliação de terceira geração, conhecida como de juízo de valor, considerava os próprios objetivos como algo problemático, pois tanto os objetivos como o desempenho do avaliador na construção e execução do processo da pesquisa deveriam ser submetidos a uma avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011).

Por último, existe a avaliação de **Quarta Geração** que é conduzida por duas condições prioritárias: a primeira se refere à sua organização, que

utiliza as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse constituintes do objeto de avaliação para determinar quais informações são essenciais; e a segunda é a que utiliza a metodologia do paradigma construtivista para sua construção (GUBA; LINCOLN, 2011).

De acordo com as descrições dos métodos de avaliações existentes, o caminhar atual entre a objetividade (avaliações pertencentes às três primeiras gerações) e a subjetividade (avaliação de quarta geração) para a realização dos estudos de avaliação da qualidade é o que falta nos trabalhos clássicos (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2010).

Os autores mencionados complementam que não basta quantificar para mensurar a qualidade dos serviços de saúde, mas também é importante considerar a singularidade, subjetividade e as marcas simbólicas que os eventos imprimem nos indivíduos, como aspectos fundamentais para a compreensão real da qualidade dos sistemas de saúde.

Estudos voltados à dimensão subjetiva da avaliação pretendem desvendar os sentidos dos fenômenos ocorridos nos serviços de saúde, respeitando a complexidade, riqueza e profundidade das expectativas e experiências dos atores envolvidos no processo de cuidado (UCHIMURA; BOSI, 2002). Nesse contexto, tais projetos são adequados à análise do sucesso prático das ações em saúde, porque objetivam compreender o modo de produção da efetividade de um programa assistencial, permitindo com isso a construção de um parecer mais assertivo acerca do objeto avaliado (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Considera-se que a avaliação de um programa de forma competente e sistematizada pode contribuir para a construção de evidências para a sociedade acerca da aplicação dos recursos financeiros e condições de melhoria da qualidade dos serviços ofertados. Assim, estudos com abordagem qualitativa, como os de quarta geração, surgem como ferramenta importante para a identificação das fragilidades e potencialidades dos serviços e confiabilidade das ações, principalmente porque consideram a dimensão subjetiva dos atores envolvidos no processo de cuidado, integrando as expectativas de vida e de felicidade dos mesmos, de acordo com a dinâmica do local investigado (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010; SILVA, 2010).

De acordo com Minayo (2010), a avaliação qualitativa de programas ou serviços tem como missão institucional promover ações de qualidade. Para isso, a avaliação deve ter caráter ideológico, permeado pela valorização da avaliação como um processo de aprendizagem que pode apoiar os sujeitos envolvidos no contexto de construção do cuidado para fazerem escolhas mais assertivas.

A referida autora reforça que gestores e técnicos que vislumbram o papel da avaliação, como instrumento de planejamento de ações tendem a criar espaços de reflexão sobre a *práxis* cotidiana em saúde mental, contribuindo assim para a reformulação de ideias, conceitos e prioridades, em prol da qualidade das ações de saúde.

Apesar de se apresentarem de diversas formas, as abordagens qualitativas têm em comum a referência à participação dos sujeitos com suas percepções e vivências, considerando as relações e representações sociais como formadores do sucesso ou insucesso das ações, produzindo, por meio dessas ferramentas, medidas mais sistemáticas de críticas e sugestões de mudanças (MINAYO, 2010).

A complexidade da avaliação de serviços impõe reconhecer e considerar a centralidade da subjetividade dos atores envolvidos no cuidado, apreendendo principalmente o que para eles significa qualidade, cujo objeto é ontologicamente distinto daqueles que se submetem à quantificação. Impõe-se, portanto, a valorização das percepções dos atores como foco central na avaliação, entendendo-as não como subjetividades descontextualizadas, mas como sinalização de experiências complexas e determinantes para a concretização da qualidade das práticas em saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Utilizar a avaliação qualitativa, aqui se delimitando a avaliação de Quarta Geração, como instrumento que direciona o julgamento de ações e serviços em saúde mental, pode contribuir para a melhor compreensão sobre as concepções de cuidado (BOSI et al., 2011). Nesse aspecto, para a avaliação do cuidado em saúde mental, é necessário identificar a percepção dos sujeitos sobre as práticas de saúde, buscando compreender as fragilidades e potencialidades dos serviços frente à proposta da Reforma Psiquiátrica.

4 AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO COMO REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Desenvolver estudos com abordagem qualitativa, tendo como foco a percepção dos atores envolvidos no cuidado em saúde, aqui se delimitando a assistência em saúde mental, é tarefa emergente para a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Mas acima de tudo, à reconstrução da compreensão sobre a abordagem da doença mental como condição humana existente na sociedade e, como tal, necessita de serviços e profissionais de saúde qualificados para o seu tratamento.

A avaliação qualitativa, segundo Bosi e Uchimura (2010), é aquela que focaliza dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas, porque se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas no âmbito da produção em saúde. Para tanto, é importante não considerar apenas documentos concretos e contabilizáveis, mas também encaminhar a discussão com base na percepção dos sujeitos implicados nas práticas, entendendo este item como a sinalização das experiências materializadas nas relações estabelecidas no interior de determinados serviços.

Os estudos de avaliação qualitativa contribuem, portanto, para a superação da concepção de saúde como processo unidimensional e biológico, pois esta combinação pretende dar forma à dimensão subjetiva das relações que se constroem nos locais de cuidado, reconhecendo, assim, a pluridimensionalidade do indivíduo e do processo saúde-doença (BOSI; MERCADO- MARTÍNEZ, 2010).

Considera-se que a avaliação de quarta geração, que utiliza o paradigma construtivista com enfoque responsivo, emerge como o caminho mais adequado para operacionalizar a avaliação qualitativa, uma vez que seus conceitos fornecem as bases e fundamentos necessários para o alcance dos objetivos propostos neste estudo.

A avaliação de quarta geração é, portanto, um modelo em que as reivindicações, preocupações e questões (RPQ) dos grupos de interesse ou interessados (*stakeholders*) servem como meios para compreender a dinâmica

organizacional, no sentido de contribuir para a identificação dos aspectos relevantes à consolidação dos serviços de saúde (GUBA; LINCOLN, 2011).

Nos modelos compreendidos pelas três primeiras gerações de avaliação referidas anteriormente, os parâmetros e limites para a realização do estudo são estabelecidos *a priori*. Já, na avaliação de quarta geração, a identificação dos parâmetros de validação do processo avaliativo se fundamenta na metodologia construtivista e ocorre por meio do círculo hermenêutico-dialético que permite a construção teórica dos interesses dos *stakeholders* para a reestruturação dos serviços frente às suas fragilidades e consolidação das potencialidades, sendo este processo importante para o envolvimento dos grupos de interesse na construção da qualidade em saúde (GUBA; LINCOLN, 2011).

Guba e Lincoln (2011) apresentam a forma de se operacionalizar a avaliação de quarta geração em 12 passos que, conforme os autores, não precisam ser seguidos na mesma ordem em que são descritos:

1) Formalização de um contrato com o cliente ou patrocinador: este primeiro passo é importante para que seja garantida a proteção do cliente contra deturpações ou tratamento inadequados, e a proteção do avaliador contra equívocos e expectativas irreais do cliente. Nesse contrato é importante que conste a identificação do sujeito-objeto da avaliação, a especificação do objetivo da avaliação, a garantia quanto à confidencialidade e anonimato das fontes de informação, e a descrição da metodologia utilizada na avaliação.

2) Organização da Avaliação: antes mesmo de o contrato ser discutido e formalizado há necessidade de realizar treinamento com a equipe de avaliadores que desenvolverão a pesquisa, solicitar prévia aprovação por meio de Comitês de Ética e Pesquisa pois a avaliação de quarta geração envolve a participação direta de pessoas, e a familiarização do avaliador, por meio da etnografia prévia, com os fatores sociais, políticos e culturais da instituição.

3) Identificação dos grupos de interesse ou interessados (*stakeholders*): Os *stakeholders* são pessoas ou grupos que de alguma forma apresentam as RPQ sobre o objeto de avaliação. Assim, para a inclusão dos *stakeholders* no processo avaliativo é necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que garanta seu anonimato, livre

consentimento em participar do círculo hermenêutico-dialético, resguardando o sigilo perante as informações prestadas.

4) Geração de uma construção conjunta dentro do grupo: após a definição do *stakeholders* inicia-se a construção do círculo hermenêutico-dialético, através da seleção intencional e aleatória do respondente 1 (R1). O avaliador deve proporcionar um ambiente que permita ao avaliado, expor suas RPQ, e, ao término, suas contribuições devem ser agradecidas e valoradas. Após isso, o R1 deverá indicar um sujeito, respondente 2 (R2) que possa contribuir com outras informações relevantes para a avaliação, para que sejam identificadas as construções conjuntas dos grupos de interesse. As indicações são finalizadas quando começarem a ocorrer repetições dos sujeitos indicados, ou quando houver redundância constante nas informações.

5) Ampliação das construções conjuntas dos interessados por meio de novas informações/maior nível de esclarecimento: com o desenvolvimento do círculo hermenêutico-dialético, construções conjuntas são desenvolvidas pelos participantes, porém existe uma variedade de outras informações que podem ser inseridas e que provavelmente terão resultados significativos nessa construção. O objetivo desse passo é introduzir, de modo sistemático, esse conteúdo que pode ser: analectos (coletâneas de publicações pertinentes), documentos normativos, registros em prontuários e aspectos relevantes ao avaliador, identificados por meio da observação (etnografia prévia).

6) Selecionar as RPQs resolvidas: Nesse momento, inúmeras RPQ surgem no contexto do círculo de interessados, porém, algumas podem desaparecer à medida que outras informações são apresentadas ao grupo. O avaliador deve reservar tais informações e não excluí-las, para que sejam analisadas no momento da redação final do artigo.

7) Priorização das RPQ não resolvidas: embora muitas RPQ sejam resolvidas no processo do círculo hermenêutico-dialético, quando se introduz informações de grupos de interesses discordantes, algumas informações podem permanecer sem solução, exigindo maior atenção. É comum que determinadas características, ou resultados, sejam extremamente valorizadas por um grupo e completamente rejeitadas por outro, sendo necessário, portanto, com base no modelo construtivista e participativo, que o

avaliador priorize as informações determinantes para a resolução das RPQ e que contribuam para a construção de um plano de ação que possa ser empregado para a adequação do objeto avaliado.

8) Coletar informações e/ou aumentar o nível de esclarecimento: após a seleção das RPQ e suas priorizações, inicia-se a etapa de coleta de informações que gerarão a reconstrução, acrescentada à construção existente, ou seja, quando as informações coletadas são insuficientes para gerar uma reconstrução, o avaliador deve identificá-las e coletá-las em outro local (outros círculos ou novos documentos) para que ocorra um nível mais apropriado de esclarecimento.

9) Preparo da agenda de negociação: o avaliador deverá preparar uma agenda de negociação entre ele e o grupo de interesse e, nesse momento, designará significações aos dados coletados. Para tal, o avaliador, inicialmente, deverá definir o que cada RPQ significa e, após, esclarecer as construções conflitantes, delineando as informações que respaldam e contestam cada um dos lados.

10) Condução da negociação: nesta fase, as RPQ são apresentadas ao grupo e a negociação termina quando se alcança algum consenso entre os participantes do círculo hermenêutico-dialético. Quando não se consegue um consenso e continua-se a gerar construções conflitantes, sugere-se utilizar o critério “do menor número de construções”, ou seja, delinear com cuidado as diferenças que caracterizam essas construções conflitantes e estruturá-las de forma a fundamentar o alcance dos interesses comuns.

11) Divulgação dos resultados: por meio de um relatório, os resultados obtidos deverão ser expostos. Na avaliação de quarta geração as informações constatadas devem ser redigidas de forma que permitam ao leitor experienciar a situação, ou seja, se colocar no lugar dos atores envolvidos. Para tal, o modelo adotado é de relato de estudo de caso, pois esse tipo de relatório é capaz de retratar a realidade de forma completa e profunda, possibilitando ao leitor a interpretação do contexto onde o estudo foi construído.

12) Reciclagem: a avaliação de quarta geração tende mais a levantar perguntas que respondê-las, sendo assim, sempre existirão RPQ não resolvidas, o que evidencia a necessidade de um novo processo avaliativo, em

outro momento, para a construção de novas reconsiderações sobre o objeto avaliado.

Conforme exposto, percebe-se que a operacionalização da avaliação de quarta geração, como método qualitativo de compreensão da realidade em saúde mental, não visa, apenas, a estabelecer-se como um julgamento sobre a qualidade ou não desses serviços, nem mesmo atentar para a busca de relações de causalidade, mas, sim, constituir-se em processo formativo que potencializa as práticas de cuidado, apontando as unidades substitutivas como possíveis dispositivos de mudança, sem se prender a generalizações ou verdades absolutas porque essa modalidade, objetiva transpor as avaliações tradicionais, partindo do entendimento daqueles que vivenciam os desdobramentos do serviço (KANTORSKI et al., 2010).

No contexto de êxito de uma avaliação qualitativa que tem como objeto de estudo a compreensão sobre as fragilidades e potencialidades dos serviços de saúde mental, por meio da percepção dos atores envolvidos no processo de cuidado, o método de quarta geração contempla o desenrolar de uma proposta de adequação para a reorientação do objeto de estudo.

A metodologia de avaliação de quarta geração pode (re)definir a responsabilidade social dos atores envolvidos na construção e reconstrução das propostas inovadoras na área da saúde mental, por meio de consensos significativos estabelecidos durante o círculo de investigação, assumindo, assim, o caráter útil, ético e tecnicamente construtivo, necessário a um estudo de avaliação com foco na edificação da qualidade das ações de saúde mental.

Para melhor compreensão do método de avaliação de quarta geração apresentam-se a seguir, as definições sobre enfoque responsivo, metodologia construtivista e círculo hermenêutico-dialético, descritas por Guba e Lincoln (2011), porque estes comportam os pressupostos que regem essa nova forma de avaliação em saúde.

4.1 Enfoque Responsivo

A avaliação de quarta geração é a união entre o enfoque responsivo e a metodologia construtivista. O enfoque responsivo usa as

reivindicações, preocupações e questões (RPQ) dos grupos de interesse (*Stakeholder*,) como elementos organizadores do processo avaliativo, determinando quais questões devem ser consideradas no estudo e quais informações devem ser coletadas. Na avaliação de quarta geração, as **reivindicações** são qualquer alegação apresentada pelo *Stakeholder*, favorável ao objeto de avaliação; e **preocupações** são qualquer afirmação desfavorável apresentada pelo mesmo. Nesse contexto, de reivindicações e preocupações, surgem situações de discordâncias denominadas **Questão**, sendo esse termo, por isso, designado como avaliação com enfoque responsivo.

Na avaliação de quarta geração os sujeitos que participaram da construção da avaliação por meio do círculo hermenêutico-dialético têm direitos iguais de apresentar e discutir RPQ. Assim, as questões emergem de um processo interativo e negociado que envolve grupos de interesse e consome considerável porção do tempo e dos recursos disponíveis para o processo de avaliação.

O avaliador tem, então, a tarefa de trazer à tona, quando possível, as construções que os diferentes atores (*Stakeholder*) realizam em determinado contexto, associando e articulando mutualmente uma com as outras e com diversas informações disponíveis que possam ser utilizadas nas questões em pauta. Desse modo, as construções ocorrem a partir da interação de um construtor por meio das informações, do contexto, ambientes e situações de outros construtores (nem sempre concordantes entre si), usando um processo enraizado na experiência anterior, nos sistemas de crenças, valores, medos, preconceitos, esperanças, frustrações e conquistas do construtor designado como metodologia construtivista.

4.2 Metodologia Construtivista

A metodologia construtivista pode ser considerada uma teoria que permite (re) interpretar todas as coisas, pois está em constante construção e tem como objetivo desenvolver consenso crítico entre os grupos de interesse que antes mantinham construções êmicas (construção pessoal do respondente) diferentes e talvez conflitantes. Para o construtivista as RPQ dos grupos de

interesse, e o que quer que elas possam implicar de maneira significativa, são a “matéria” na qual as construções acerca do objeto avaliado são realizadas.

O modelo de avaliação construtivista se fundamenta no paradigma da investigação subjetiva e considera que a realidade é construída pelas pessoas sob influência de fatores sociais, culturais e pessoais. Seu exercício une o observador e o observado, cuja interação gera o produto da avaliação, por meio do círculo hermenêutico-dialético que objetiva demonstrar que as realidades analisadas são construções sociais.

Na abordagem construtivista é importante considerar a afinidade entre um paradigma de investigação que propõe uma metodologia hermenêutico-dialética e um modelo de avaliação que depende exatamente de tal processo para comprovar sua alegação de responsividade. Nesse contexto, o enfoque responsivo evoca uma metodologia construtivista, a qual condiz precisamente com as necessidades do processo de investigação da avaliação responsiva, construída por meio do processo hermenêutico-dialético.

4.3 Círculo Hermenêutico-Dialético

O processo hermenêutico-dialético é hermenêutico porque, tem caráter interpretativo, e é dialético porque representa uma comparação e contraposição de pontos de vista divergentes com a finalidade de obter uma síntese mais bem elaborada de todos eles. O principal propósito desse processo não é justificar uma construção pessoal ou atacar as construções oferecidas por outros, mas, formar uma correlação de modo a permitir um exame mútuo por parte de todos os envolvidos.

A intenção do processo hermenêutico-dialético é obter consenso sempre que possível, mas caso não haja esse consenso, no mínimo se expõe e esclarece opiniões distintas, possibilitando a criação de uma agenda de negociações.

Uma negociação hermenêutico-dialética produtiva exige o cumprimento de determinadas condições:

- 1) Compromisso dos *stakeholders* de assumir uma postura de integridade;

- 2) Competência mínima de comunicação entre os participantes do círculo durante o processo de negociação;
- 3) Disposição para compartilhar poder;
- 4) Disposição para mudar a sua construção, se considerar a negociação convincente;
- 5) Disposição para reconsiderar suas posturas valorativas de forma apropriada;
- 6) Disposição para comprometer-se com o tempo e a energia que provavelmente será exigida pelo processo de avaliação de quarta geração.

Assim, após o avaliador garantir que se cumpram as condições antes descritas, o processo de aplicação do círculo hermenêutico-dialético é iniciado pela escolha aleatória e não intencional de um respondente (R1) que participará de uma entrevista aberta, cujo objetivo é determinar uma construção inicial de tudo quanto estiver sendo investigado ou avaliado, de acordo com os objetivos propostos na avaliação. Realizada a entrevista com o R1, solicita-se que este indique outro respondente, o R2. Os temas, conceitos, ideias, valores, preocupações e questões centrais propostos pelo respondente R1 são analisados pelo investigador em relação à formulação inicial da construção de R1, designada como construção 1 (C1) e, assim, sucessivamente, até não serem apresentadas novas RPQ nos depoimentos.

Pontua-se que a análise de dados vem logo após a coleta de informações em cada entrevista, ou seja, a análise do conteúdo apresentado por R1 é realizada logo após sua entrevista, antes de chegar a R2. Em seguida, R2 é entrevistado, os temas da análise de R1 são introduzidos, e o R2 é convidado a comentar esses temas. Conseqüentemente, a entrevista com R2 gera não apenas informações sobre R2, mas também críticas e concordâncias com as informações e a construção de R1, e assim sucessivamente, até a finalização do círculo hermenêutico dialético.

No processo em questão, o investigador solicita uma indicação de R3 para R2 e com a fala de R2 o pesquisador realiza uma segunda análise, que resulta na formulação das construções 2 (C2), agora uma construção mais fundamentada e esclarecida, baseada nas duas fontes: R1 e R2. Esse é o princípio da construção conjunta final que se busca. O processo é reiterado com

os novos respondentes que são acrescentados, até o momento em que as informações recebidas forem redundantes ou se encaixarem em duas ou mais construções que de alguma forma ainda estiverem em conflito.

De modo semelhante, o nível de estruturação das entrevistas também muda. A princípio, elas são bastante desestruturadas, caso em que o investigador tenta trazer à tona a construção êmica do respondente, de acordo com a vontade dele. Entretanto, quando a construção ou as construções emergentes se tornarem mais claras, o investigador poderá fazer perguntas cada vez mais pontuais.

Para a formação do círculo hermenêutico não é necessário que os sujeitos participantes tenham funções similares. É preferível que eles ocupem cargos e posições distintas dentro da unidade de saúde, a fim de fazer emergir RPQ distintas. Também é importante introduzir no círculo outras informações que podem ser originadas de documentos, literatura ou dados observacionais. Independente do elemento inserido na construção do círculo hermenêutico-dialético, o respondente deve sentir-se à vontade para criticar e/ou opinar sobre ele. Por isso, o conteúdo externo deve ser inserido de forma a não revelar sua fonte, para não comprometer a qualidade da construção êmica de cada ator.

A amostra é obtida prestando-se atenção, em primeiro lugar, à questão da abrangência (pela exposição de uma variedade de construções existentes ou pela tentativa de obter uma amostragem o máximo possível variável) e, em seguida, à questão da expressividade/articulação.

Um dos critérios para interromper o círculo é a redundância (quando um respondente após o outro não acrescentar praticamente nenhuma informação nova), talvez seja o momento de parar. Outro critério é o consenso entre os respondentes ou repetição de indicações dos respondentes (GUBA, LINCOLN, 2011).

5 OBJETIVOS

5.1 Geral

Avaliar um Serviço de Emergência Psiquiátrica inserido em um hospital geral.

5.2 Específicos

- Compreender a dinâmica assistencial do Serviço de Emergência Psiquiátrica.
- Apreender as Reivindicações, Preocupações e Questões (RPQ) dos profissionais, usuários e familiares relacionadas ao Serviço de Emergência Psiquiátrica.
- Apreender a percepção de profissionais, usuários e familiares acerca da atuação do enfermeiro no Serviço de Emergência Psiquiátrica.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de Estudo

Pesquisa avaliativa, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado no período de fevereiro a junho de 2014, utilizando-se como base teórica-metodológica a avaliação de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 1989, 2011).

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2010) consiste em uma construção científica em que o pesquisador incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento como na sua transformação, enquanto construções humanas significativas.

Na pesquisa qualitativa busca-se compreender as subjetividades fundamentadas nos valores pessoais e nas relações humanas influenciadas pelos projetos de vida. Essa abordagem propicia espaços de reflexão sobre a práxis profissional, por considerar a participação e as percepções dos sujeitos envolvidos na avaliação do objeto de estudo, além de abarcar as descrições socioculturais, econômicas e demográficas dos contextos analisados (MINAYO, 2011).

A utilização do estudo de caso na pesquisa de avaliação de quarta geração ocorre, portanto, pela sua potencialidade em descrever o contexto real do objeto a ser avaliado, e na capacidade que esse tipo de estudo tem em explorar contextos específicos, permitindo identificar a realidade em estudo e sua correlação com a teoria e a prática concreta dos serviços e programas de saúde (YIN, 2005).

6.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado em um município do Oeste Paulista considerado referência para o atendimento em saúde mental, com área de 562.107 Km², e de acordo com o Censo de 2010, possui 207.610 habitantes (IBGE, 2010).

No período entre 2008 a 2011 a média de internações geral foi de 115.493e destas, 13.166 ocorreram em decorrência dos transtornos mentais e comportamentais, levando esse agravo a ocupar o segundo lugar na lista das internações no município (BRASIL, 2011b).

Para a construção deste estudo foi elencado um Serviço de Emergência Psiquiátrica inserido em um hospital geral público. Essa unidade de cuidado é referência no Oeste Paulista para o atendimento inicial em saúde mental para um total de 45 municípios (BRASIL, 2011b). E a escolha por este local para o estudo ocorreu, também, pelo mesmo ser considerado a “porta de entrada” para o cuidado em saúde mental, pois as unidades de baixa complexidade têm realizado encaminhamentos constantes para a Unidade de Emergência, sobrecarregando a atendimento nesse setor.

A Emergência Psiquiátrica possui 14 leitos, funcionando em tempo integral. A pessoa que necessita do Serviço permanece, no máximo, 72 horas em observação. Nesse período, é realizada uma avaliação pelo médico psiquiatra que verifica o quadro mental do cliente e determina a forma de tratamento, podendo o cliente continuar o atendimento no seguimento extra-hospitalar (serviços substitutivos: CAPS, ambulatório), ser encaminhado a hospitais psiquiátricos ou para unidade de internação psiquiátrica, disponível no mesmo hospital.

O Serviço de Emergência Psiquiátrica atua com uma equipe multiprofissional (oito enfermeiros, onze técnicos em enfermagem, seis médicos psiquiatras, um psicólogo e duas assistentes sociais) e tem como prioridade, determinar o risco que o paciente apresenta para si e para terceiros, estabelecer um diagnóstico inicial, identificar os fatores desencadeadores da agudização do transtorno mental, identificar as necessidades emocionais imediatas e iniciar ou encaminhar o tratamento adequado.

6.3 Aspectos Operacionais do Processo Avaliativo

6.3.1 O contato com o campo

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora, junto com a coordenadora do Serviço de Emergência Psiquiátrica, realizou uma reunião técnica, no mês de dezembro de 2013, para informar os profissionais sobre a proposta do estudo avaliativo a ser desenvolvido. Esse procedimento aconteceu com o intuito de esclarecer dúvidas quanto aos objetivos do estudo, e sobre a metodologia empregada para a pesquisa, evitando assim, possíveis constrangimentos no período de coleta de dados, firmando um “contrato de entrada no campo” entre a pesquisadora e a equipe constituinte do objeto avaliado.

Para iniciar o contato com os usuários e famílias foram realizadas cinco reuniões técnicas no mês de março de 2014, sendo uma em cada dia da semana a fim de que todos os participantes dos grupos de psicoterapia tivessem acesso às informações referentes ao processo avaliativo desenvolvido com foco no Serviço de Emergência Psiquiátrica.

Segundo Guba e Lincoln (2011) o contato inicial com os grupos de interesse possibilita o acesso às propostas inerentes à Avaliação, ressaltando que os dados levantados na pesquisa são construções empíricas importantes para a elaboração de propostas de adequação dos serviços de saúde. Esse contato também permite que os atores possam decidir, de forma mais assertiva sobre a sua participação na pesquisa, diminuindo possíveis impasses na formulação do processo de avaliação.

6.3.2 Identificação dos grupos de interesse

O Serviço de Emergência Psiquiátrica tem um quadro de 29 profissionais nele atuantes: seis médicos psiquiatras; seis enfermeiras; nove técnicos em enfermagem; quatro seguranças e quatro recepcionistas. A Emergência também conta com o apoio esporádico de duas secretárias, uma psicóloga, duas assistentes sociais e uma terapeuta ocupacional, contudo, esses

profissionais não são alocados exclusivamente na Emergência Psiquiátrica e por isso, não foram elencados como integrantes dos grupos de interesse.

E com relação ao número de atendimentos, de acordo com os livros de registro, são atendidas por ano, aproximadamente 1.800 pessoas, com uma média de 150 casos/mês. Ressaltando que a maioria dos atendimentos é realizada com os usuários estando acompanhados por um membro familiar.

Para a participação neste estudo foram considerados como grupos de interesse (*Stakeholders*), 15 profissionais atuantes no Serviço de Emergência Psiquiátrica, e nove usuários e seis familiares (todos receberam atendimento nessa unidade de cuidado), totalizando 30 pessoas para compor os grupos de interesse. Todos foram convidados pessoalmente pela pesquisadora para participarem do estudo.

Os critérios para inclusão dos profissionais nos grupos foram: ser profissional atuante no Serviço há mais de seis meses, e ser indicado por um representante do círculo hermenêutico-dialético como próximo respondente.

Foram excluídos do estudo os profissionais que não tinham contato direto com o usuário e/ou com a família que procura o Serviço, mesmo que indicados pelos integrantes do círculo hermenêutico-dialético. Quando este fato ocorria, era solicitada outra indicação pelo respondente, de acordo com os critérios estabelecidos. Para inclusão do R1 no círculo hermenêutico-dialético foi convidado o profissional com maior tempo de atuação no Serviço.

Em relação aos usuários foram convidados a participar da pesquisa pessoas, com idade superior a 18 anos, que receberam atendimento na Emergência Psiquiátrica nos últimos três meses. Foram excluídos do estudo pessoas com transtorno mental grave ou incapacitante. Os usuários foram abordados para verificação de aceite como participantes no estudo, após a realização do grupo de psicoterapia que acontecia no Ambulatório de Saúde Mental, anexo ao Serviço de Emergência Psiquiátrica. Esse grupo acontecia diariamente, no período das 19:00 às 20:00 horas, sendo esta atividade destinada a pessoas que foram atendidas anteriormente na Emergência, em decorrência de problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas. Para inclusão do usuário R1 no círculo hermenêutico-dialético foi convidado aquele com maior número de internações na Emergência Psiquiátrica.

O contato inicial com o familiar também foi realizado no hospital onde está localizada a Emergência Psiquiátrica, após a realização do grupo de atendimento e orientação à família, existente no setor de internação em psiquiatria. Esses grupos também aconteciam diariamente no período das 19:00 às 20:00 horas. Foi eleito como R1 o familiar com mais de 18 anos de idade, que havia realizado, no mínimo, duas visitas à pessoa hospitalizada.

Realizadas as entrevistas com cada R1, era-lhes solicitado que indicassem uma pessoa que pudesse contribuir com informações a respeito do objeto avaliado por meio de nova construção acerca do Serviço, conforme consta na descrição do círculo hermenêutico-dialético descrito no item 5.3. Vale ressaltar que as indicações foram realizadas até o momento em que houve repetição dos respondentes ou redundâncias nas informações relatadas.

Para garantir o sigilo e a confiabilidade das informações, as entrevistas foram realizadas em uma sala de estudos, localizada no próprio hospital, mas não na unidade de atendimento emergencial.

6.3.3 Procedimentos e técnica de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de duas técnicas: Observação não participante (etnografia prévia), observação participante; e a entrevista individual estabelecida por meio do círculo hermenêutico-dialético.

A observação não participante (etnografia prévia) foi realizada no mês de Fevereiro de 2014 e era iniciada a partir da troca de plantão entre os funcionários nos três períodos, com permanência no campo por, aproximadamente, três horas em cada turno (totalizando 61 horas de observação), a fim de avaliar as atividades desenvolvidas junto aos pacientes e familiares. Além dessas três horas foram reservadas duas horas em cada período da observação, para descrever as impressões acerca dos itens analisados.

A próxima etapa do estudo foi a observação participante que aconteceu de forma mais sistematizada. Neste momento buscou-se observar questões próprias sobre o funcionamento da unidade, tendo como objetivo conhecer a estrutura física e os recursos humanos e materiais. Esse

procedimento foi realizado nos meses de março a junho de 2014, contemplando os três períodos de atendimento (manhã, tarde e noite), totalizando assim, 152 horas de observação participante.

A observação participante permite a imersão do pesquisador na dinâmica assistencial, proporcionando uma análise indutiva e compreensiva dos fatos construídos na realidade investigada (CORREIA, 2009). Sendo assim, vale ressaltar que nesta etapa do estudo a pesquisadora participou ativamente das atividades pertinentes a dinâmica assistencial da unidade de Emergência.

A etapa de entrevistas iniciou no mês de maio e foi finalizada em junho. As entrevistas foram realizadas após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I), em duas vias, pelo participante. Destas, uma foi entregue a ele (a), e a outra ficou em posse da pesquisadora.

A primeira entrevista foi orientada por um roteiro semiestruturado, denominado “Roteiro para Entrevista para Profissionais” (Apêndice II), com as seguintes questões - “Como é o Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?” e “Quais são as fragilidades e quais são as potencialidades desse Serviço?” Após a entrevista, o respondente R1 era convidado a indicar outro profissional que pudesse contribuir com a construção de informações acerca do objeto de avaliação.

Para a caracterização sociodemográfica dos profissionais foram coletados os seguintes dados: sexo, idade, profissão, tempo de atuação no Serviço, experiência em outros Serviços de atenção em Saúde Mental e formação específica em Saúde Mental.

Para o usuário e familiares foram realizadas as seguintes perguntas: “Como é o Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você ou seu familiar (no caso da pergunta ser direcionada ao familiar da pessoa com transtorno mental) foi atendido recentemente?” e “Quais são as fragilidades e quais são as potencialidades desse Serviço?”. (APÊNDICE III)

Para a caracterização sociodemográfica dos usuários foram coletados dados referentes ao sexo, idade, profissão, escolaridade, diagnóstico médico quanto ao transtorno mental que possui, há quanto tempo tem transtorno mental, número de internações na Emergência Psiquiátrica.

Para a caracterização sociodemográfica dos familiares foram coletados dados como: sexo, idade, profissão, escolaridade, tipo de parentesco e há quanto tempo convive com a pessoa com transtorno mental.

Tendo-se realizado a entrevista com usuário R1, o mesmo era convidado a indicar outra pessoa, que participava do grupo de psicoterapia, e que já tinha sido atendida na Emergência Psiquiátrica, e que pudesse contribuir para a construção das informações acerca do objeto de avaliação. O contato com os integrantes indicados era realizado logo após o término da entrevista, a fim de agendar um dia e horário para dar continuidade ao círculo e realizar a entrevista, porque essas pessoas permaneciam no Ambulatório onde acontecia o grupo de psicoterapia até o horário das 22:00 horas para atendimento médico, que era realizado de segunda a sexta-feira, após cada grupo.

Para a construção do círculo hermenêutico-dialético com os familiares o processo de identificação dos integrantes do círculo aconteceu da mesma forma que com os usuários, pois ao final de cada grupo de psicoterapia acontecia uma confraternização, possibilitando assim, a identificação imediata dos próximos integrantes do círculo. Quando isso não era possível, a pesquisadora solicitava à equipe de saúde, que coordenava os grupos psicoterápicos, o contato telefônico dos membros indicados para compor o círculo, e por meio telefônico agendava-se a próxima entrevista.

Vale ressaltar que não foi preciso reiniciar o círculo hermenêutico dialético com os usuários e familiares, pois as indicações de novos respondentes foram realizadas de forma a permitir o livre contato da pesquisadora com eles, porque os indicados para as entrevistas subsequentes participavam de forma assídua dos grupos de psicoterapia, com dias e horários fixos.

As falas dos entrevistados foram registradas em gravador digital. Além disso, para melhor subsidiar a análise e discussão dos dados, foram realizadas anotações em um Diário de Campo, no qual a pesquisadora detalhou suas percepções quanto ao Serviço e às reações dos informantes durante os questionamentos.

6.3.4 Ampliação das construções conjuntas

Com o objetivo de enriquecer as construções conjuntas elaboradas nos círculos hermenêutico-dialéticos optou-se, também, pela análise de documentos pertencentes à unidade de Emergência Psiquiátrica. Essa proposta, segundo Guba e Lincoln (2011), permite elevar as construções dos grupos de interesse a um alto grau de sofisticação e riqueza de detalhes.

Os documentos utilizados para qualificar as informações obtidas no círculo hermenêutico foram: prontuários, livros de registro de atendimentos, fluxogramas e protocolos de atendimentos, manuais de normas e rotinas de procedimentos. Essas informações ajudaram tanto no conhecimento mais aprofundado do funcionamento do Serviço quanto na análise e interpretação das construções conjuntas de cada grupo de interesse.

6.4 Análise dos Dados

A análise dos dados ocorreu por meio do Método Comparativo Constante, proposto por Guba e Lincoln (1985), com base no método proposto inicialmente por Glaser e Straus (apud GUBA; LINCOLN, 1985). Este método tem por objetivo a análise imediata dos dados após a sua coleta, a fim de apresentar o conteúdo das entrevistas precedentes nas posteriores, fazendo emergir para os participantes do estudo as construções estabelecidas anteriormente e assim, obter comentários diferentes ou similares sobre as unidades de informação, construídas precocemente.

Para o método comparativo constante, logo após o depoimento, as entrevistas de áudio gravadas foram ouvidas pela pesquisadora, que fez a extração das unidades de informações relevantes para a elaboração das construções a serem inseridas na próxima entrevista.

Ao finalizar o círculo hermenêutico-dialético e aprofundar a análise dos dados, os depoimentos foram transcritos na íntegra e impressos em três colunas, sendo a primeira destinada à transcrição na íntegra das unidades de informação, a segunda para as construções dos respondentes, e a terceira, para as observações do avaliador.

Para direcionar a discussão da indução dos fatos, comprovados na coleta de dados, a construção dos resultados foi estruturada com base no referencial teórico-metodológico de Quarta Geração, por meio da metodologia construtivista. Para isso, os eixos temáticos foram agrupados, de acordo com as unidades de informação sintetizadas dos depoimentos.

Para a análise inicial dos dados a pesquisadora, assim que finalizava uma entrevista, em local privativo (sala de estudos do hospital onde a pesquisa foi realizada) ouvia as entrevistas e extraía as construções êmicas de cada pessoa entrevistada, objetivando incluir essas novas construções nas entrevistas subsequentes. A seguir, no Quadro 1, são descritas as construções de cada membro do círculo hermenêutico dialético, transformadas em questões desdobradas após a análise pelo Método Comparativo Constante, realizado imediatamente após cada entrevista.

FAMILIARES	QUESTÕES/QUESTÕES DESDOBRADAS
	<p>Questões Iniciais para R1: 1- Como é o Serviço de Emergência Psiquiátrica onde seu familiar foi atendido recentemente? 2- Quais são as fragilidades e quais as potencialidades desse serviço?</p> <p>Construções de R1 codificadas em questões 3- Como você percebe a presença de crianças internadas no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde seu familiar foi atendido recentemente? 4- Como você percebe a estrutura física do Serviço de Emergência Psiquiátrica onde seu familiar foi atendido recentemente? 5- Como você percebe a realização de atividades terapêuticas no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde seu familiar foi atendido recentemente? 6- Como você percebe a assistência/cuidado da equipe de saúde com o paciente no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde seu familiar foi atendido recentemente? 7- Como você percebe a relação da equipe de enfermagem com a família do paciente no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde seu familiar foi atendido recentemente? 8- Como você percebe a resolutividade do caso do seu familiar no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde ele foi atendido recentemente? 9- Como você percebe a reação da comunidade/vizinhos ao saber que seu familiar foi atendido em um Serviço de Emergência Psiquiátrica?</p> <p>Construções de R2 codificadas em questões 10- Como você percebe a orientação/assistência que é dada para a família a respeito da alta médica do Serviço de Emergência Psiquiátrica em que seu familiar foi atendido? 11- Como você percebe a assistência à dependência química no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que seu familiar foi atendido?</p>

Construções de R3 codificadas em questões

12- Como você percebe o tratamento com medicamentos no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que seu familiar foi atendido?

13- Como você percebe a divulgação sobre o Serviço de Emergência Psiquiátrica em que seu familiar foi atendido?

14- Como você percebe o atendimento na recepção do Serviço de Emergência Psiquiátrica em que seu familiar foi atendido?

Construções de R4 codificadas em questões

15- Como você percebe o encaminhamento que o Serviço de Emergência Psiquiátrica em que seu familiar foi atendido faz para os hospitais psiquiátricos?

Construções de R5 codificadas em questões

16- Como você percebe o número/qualificação dos profissionais que atuam no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que seu familiar foi atendido?

17- Como você percebe o apoio familiar durante o tratamento no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que seu familiar foi atendido?

Construções de R6 codificadas em questões

18- Como você percebe o tempo de internação para tratamento no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que seu familiar foi atendido?

19- Como você percebe o relacionamento entre os pacientes internados no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que seu familiar foi atendido?

20- Como você percebe o atendimento psicológico durante o tratamento no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que seu familiar foi atendido?

Círculo finalizado aqui, pois não houve nova indicação.

PROFISSIONAIS	QUESTÕES/QUESTÕES DESDOBRADAS
	<p>Questões iniciais para R1: 1- Como é o Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua? 2- Quais são as fragilidades e quais as potencialidades desse serviço?</p> <p>Construções de R1 codificadas em questões 3- Como você percebe a estrutura física do Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua? 4- Como você percebe o quadro de funcionários do Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua? 5- Como você percebe a satisfação frente ao trabalho dos profissionais que atuam no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua? 6- Como você percebe a resolutividade dos casos que chegam ao Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua? 7- Como é a triagem no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua? 8 - Como você percebe relação da rede extra-hospitalar de cuidado em saúde mental com o Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua? 9- Como você percebe a atuação da enfermeira no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?</p> <p>Construções de R2 codificadas em questões 10- Como você percebe a orientação fornecida pelos profissionais de saúde do Serviço de Emergência Psiquiátrica junto à família e usuários? 11- Como você percebe a atuação da Diretoria Regional da Saúde-DRS, junto ao Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua? 12- Como você percebe o conhecimento científico sobre saúde mental da equipe de saúde que atua em Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua? 13- Como você percebe os encaminhamentos de usuários por outros serviços de saúde para o Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua? 14- Como você percebe o atendimento de saúde no Serviço de Emergência Psiquiátrica frente aos encaminhamentos de outros serviços?</p>

	<p>15- Como você percebe o atendimento no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua frente às internações compulsórias?</p> <p>Construções de R3 codificadas em questões</p> <p>16- Como você percebe a admissão de crianças para o atendimento no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?</p> <p>17- Como você percebe a utilização de protocolos médicos no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?</p> <p>18- Como você percebe a gestão institucional do Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?</p> <p>Construções de R4 codificadas em questões</p> <p>19- Como você percebe a formação específica em psiquiatria nas faculdades e sua relação com o cuidado no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?</p> <p>Construções de R5</p> <p>Não apresentou nenhuma construção nova</p> <p>Construções de R6 codificadas em questões</p> <p>20 - Como você percebe a atuação da assistência social no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?</p> <p>21- Como você percebe a discussão da equipe frente às tomadas de decisões no Serviço?</p> <p>Construções de R7 codificadas em questões</p> <p>22- Como você percebe a elaboração de regras para o cuidado em saúde dentro do Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?</p> <p>23- Como você percebe a incidência de adoecimento mental dos funcionários que trabalham no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?</p> <p>Construções de R8 codificadas em questões</p> <p>24- Como você percebe atuação de psicólogos no Serviço de Emergência Psiquiátrica?</p>
--	--

Construções de R9 codificadas em questões

25 - Como você percebe a aceitação da pessoa com transtorno mental nas unidades de saúde que prestam apoio ao Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?

26 - Como você percebe a relação de cuidado médico junto às a família e usuário do Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?

Construções de R10 codificadas em questões

27- Como você percebe a relação do médico com os outros profissionais do Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?

28 - Como você percebe a atuação do profissional da segurança no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?

Construção de R11 codificada em questão

29 - Como você percebe a demanda espontânea (serviço “portas abertas”) no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?

Construção de R12 codificada em questão

30 - Como você percebe o dimensionamento de profissionais no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?

Construções de R12 codificadas em questões

31 - Como você percebe a atuação da equipe de saúde frente aos usuários com problemas sociais admitidos no Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?

32 - Como você percebe a resolutividade dos encaminhamentos realizados pelo Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?

Construção de R13

Não apresentou nova construção e não indicou novo membro para compor o círculo

USUÁRIOS	QUESTÕES/QUESTÕES DESDOBRADAS
	<p>Questões Iniciais para R1: 1 - Como você percebe o Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente? 2 - Quais são as fragilidades e quais as potencialidades desse serviço?</p> <p>Construções de R1 codificadas em questões 3 - Como você percebe o cuidado de enfermagem no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente? 4 - Como você percebe a estrutura física do Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente? 5 - Como você percebe a resolutividade do seu problema de saúde no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente?</p> <p>Construções de R2 codificadas em questões 6 - Como você percebe o encaminhamento para o hospital psiquiátrico realizado pelo Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente? 7 - Como você percebe o atendimento nos hospitais psiquiátricos para onde você foi encaminhado Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente? 8 - Como você percebe o tratamento de dependentes químicos com pacientes com outros transtornos mentais no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente? 9 - Como você percebe o cuidado/orientações direcionado à sua família durante sua internação no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente?</p> <p>Construções de R3 codificadas em questões 10 - Como você percebe a realização de contenção física no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente? 11 - Como você percebe as atividades terapêuticas no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente? 12 - Como você percebe atendimento psicológico no Serviço de Emergência Psiquiátrica?</p>

	<p>Construção de R4 Não apresentou novas construções</p> <p>Construção de R5 Não apresentou novas construções</p> <p>Construções de R6 codificadas em questões 13 - Como você percebe a segurança no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente? 14 - Como você percebe as orientações na alta realizadas no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente? 15 - Como você percebe as orientações sobre sua saúde durante sua internação no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente?</p> <p>Construção de R7 codificada em questão 16 - Como você percebe o tratamento com medicamentos durante sua internação no Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você foi atendido recentemente?</p> <p>Construções de R8 Não apresentou novas construções</p> <p>Construções de R9 Não apresentou novas construções e nem indicação de novo membro para compor o círculo.</p>
--	---

Quadro 1. Descrição das questões desdobradas, formuladas por meio do círculo hermenêutico-dialético com familiares, profissionais e usuários de um Serviço de Emergência Psiquiátrica de um Hospital Geral - Oeste Paulista (SP), 2014.

6.4.1 Identificação de unidades de informação e categorias temáticas

O conteúdo elaborado previamente para a reunião de negociação foi estabelecido em forma de eixos temáticos, constituídos a partir das construções dos grupos de interesse. Para tanto, foram extraídos elementos dos depoimentos que se combinavam tematicamente, e, após isso, os elementos foram descritos por meio de extratos/excertos para que os grupos de interesse validassem ou refutassem as construções sobre o Serviço de Emergência Psiquiátrica, tornando ampla a discussão sobre os resultados prévios da avaliação, a fim de proceder à apresentação final dos dados após a negociação, em formato de artigos científicos.

6.5 Preparação do Material Empírico e Realização da Etapa de Negociação

Completado o período de entrevista, foi realizada a negociação com as pessoas que participaram como informantes nos grupos de interesse, para que lhes fossem apresentadas as construções formuladas e, assim, estabelecer a concordância ou não dos resultados do processo avaliativo. Essa negociação foi realizada no mês de agosto de 2014 mediante o agendamento com cada grupo de interesse e aconteceu na sala de estudos do hospital, onde está localizado o Serviço de Emergência Psiquiátrica.

A etapa de negociação é considerada uma das mais importantes do processo avaliativo, pois nela são apresentados os dados coletados e as interpretações acerca das construções conjuntas, oriundas do círculo hermenêutico-dialético e da etapa de observação (GUBA; LINCONL, 2011). Na negociação foram elencados e discutidos os significados de cada construção, com decisão sobre quais dados deveriam ser apresentados no relatório final, e também quais as possíveis estratégias de aprimoramento das fragilidades apontadas no Serviço de Emergência Psiquiátrica.

As apresentações do material empírico, para cada grupo de interesse, ocorreram após a finalização da coleta e análise provisória dos dados. Para tanto, foi utilizada a técnica grupal para discussão dos resultados. Os encontros de negociação duraram, em média, quatro horas, com intervalo de 15

minutos após as duas primeiras horas. Vale ressaltar que para o grupo dos profissionais foram necessários dois encontros, em decorrência da grande quantidade de informações advindas das construções conjuntas.

No grupo dos familiares e usuários não houve ausência de nenhum membro que participou do círculo hermenêutico-dialético. Contudo, no grupo dos profissionais houve a ausência de um médico e um segurança pelo fato de os mesmos estarem de plantão no dia e hora da negociação.

Para facilitar a visualização das informações o material foi apresentado em uma via impressa para cada participante, com quadros que descreviam os dados que seriam discutidos, e também na forma de apresentação visual, com auxílio de projetor multimídia.

Para garantir a fidelidade das informações discutidas nesse momento, os encontros de negociação foram áudios gravados, com autorização de todos os participantes, além do apoio de três acadêmicos, previamente treinados pela pesquisadora, para realizarem anotações referentes aos consensos ou não sobre os aspectos referentes à Emergência, discutidos pelos grupos de interesse.

Vale ressaltar que essa etapa seguiu todos os preceitos éticos vigentes garantindo assim, a confidencialidade das informações e identificação dos sujeitos. Portanto, as categorias e os depoimentos que foram apresentados referiam-se às construções coletivas de cada grupo de interesse como um todo a ser debatido.

Ao final das reuniões, houve consenso entre os membros de cada grupo de interesse acerca da maioria das construções, sendo estas descritas relevantes para a avaliação da Emergência Psiquiátrica. Apenas quatro questões não foram resolvidas, e por isso não fizeram parte da apresentação dos resultados do processo avaliativo.

6.6 Considerações Éticas

Esta pesquisa cumpriu todas as exigências éticas e legais vigentes (BRASIL, 2012) e o seu projeto se encontra registrado no Comitê Permanente

de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá (UEM), sob o CAAE: 25786714.0.0000.0104 e Parecer nº623.496. (ANEXO I)

Os participantes do estudo foram esclarecidos que não eram previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis em participar do estudo, apenas a destinação de seu tempo para responder as questões e, talvez, algum nível de desconforto em falar sobre o assunto.

Também foram informados que a participação era totalmente voluntária, podendo o participante: recusar-se a participar, ou desistir a qualquer momento sem que isso acarretasse qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa e que as informações e os dados obtidos por meio desta pesquisa seriam utilizados somente para fins científicos, com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade dos participantes; e que as entrevistas seriam inutilizadas no prazo de três anos, sendo as gravações apagadas após esse período.

Foi ressaltado, a cada participante, que, embora não fossem previstos benefícios diretos à sua pessoa, este estudo poderia contribuir não somente para o conhecimento sobre a qualidade do Serviço de Emergência Psiquiátrica, mas também para o enfrentamento das dificuldades relacionadas ao cuidado em Saúde Mental.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta Tese serão apresentados por meio de três artigos científicos e representam um recorte de todo o processo avaliativo estabelecido no Serviço de Emergência Psiquiátrica:

Artigo 1 - Compreendendo a Dinâmica Assistencial do Serviço de Emergência Psiquiátrica a partir do Método de Quarta Geração.

Artigo 2 - Avaliação Qualitativa da Estrutura de um Serviço de Emergência Psiquiátrica Inserido em Hospital Geral.

Artigo 3 – Avaliação da Atuação do Enfermeiro em um Serviço de Emergência Psiquiátrica.

7.1 Artigo 1

COMPREENDENDO A DINÂMICA ASSISTENCIAL DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA A PARTIR DO MÉTODO DE QUARTA GERAÇÃO

RESUMO

Neste estudo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, tem-se o objetivo de compreender a dinâmica assistencial de um Serviço de Emergência Psiquiátrica de um hospital geral. Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2014, com 15 profissionais, nove usuários e seis familiares. Foi utilizado como referencial teórico e metodológico a Avaliação de Quarta Geração, tendo como técnicas de coleta de dados: observação, análise documental e entrevista. Os dados foram analisados pelo método comparativo constante; e os resultados, apresentados com base em dois eixos temáticos: *a) Compreendendo a dinâmica assistencial do Serviço de Emergência Psiquiátrica e; b) Desarticulação da rede de atenção psicossocial como entrave para a satisfação do atendimento na emergência psiquiátrica.* Concluiu-se que nesta região a dinâmica assistencial na emergência psiquiátrica direciona o fluxo de usuários para a rede psicossocial, mesmo apresentando limitações no que concerne à articulação entre os serviços de saúde mental.

Descritores: Serviços de Emergência Psiquiátrica; Assistência em Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Avaliação; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental regulamenta a atenção em saúde mental no Brasil, por meio da Lei 10.216/2001, a qual abarca questões de cuidado psiquiátrico humanizado e resolutivo, utilizando como pilares para construção de seus pressupostos, o movimento de Reforma Psiquiátrica, construída na década de 1970, por Franco Basaglia na Itália, e no mesmo período no Brasil, pelo movimento de trabalhadores da saúde mental e movimentos sociais (BRASIL, 2011; HIRDES, 2009).

A Reforma Psiquiátrica objetiva a implantação e a consolidação de uma Rede de Atenção Psicossocial, substitutiva à internação manicomial e asilar, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPSad), Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Ambulatórios de Saúde Mental; Centros de Convivência; Hospital Dia; Serviços de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral, e Leitos de Atenção Psiquiátrica, tidos como unidades de cuidado, inseridos em hospitais gerais (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

Estudo de revisão que analisou as relações entre as emergências psiquiátricas e os demais serviços que compõem a Rede de Saúde Mental apontou que as unidades de Emergência Psiquiátrica padecem para instaurar o cuidado articulado com a Rede psicossocial, expondo a pessoa com transtorno mental e sua família ao risco de desassistência. Também revelou que o Serviço de Emergência Psiquiátrica constitui-se em ferramenta importante para o direcionamento da demanda de cuidados em saúde mental e para a aceitação da doença no meio social e familiar (BARROS; TUNG; MARI, 2010). Nesse contexto, ressalta-se a importância de estudos que avaliem as fragilidades e as potencialidades das unidades de emergência (SELEGHIN et al., 2010).

De acordo com os desafios impostos pelo novo modelo de atenção em saúde mental, pautado na desinstitucionalização, também ressalta-se a importância de investigações sobre a dinâmica assistencial, instituída no ambiente de emergência psiquiátrica, principalmente na perspectiva da enfermagem pois estes podem contribuir para a diminuição de estigmas e preconceitos, intermediados pelo cuidado humanizado (KONDO et al., 2011).

Porquanto, urge a necessidade de conhecer o contexto global em que o cuidado à pessoa acometida pelo transtorno mental se estabelece, de modo a compreender a dinâmica assistencial como um todo e a sua relação com a Rede de Atenção Psicossocial (PINHO et al., 2012).

Com base no exposto, questiona-se: considerando a Reforma Psiquiátrica como modelo de atenção em saúde mental, de que modo a pessoa com transtorno mental é atendida em unidade de Emergência Psiquiátrica? Para responder a essa questão, pretendeu-se no presente estudo compreender a dinâmica assistencial de um Serviço de Emergência Psiquiátrica em um hospital geral.

CAMINHO METODOLÓGICO

Estudo de caso, realizado em uma unidade de Emergência Psiquiátrica de um Hospital Geral, no período de fevereiro a junho de 2014, utilizando como referencial teórico-metodológico a Avaliação de Quarta Geração, de abordagem hermenêutico-dialética e de cunho construtivista e responsivo. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo; dialético porque propõe o debate das opiniões acerca do objeto em avaliação, construtivista porque possibilita a (re) interpretação dos fatos, e, por fim, é responsivo porque abarca aspectos importantes para a avaliação: as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse (*Stakeholder*) para o processo avaliativo (GUBA, LINCOLN, 2011).

Como grupos de interesse foram elencadas 30 pessoas - 15 profissionais da equipe de saúde da Emergência Psiquiátrica, nove usuários e seis familiares. Como respondente inicial (R1) do círculo de profissionais, foi eleito aquele com maior tempo de atuação no Serviço, já, para os usuários, aquele com maior número de internações na Emergência, e para o familiar aquele que acompanhou algum usuário no Serviço pelo menos duas vezes durante a internação.

Como critérios de inclusão dos profissionais estabeleceu-se: atuar no Serviço há mais de seis meses e prestar cuidados diretos à pessoa com transtorno mental e/ou sua família. Já os critérios dos usuários e familiares foram:

possuir 18 anos ou mais de idade e ter sido atendido pelo menos uma vez, nos três meses anteriores à pesquisa, no Serviço onde o estudo foi realizado.

Foram excluídos do estudo usuários que apresentavam diagnóstico médico de transtorno mental grave ou incapacitante, e familiares que não acompanharam o paciente/familiar, no momento do atendimento emergencial.

O processo de avaliação utilizando a Quarta Geração foi iniciado por meio do *Contato com o campo* (reunião com a equipe do Serviço, usuários e familiares a fim de explicitar os objetivos e método do estudo); *Identificação dos membros que iriam compor cada grupo de interesse* (os quais seriam indicados pelos profissionais, usuários e familiares); *Desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas* (reconhecimento das percepções de cada membro dos grupos de interesse, e a análise de documentos pertencentes ao Serviço); *Apresentação dos dados para os grupos de interesse* (realizada a partir do processo de negociação que se consistiu na organização das construções de cada grupo, validação das informações e verificação de consensos). E, por fim, *Construção dos resultados finais do processo avaliativo* (definição dos eixos temáticos, de acordo com os excertos/depoimentos qualificados após negociação).

A coleta de dados foi realizada por meio das técnicas de Observação não Participante (etnografia prévia) (GUBA; LINCOLN, 2011); Observação Participante, e entrevista individual orientada pelos pressupostos do círculo hermenêutico-dialético.

A Observação não Participante ocorreu no período de fevereiro de 2014, com duração total de 61 horas, com o objetivo de reconhecer os aspectos pertinentes à dinâmica assistencial do Serviço.

A etapa correspondente à Observação Participante foi desenvolvida no período de março a junho de 2014, totalizando 152 horas. Foi realizada com o objetivo de analisar, de forma sistematizada, a dinâmica do Serviço, pois a observação participante permite a imersão do pesquisador na dinâmica assistencial, proporcionando uma análise indutiva e compreensiva dos fatos construídos na realidade investigada (CORREIA, 2009). Vale ressaltar que, nesse período, a pesquisadora participou ativamente da dinâmica assistencial estabelecida no Serviço.

O círculo hermenêutico-dialético foi iniciado no mês de Maio com o respondente 1 (R1). Ao final da entrevista lhe foi solicitado que indicasse outro respondente (R2). Porém, antes da próxima entrevista, os temas, conceitos, ideias, valores, preocupações e questões centrais foram analisados, resultando na construção 1 (C1) que, juntamente com as questões iniciais, serviu de fonte de informações para a entrevista de R2, e assim sucessivamente.

Como instrumento para direcionar as entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado que, inicialmente, continha a seguinte questão norteadora: “Como é o Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua/foi atendido?”; “Quais as fragilidades e potencialidades desse Serviço?”. Como construções que surgiram após a entrevista com o R1 de cada grupo, foram incluídas nas entrevistas subsequentes as questões: “Como você percebe o atendimento em saúde no Serviço de Emergência Psiquiátrica” e “Qual é a influência da rede de atenção em saúde mental, na dinâmica de cuidado desse Serviço”? As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, utilizando-se gravador digital.

O conteúdo das entrevistas foi analisado por meio do Método Comparativo Constante Glaser e Straus (apud GUBA; LINCOLN, 2011). Para tanto, foi realizada a escuta dos depoimentos em áudio, gravados logo após a sua coleta, para identificar as construções de cada respondente e poder apresentar o conteúdo das entrevistas precedentes nas entrevistas posteriores e, desta forma, realizar novas formulações acerca das questões identificadas nos depoimentos anteriores.

Com a finalização do círculo hermenêutico dialético em cada grupo de interesse, o que ocorreu com a repetição das indicações dos sujeitos, os dados foram transcritos na íntegra, dando-se início à fase de organização e análise dos resultados. Para tanto, foram extraídos elementos dos depoimentos que se combinavam tematicamente e, após isso, descritos por meio de extratos/excertos, apresentados em eixos temáticos e discutidos na reunião de negociação, realizada com cada um dos grupos de interesse, com base na Política Nacional de Saúde Mental.

As reuniões de negociação foram previamente agendadas e contaram com a participação da maioria dos entrevistados. Para esse momento,

foi produzido um material impresso, contendo a síntese dos dados das entrevistas de cada grupo de interesse específico, entregue a cada membro do grupo. Após, foi realizada explanação dos resultados obtidos nas entrevistas com apresentação oral e uso do Power Point, objetivando a discussão, validação e negociação dos dados como eixo prioritário da avaliação.

Essa pesquisa cumpriu todas as exigências éticas e legais vigentes na Portaria 466/12 (BRASIL, 2012) e o seu projeto se encontra registrado no Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, da instituição signatária, sob o CAAE: 25786714.0.0000.0104.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, e para garantir-lhes o anonimato, os extratos/excertos dos depoimentos estão identificados pela letra P (profissional); U (usuário) ou F (Familiar), seguidos de um número indicativo da sequência em que as entrevistas foram realizadas e uma breve caracterização.

RESULTADOS

Compreendendo a Dinâmica Assistencial do Serviço de Emergência Psiquiátrica

Na análise dos depoimentos que faziam referência à (des)articulação da Emergência Psiquiátrica no hospital geral com os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial foi possível identificar potencialidades e fragilidades na edificação de um cuidado resolutivo.

Destaca-se que durante a observação foi possível identificar que cotidianamente a unidade recebia pessoas com transtorno mental leve, encaminhadas das Unidades Básicas de Saúde, para a solicitação de transcrição de receitas de psicotrópicos. Em média, esse evento acontecia em cinco de cada dez atendimentos.

O serviço está atendendo mais do que se pretendia e isso acaba prejudicando nossa atuação. Se as pessoas soubessem o tanto de consulta para fazer receita que a gente tem, e o tanto de paciente que a gente coloca para dentro, apenas para medicar e pedir uma vaga na rede, esses gestores iriam

valorizar mais o nosso trabalho e dar conta de resolver a falta de serviços na rede. (P3- enfermeira, 37 anos, atua há 1 ano e 6 meses no Serviço)

Os depoimentos também apontaram para a incipiência dos serviços substitutivos, o que pode ser considerado um dos facilitadores para a sobrecarga do Serviço de Emergência.

Quando saí da emergência me mandaram para o CAPS, mas lá, quando fui tratado no CAPS eu tomei medicamentos que eu ficava bobo, eu não ficava dentro de mim, então o que adianta tratar na emergência e depois a gente ficar mal no CAPS? Desse jeito a gente vem aqui mesmo (na Emergência). (U3 - 49 anos, possui transtorno de humor afetivo bipolar, atendido no Serviço duas vezes).

Também foi observada a procura da Emergência Psiquiátrica por pessoas com problemas relacionados ao abuso crônico de substâncias psicoativas, ainda que não apresentassem nenhuma intercorrência psiquiátrica.

Toda vez que eu procurei o postinho para pedir ajuda e me tratar das drogas eles me mandaram para cá (Emergência Psiquiátrica), acho que aqui é o lugar que a gente tem que procurar para conseguir ajuda, porque os outros (Serviços) mandam tudo para cá [...]. (U6 – 33 anos, dependente químico, atendido no Serviço três vezes).

Outro pormenor que compromete a eficácia da dinâmica assistencial é o constante atendimento de crianças, realizado em decorrência de ordens judiciais para internação compulsória. O constrangimento da equipe frente a esse impasse pode ser verificado nos excertos a seguir:

Uma coisa que a gente tem como ponto fraco é o atendimento de crianças encaminhadas por ordem judicial. A nossa dificuldade é imensa porque, a gente não tem estrutura física adequada para esse tipo de atendimento. (P1 – médica, 36 anos, atua há três anos no Serviço).

[...] Tem menor que fica aqui dois, três meses, teve menor que ficou um ano e pouco. Imagina um ano e pouco morando em um corredor. (P7 – enfermeira, 37 anos, atua há dois anos no Serviço).

No que concerne ao quadro de funcionários, o Serviço de Emergência Psiquiátrica em estudo funciona com uma equipe multiprofissional. Todavia, essa equipe é bastante fragilizada, pois, diariamente os funcionários de

enfermagem são remanejados para ajudarem em outros setores do hospital. Esse enfoque pode ser evidenciado a seguir:

Eu acho um pouco vago o número de funcionários, porque, por exemplo, eu já fiquei duas horas ali fora esperando para alguém falar comigo e só via eles correndo de um lado para o outro [...]. Chorei, fiquei nervosa, porque nesse dia eu gostaria de falar com a psicóloga, mas não tinha para me atender [...]. (F1 – 49 anos, mãe de um adolescente com transtorno de ansiedade grave)

Mesmo com o quadro de funcionários reduzido, foi constatado, durante o período de observação que, mesmo com um número inadequado de profissionais, a equipe multidisciplinar se diligencia em ofertar um cuidado acolhedor.

Desarticulação da Rede de Atenção Psicossocial como Entrave para a Satisfação Sobre a Assistência na Emergência Psiquiátrica

Em relação à dinâmica assistencial estabelecida na Emergência Psiquiátrica, o que mais chamou a atenção foi a desarticulação da Rede de Atenção Psicossocial com o Serviço. Esse fato pode ser evidenciado nas falas a seguir:

O pessoal dos outros serviços manda todos os pacientes psiquiátricos para a Emergência porque, é aquela coisa básica de não ter serviço que cuide disso na Rede. Com isso a gente não consegue dar conta de cuidar de todos com resolutividade e isso, faz com a gente fique perturbado. (P1 – médica, 36 anos, atua há três anos no Serviço).

Eu não tenho outro lugar para levar meu filho, quando mandei lá no hospital psiquiátrico Y eu não gostei muito do tratamento. Eles dopavam, deixavam ele trancado uns três dias, saia só para tomar sol, então como a gente pode ver não tem Serviço para levar, então tem que ficar aqui mesmo (na Emergência). (F2 – 63 anos, mãe de um rapaz com dependência química).

A admissão frequente de crianças na Emergência é um fator que também agrega insatisfação no trabalho profissional, e esse aspecto é agravado pelo longo tempo de permanência desses casos no Serviço associada à fragilidade estrutural para o atendimento infanto-juvenil.

O que complica muito a rotina de cuidado aqui é a internação de crianças porque a Rede não tem estrutura para isso. Então, o jeito é internar na Emergência. [...] Mas é preciso considerar que aqui não é o lugar adequado, é um lugar fechado, só um corredor, cheio de adultos. [...] acaba atrapalhando a nossa forma de cuidar, deixando a gente triste em ver essas crianças trancadas aqui. (P8 – médico, 31 anos, atua há três anos no Serviço).

A desarticulação da RAPS com o Serviço de Emergência Psiquiátrica foi considerada nos excertos anteriores a precursora de grande insatisfação entre os profissionais, usuários e família, principalmente em decorrência da desassistência nas unidades de saúde que compõem a RAPS, associada à sobrecarga de cuidados na unidade de Emergência.

DISCUSSÃO

A precariedade da Rede de cuidados em saúde mental acarreta sobrecarga de atendimentos nas unidades de emergência (BRASIL, 2010). Outro aspecto relevante é que, mesmo que o Serviço de Emergência Psiquiátrica não tenha como prioridade a transcrição de receitas, esse Serviço cumpre com seu papel de articulador do cuidado em saúde mental quando “*colocam para dentro*” pessoas para serem medicadas, denotando, com isso, o comprometimento com a resolutividade dos casos e consequentemente o vínculo com o usuário.

Na concepção dos usuários, o atendimento na Emergência Psiquiátrica é melhor e por isto eles relatam a preferência por esse serviço do que fazer acompanhamento em outros pontos da rede de atenção psicossocial.

Sobre os serviços que compõem a Rede Psicossocial, estudo realizado no Oeste Paulista, com o objetivo de identificar as ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família junto às pessoas com transtorno mental e sua família, concluiu que as pessoas que necessitam de cuidado em saúde mental na atenção primária sofrem com a desassistência (FIORAMONTE et al., 2013), denotando, assim, a emergente necessidade de ações voltadas à melhor prática de cuidado em saúde mental dentro da comunidade.

A fragilidade na RAPS também se faz presente no contexto do tratamento para dependência química. Nesta pesquisa constatou-se que: a

procura pela unidade de atendimento em Emergência Psiquiátrica, por pessoas necessitadas de cuidados relacionados à dependência química, acontece pela incipiência de serviços públicos que prestam cuidados específicos a essa população. Isso faz do Serviço de Emergência Psiquiátrica a “Porta de Entrada” para o atendimento na Rede de cuidados em Saúde Mental que, pelo contexto descrito, apresenta-se frágil no que concerne à oferta de vagas.

A fragilidade no atendimento para dependência química também ocorre em outras regiões. Por exemplo, estudo que fez uma análise retrospectiva da demanda de atendimento emergencial no Ceará identificou um número significativo de atendimentos, determinados principalmente pelo uso/abuso de substâncias psicoativas, com maior prevalência ao uso de álcool (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Outra problemática apontada neste estudo refere-se ao sentimento de indignação nas falas de P1 e P7 ao mencionarem que crianças ficam “morando” em um Serviço de Emergência, sem que este tenha estrutura adequada para esse tipo de atendimento. Esse aspecto denota a gravidade da situação de cuidados de saúde mental para crianças. O longo tempo de permanência, associado à falta de estrutura adequada para a assistência infantil faz emergir a necessidade de discussões acerca dos direitos da criança, como forma de salvaguardar sua integridade psíquica enquanto Ser em crescimento e formação.

Estudos apontam a desassistência a crianças com transtornos mentais, ao evidenciar aumento na demanda de ocorrências nas unidades de saúde, que, na maioria dos casos, apresentam-se fragilizadas para assistir crianças e adolescentes (KANTORSKI et al., 2014; SCIVOLETTO; BOARATI; TURKIEWICZ, 2010).

É preciso, então, que os gestores atentem para as necessidades do cuidado em saúde mental infantil, estabelecidas por meio da Política Nacional de Saúde Mental, que exige novas formas de estruturar e transitar entre os Serviços, a fim de consolidar a atenção acolhedora, de modo a não reproduzir o modelo hospitalocêntrico e segregativo, preconizado nas instituições psiquiátricas asilares (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Apreende-se que, em alguns momentos, a unidade de emergência fica fragilizada no que concerne ao cuidado especializado em saúde mental, levando à diminuição da qualidade das ações de saúde, associada à sobrecarga dos funcionários.

De acordo com as fragilidades e potencialidades apontadas pelos participantes, é possível afirmar que, mesmo com muitas dificuldades na construção de uma dinâmica assistencial qualificada, o Serviço de Emergência Psiquiátrica, inserido no hospital geral, tenta se fortalecer atuando como local de cuidado humanizado, edificando ações de saúde de acordo com as possibilidades que o meio oferece.

No entanto, é possível asseverar que a escassez de serviços que compreendem a RAPS é um complicador para a qualidade da atenção na Emergência (BRASIL, 2010). Esse fato é comprovado quando o profissional 1 diz não conseguir proporcionar ações de saúde mais resolutivas, sentindo-se insatisfeito com a qualidade do cuidado ofertado e com a decepção do familiar em não ter outras oportunidades de cuidado.

A elevada demanda de atendimentos psiquiátricos em um único serviço pode fragilizar a qualidade do cuidado ofertado, porque são realizadas ações de saúde pontuais, fazendo emergir a necessidade de maior intervenção por parte das Políticas Públicas de saúde, na construção de serviços que abarquem a doença mental como objeto de cuidado para a humanização da assistência (ANTONACCI et al., 2013).

Os depoimentos também evidenciam o descompasso existente em se realizar tratamento de crianças e adultos, em uma mesma Unidade de Psiquiatria. Até mesmo os usuários percebem a presença de crianças no Serviço emergencial como algo inadequado para a resolutividade de seus problemas de saúde.

No contexto do atendimento infantil em saúde mental, as unidades de Emergência Psiquiátrica têm como dever identificar o quadro clínico inicial, os riscos decorrentes da presença do transtorno mental, os fatores que levam à agudização ou ao agravamento do quadro clínico, e a presença de suporte familiar, social e de serviços de saúde extra-hospitalar para continuidade do

tratamento dessas crianças e suas famílias (SCIVOLETTO; BOARATI; TURKIEWICZ, 2010).

A preocupação da equipe de saúde frente à internação judicial de menores também foi evidenciada nos momentos em que os profissionais tentavam convencer a gestão do hospital sobre a fragilidade da estrutura física e de recursos humanos para abarcar esse tipo de atendimento. Contudo, não havia sucesso nesses momentos de negociação, fazendo com que a equipe se responsabilizasse pelos cuidados disciplinares de jovens internados na Emergência.

No contexto do cuidado psiquiátrico, a nova forma de fazer saúde mental exige a construção de serviços de saúde que possibilitem a consolidação de ações que favoreçam o fluxo da dinâmica de cuidado na RAPS, tanto para adultos quanto para crianças (ANTONACCI et al., 2013), objetivando que o cuidado em saúde seja um objeto de humanização e de transformação do modelo excludente (OLIVEIRA; MEMDONÇA, 2012). Sendo assim, é importante que se amplie a oferta de vagas extra-hospitalares para a continuidade do tratamento iniciado nas unidades de Emergência.

Em suma, é possível inferir que a dinâmica assistencial construída na unidade de Emergência luta constantemente para se articular com outros serviços da RAPS. Contudo, o desgaste físico e emocional, associado à insatisfação dos profissionais, usuários e familiares parece ser um complicador da construção de ações de saúde mais resolutivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo foi possível inferir que a dinâmica assistencial estabelecida na Emergência Psiquiátrica tenta direcionar o fluxo de usuários para o tratamento adequado, pois o Serviço luta constantemente para relacionar-se com a Rede de Atenção Psicossocial, com a finalidade de melhorar a articulação entre as unidades de cuidado. Considerando-se todos os desafios vivenciados, acredita-se que a dinâmica assistencial desse Serviço extrapola o mero caráter de unidade de estabilização de pacientes com quadros de agudização do transtorno mental.

Também foi possível constatar que os profissionais, usuários e familiares apresentam insatisfação frente aos entraves impostos pela desarticulação da Rede com a Emergência Psiquiátrica, sendo este o maior desafio para a continuidade do cuidado em saúde mental para a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional de Humanização.

Os achados desta pesquisa permitem que os militantes da luta antimanicomial reflitam e discutam sobre a necessidade de estudos, que busquem inovações para a qualidade e edificação dos Serviços de Emergência Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

ANTONACCI, M.H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.47, n.4, p.891-8, 2013.

BARROS, R.E.M; TUNG, T.C; MARI, J.J. Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, (supl II), p.71-7, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, M.A.A. Psychiatric emergency services: a key piece to care network. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, (supl II), p.69- 70, 2010.

CORREIA, M.C.B. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Rev. Pensar Enfermagem**, v.13, n.22, p.30-36, 2009.

FIORAMONTE, A. et al. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. **Cienc Cuid Saude**, v.12, n.2, p.315-322, 2013.

GUBA, E.G; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Unicamp, 2011.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.297-305, 2009.

KANTORSKI, L.P et al. The intersectoriality in the psychosocial attention of children and adolescente. **Rev. Pesquisa Cuidado Fundamenta On Line**, v.6, n.2, p.651-662, 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3210/pdf_1259> Aceso em: 15 jan. 2015.

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

OLIVEIRA, E.; MEDONÇA, J. Family member with chemical dependency and consequent burden suffered by the family: descriptive research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.11, n.1, p.11-7, 2012.

PINHO, L.B. et al. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14, n.1, p.25-32, 2012.

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. Equipe de saúde mental: análise do discurso sobre a prática no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.1, p.98-106, 2010.

QUINDERÉ, P.H.D; JORGE, M.S.B. (De) Construction of the mental health care model in the composition of professional practices and services. **Saúde Soc.**, v.19, n.3, p.569-583, 2010.

SCIVOLETTO, S.; BOARATI, M.A.; TURKIEWICZ, G. Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, (supl II), p.112-120, 2010.

SELEGHIN, M.R. et al. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Rev. Rene**, v.11, n.3, p.122-31, 2010.

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

7.2 Artigo 2

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA ESTRUTURA DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA INSERIDO EM HOSPITAL GERAL*

RESUMO

Estudo de caso, realizado mediante avaliação de Quarta Geração, no período de fevereiro a junho de 2014, com 30 respondentes (15 profissionais, nove usuários e seis familiares); objetivando-se apreender as Reivindicações, Preocupações e Questões construídas por profissionais, usuários e familiares, acerca da estrutura do Serviço de Emergência Psiquiátrica de um hospital geral. A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental, entrevista semiestruturada, observação não participante e observação participante. A análise e a discussão dos dados foram operacionalizadas via Método Comparativo Constante, articulado com a Política Nacional de Humanização. Constatou-se a necessidade de: adequação da estrutura física para o atendimento de Emergência Psiquiátrica de crianças; necessidade de mais recursos humanos; redução de internações de crianças por longos períodos; e melhor utilização de protocolos. Conclui-se que a relação entre a assistência infantil em local inadequado e o insuficiente número de funcionários, atua como fatores que dificultam a prática assistencial preconizada pela Política Nacional de Saúde mental.

Descritores: Serviços de Emergência Psiquiátrica; Avaliação de Serviços; Humanização da Assistência; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A nova abordagem de cuidado em saúde mental, marcada pela desinstitucionalização, abarca o Serviço de Emergência Psiquiátrica, como unidades de cuidado necessárias à (re)organização da atenção em saúde mental (QUINDERÉ; JORGE, 2010), pois promovem a estabilização rápida do quadro de agudização do transtorno mental, com propostas de encaminhamento para a continuidade da assistência nas unidades substitutivas (SOUSA et al., 2010).

As unidades de Emergência Psiquiátrica surgiram inicialmente como iniciativas isoladas de alguns centros universitários ou hospitais públicos, principalmente nos grandes núcleos urbanos (BARROS et al., 2010), tendo como meta realizar diagnósticos clínicos e psicossociais em situações de distúrbios de pensamento, emoções ou comportamento que requeriam cuidados de forma imediata. Nesse aspecto, estes serviços têm como prioridade evitar prejuízos à saúde psíquica, física e social dos indivíduos, além de contribuir para a edificação dos pressupostos da desinstitucionalização (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010) e humanização do cuidado em saúde mental.

Outro ponto relevante é o fato de as Emergências Psiquiátricas serem apontadas como base para a regulação das admissões, na Rede de Cuidado em Saúde Mental e, assim, contribuir para a organização do fluxo de usuários (PAES et al., 2013), possibilitando a redução de admissões hospitalares desnecessárias, com transferência do cuidado em saúde mental para a atenção primária, e desconstrução do caráter excludente que permeia a atenção em psiquiatria (BARROS; MARQUES; CARLOTTI; ZUARDI; DEL-BEM, 2010).

No Brasil, em que pesem os avanços no atendimento em Saúde Mental, no que se refere à organização do sistema e à reformulação da Rede, muitos serviços, principalmente aqueles de natureza pública, ainda permanecem em situações precárias, principalmente no que tange à estrutura e à qualidade do cuidado (WILLRICH et al., 2013). Assim, faz-se relevante a realização de estudos com intuito de avaliar o atendimento em saúde mental, de modo que os resultados obtidos possam contribuir para a definição de propostas que visem à efetivação do cuidado humanizado e qualificado.

Com base no exposto, este estudo justifica-se, principalmente, pela premência de se olhar para as novas modalidades públicas de atenção em saúde mental, como as unidades de Emergência Psiquiátrica nos hospitais gerais, buscando avaliá-las de forma qualitativa. Assim, este estudo pauta-se na seguinte questão: “Qual é a percepção de profissionais, usuários e familiares, acerca da estrutura de um Serviço de Emergência Psiquiátrica?” Para responder a este questionamento, definiu-se, como objetivo do estudo, apreender as Reivindicações, Preocupações e Questões construídas pelos profissionais, usuários e familiares, sobre a estrutura do Serviço de Emergência Psiquiátrica no hospital geral.

CAMINHO METODOLÓGICO

Este é um estudo de caso, realizado no período de fevereiro a junho de 2014, em um Serviço de Emergência Psiquiátrica de um Hospital Geral. Como base teórico-metodológica, utilizou-se a Avaliação de Quarta Geração, pautada na abordagem hermenêutico-dialética, de cunho construtivista e responsivo. O processo hermenêutico-dialético é hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e é dialético porque propõe a discussão das opiniões divergentes, de modo a obter um consenso acerca do objeto em avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011).

A avaliação de Quarta Geração é a união entre o enfoque responsivo e a metodologia construtivista. O enfoque responsivo usa as Reivindicações, Preocupações e Questões dos grupos de interesse (*Stakeholder*) como elementos organizadores do processo avaliativo, determinando quais aspectos devem ser considerados no estudo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Para esta pesquisa a aplicação prática da avaliação de Quarta Geração ocorreu por meio do *Contato com o campo* (reunião com a equipe do Serviço, usuários e familiares, para apresentação e discussão da proposta da pesquisa); *Identificação dos stakeholders ou grupos de interesse* (profissionais, usuários e familiares); *Desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas* (aplicação do círculo hermenêutico-dialético); *Apresentação dos dados para os grupos de interesse* (realizada a partir do processo de negociação, que consistiu na organização das construções de cada grupo, validação das informações e;

verificação de consensos). E, por fim, *Construção dos resultados finais do processo avaliativo* (definição dos eixos temáticos, de acordo com os excertos/depoimentos qualificados após negociação).

Participaram do estudo 30 pessoas (*Stakeholders*), dos quais 15 eram profissionais, nove eram usuários e seis familiares. Os critérios de inclusão dos profissionais foram: ser profissional alocado na unidade em estudo há mais de seis meses e prestar cuidados diretos à pessoa com transtorno mental e/ou sua família, no serviço de emergência. Já, os critérios dos usuários e familiares foram os seguintes: aceite formal em participar; possuir 18 anos ou mais de idade, e nos três meses anteriores à pesquisa ter sido atendido pelo menos uma vez na Emergência Psiquiátrica.

Foram excluídos do estudo usuários que apresentavam diagnóstico médico de transtorno mental grave ou incapacitante, e acompanhantes que não estavam presentes no momento do atendimento do paciente na emergência.

Como respondente inicial R1 do círculo de profissionais foi eleito aquele com maior tempo de atuação no Serviço; já, para os usuários, aquele com maior número de internações na Emergência, e para o familiar aquele que acompanhou o usuário do Serviço em, pelo menos, duas visitas durante sua internação.

A coleta de dados foi realizada por meio de duas técnicas: observação não participante (etnografia prévia), observação participante, e entrevista individual estabelecida por meio do círculo hermenêutico-dialético.

A observação não participante foi realizada em fevereiro de 2014, com total de 61 horas, e contemplou os três períodos de atendimento. Esse foi um momento de observação livre para que fosse identificada a dinâmica de cuidados estabelecidos no Serviço. No período entre março a junho de 2014 foi realizada a observação participante, totalizando 152 horas. Esse momento teve como foco a análise mais sistematizada dos aspectos estruturais, por meio da imersão nos fatores que foram pouco compreendidos no primeiro mês de estudo.

O círculo hermenêutico-dialético foi iniciado no mês de maio, enquanto ainda se realizava a observação participante. Como instrumento para direcionar as entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado que, inicialmente, continha a seguinte questão norteadora: “Como é o Serviço de

Emergência Psiquiátrica onde você atua/foi atendido?”, e “Quais são as fragilidades e quais são as potencialidades desse Serviço?”. Ressalta-se que os aspectos relacionados à estrutura física foram apontados como construções conjuntas em todos os grupos de interesse. As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado e com áudio gravado.

O conteúdo das entrevistas inicialmente foi analisado por meio do Método Comparativo Constante Glaser e Straus (apud GUBA; LINCOLN, 2011) que consiste em analisar os dados, por meio da escuta dos depoimentos dos áudios gravados, logo após a sua coleta para identificar as construções de cada respondente e apresentar o conteúdo das entrevistas precedentes, nas entrevistas posteriores, para realizar novas formulações acerca das questões apontadas nos depoimentos.

Com a finalização de todos os círculos hermenêuticos dialéticos que ocorreu com a repetição das indicações dos sujeitos no círculo, os dados foram transcritos na íntegra, dando-se início à fase de organização e análise dos resultados prévios a serem apresentados na reunião de negociação em forma de eixos temáticos.

A etapa de negociação ocorreu de forma independente com cada grupo, por meio de agendamento prévio da data e horário da reunião que contou com o comparecimento da maioria dos entrevistados. Para esse momento, foi produzido um material impresso, contendo a síntese dos dados das entrevistas, e entregue a cada membro do grupo. Após, foi realizada explanação dos resultados obtidos nas entrevistas pela pesquisadora, por meio de apresentação com auxílio de Power Point, objetivando a discussão, validação e negociação dos dados, como eixo prioritário da avaliação.

Esta pesquisa cumpriu todas as exigências éticas e legais vigentes na Portaria 466/12 (BRASIL, 2012), e o seu projeto se encontra registrado no Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá (UEM), sob o CAAE: 25786714.0.0000.0104e Parecer nº623.496.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, e para garantir-lhes o anonimato, os extratos serão identificados pela letra P (profissional); U (usuário) e F (Familiar), seguidos de

um número indicativo da sequência em que as entrevistas foram realizadas uma breve caracterização.

RESULTADOS

A análise dos resultados correu a partir de três eixos temáticos, resultantes do agrupamento das unidades de informação e validação nas reuniões de negociação com cada grupo de interesse: A) O ambiente físico influenciando o cuidado humanizado em saúde mental; B) Recursos materiais como instrumento necessário à adequada dinâmica assistencial, e C) Recursos humanos e sua implicação no processo assistencial.

No Quadro 1 consta a síntese das construções dos grupos de interesse, elaborada durante o processo de negociação, ocorrida logo após a finalização do círculo hermenêutico-dialético.

Local	Profissionais	Usuários	Familiar
Serviço de Emergência Psiquiátrica	<p>1- Ambiente Físico: adequado para observar pacientes; local de triagem pouco reservado; espaço físico inadequado para atender crianças.</p> <p>2- Materiais: ausência de protocolos clínicos; protocolos de rotinas subutilizados.</p> <p>3- Recursos Humanos: faltam profissionais; retirada frequente de funcionários do setor; necessidade de Serviço social exclusivo para a emergência.</p>	<p>1- Ambiente Físico: confortável; ambiente restrito ajuda na dinâmica do tratamento – evita fugas.</p> <p>2- Recursos Humanos: equipe acolhe o usuário, atendimento rápido; falta assistente social, terapeuta ocupacional e psicóloga.</p>	<p>1- Ambiente Físico: ambiente pequeno, inadequado para atender crianças.</p> <p>2- Recursos Humanos: faltam profissionais para acolher e informar os usuários do Serviço e sua família; necessidade de psicólogo no Serviço.</p>

Quadro 1. Avaliação da estrutura do Serviço de Emergência Psiquiátrica de um Hospital Geral - Oeste Paulista (SP), 2015.

O ambiente físico influenciando o cuidado humanizado em saúde mental

A estrutura física foi considerada adequada, e esse dado pode ter relação com o fato de que, no Serviço investigado, o Posto de Enfermagem é localizado no centro da unidade, possui duas janelas laterais que permitem visualizar as enfermarias, o que possibilita à equipe observar e intervir com mais rapidez nos casos de agitação e/ou agressividade dos pacientes, conforme pode ser evidenciado na fala a seguir:

O postinho de enfermagem tem aquelas janelas de observação, isso ajuda tanto ao médico como a enfermagem, olhar sempre o paciente, para assim saber melhor do quadro dele e poder ajudar mais. (P1- médica, 36 anos, atua há três anos no Serviço).

Outro aspecto que chama atenção na estrutura física é o tratamento dispensado a esse espaço, pois todas as enfermarias possuem ar condicionado, cores alegres nas paredes, com colagens, quadros e boa iluminação.

O quarto, o local de atendimento é uma maravilha, eu lembro que eu acordava com o ar condicionado ligado, tudo limpinho e cheiroso, uma maravilha para o tratamento [...]. (U2 – 38 anos, possui depressão, atendido no Serviço quatro vezes).

Como fragilidade, o momento de triagem realizado na Recepção, com grande número de pessoas transitando, faz com que este procedimento seja percebido pelos grupos de interesse como inadequado, pois expõe e constrange o usuário, comprometendo o cuidado humanizado em saúde mental, conforme explicitado nos excertos a seguir.

O local da triagem não é adequado porque a enfermagem acaba perguntando para o paciente o que ele veio fazer ali, então fica um negócio constrangedor [...] ficar exposto, todo mundo passa, então expõe o paciente. (P1)

Eu acho que deveria ter espaço adequado para triagem. Um setorzinho, igual ali da emergência clínica, que tem aquela salinha, não precisa ser um lugar muito amplo, com mais privacidade, triagem para poder atender melhor quem chega. (P9 – recepcionista, 33 anos, atua há 2 anos e nove meses no Serviço).

Outra fragilidade relativa à estrutura física é o pequeno espaço para comportar grande demanda de pessoas, com características distintas para o cuidado em saúde mental. Essa informação foi enunciada por familiares:

Eu acho que tinha que ter mais espaço para deixar a pessoa mais agitada em quarto separado [...]. O meu filho ficou no quarto com um rapaz que gritou a noite toda, então ele falava para mim assim: “mãe eu não quero passar por isso de novo, ver essas pessoas doentes, me leva embora”. (F2 - 63 anos, mãe de um rapaz com dependência química).

Mais um fator que interfere na disponibilidade de espaço físico é o frequente encaminhamento pelos órgãos judiciais e outras unidades de cuidado em saúde mental de crianças que fazem uso abusivo de drogas. Conforme evidenciado a seguir.

Eu não acho certo internar criança na Emergência. [...] Não tem espaço, então a gente procurou ficar mais dentro do quarto. Devia ter pelo menos uma ala separada para criança. (F3 – 62 anos, mãe de um rapaz com transtorno de humor afetivo bipolar).

O espaço não está adequado para uma criança, ainda mais quando elas ficam aqui um, dois, três meses. [...] É uma judiação e prejudica nosso Serviço porque, a gente não sabe o que fazer com aqueles que são encaminhados pelo juiz (P3 – enfermeira, 37 anos, atua há um ano e seis meses no Serviço).

Durante a fase de coleta de dados foi constatada a presença de uma criança internada por ordem judicial, que lá se encontrava há cerca de um ano e seis meses. De acordo com os documentos analisados, esse é um problema recorrente, pois foram encontrados alguns registros de crianças que permaneceram no Serviço por vários meses o que, seguramente, acarreta dificuldades à equipe e também ao atendimento prestado ao infante/adolescente.

Recursos Materiais como Instrumento Necessário à Adequada Dinâmica Assistencial

A inexistência e/ou subutilização de protocolos clínicos e rotinas foi a segunda fragilidade mais citada pelos grupos de interesse.

[...] para mim, a dificuldade aqui é seguir o protocolo para todo mundo falar a mesma língua. Isso ajudaria o profissional a sentir que tem uma organização, mas não tem a adesão a essas regras, daí fica uma confusão no atendimento [...]. (P2 – médica, 30 anos, atua há quatro anos no Serviço).

A inexistência de protocolos clínicos para direcionar a prática médica foi apontada como um dos aspectos que também compromete a organização da equipe de saúde e, conseqüentemente, o cuidado.

[...] eu acho que deveria ter um protocolo clínico porque todos os profissionais fariam “a mesma língua”. Todos vão seguir a mesma coisa, porque aqui, cada médico age de uma maneira e se tivesse isso, todo mundo se entenderia melhor [...]. (P7 – enfermeira, 37 anos, atua há dois anos no Serviço)

A fragilidade na utilização de documentos também foi apontada pelos usuários e confirmada na reunião de negociação, quando os mesmos relataram que o atendimento inicial é desorganizado, pois a equipe não tem informações a respeito da história pregressa dos usuários já atendidos.

Na emergência poderia ter mais organização no atendimento inicial. O pessoal não sabe se é a primeira ou a segunda vez que a gente está lá, que remédio usou. Então, devia ter um arquivo no computador com a história da pessoa, para ajudar os profissionais na organização do atendimento inicial. (U7 – 29 anos, dependente químico, atendido no Serviço duas vezes).

Eu acho que falta um pouco de organização, porque teve um dia que eu precisei de uns documentos para entregar no INSS e eles não achavam de jeito nenhum, acabou que depois de dois dias foram aparecer com o tal papel para mim [...]. (F5 – 32 anos, mãe de adolescente com anorexia).

Recursos Humanos e sua Implicação no Processo Assistencial

Os recursos humanos foram apontados como fragilidade estrutural e organizacional do Serviço, sendo ressaltada a necessidade de aumentar o número de funcionários, principalmente os integrantes da equipe de enfermagem que, com frequência, são remanejados para outros setores da instituição.

O quadro de funcionários é ruim [...]. Por exemplo, às vezes fica uma enfermeira para três setores. Não dá certo porque aqui é uma loteria a cada instante. [...] pode sobrecarregar o serviço a qualquer momento e quando isso

acontece a enfermeira não consegue dar conta. (P4 – médico, 35 anos, atua há um ano e dois meses no Serviço).

O subdimensionamento do quadro de funcionários também está associado à dificuldade vivenciada pelos profissionais de assistência social e psicologia, quando são forçados a atender outros setores do hospital, prejudicando, a incorporação de ações qualificadas de saúde.

O serviço social era melhor quando trabalhavam 40 horas aqui porque, ficava uma só o dia inteiro para a gente. Agora, elas são duas que cumprem 30 horas e cada hora tem uma aqui. Eu não sei a quem recorrer. O serviço social ficou meio solto. (P1 – médica, 36 anos, atua há três anos no Serviço).

Outro aspecto que se mostrou frágil, de maneira unânime entre os grupos de interesse, foi o remanejamento frequente de funcionários da emergência psiquiátrica para outras unidades de cuidado do hospital e vice versa.

[...] o número de funcionários não é bom e para piorar, se eu tenho quatro funcionários na minha clínica eu nunca fico com os quatro. Sempre alguém é remanejado para cobrir outra clínica [...], na maioria das vezes trabalhamos com dois funcionários. Os outros são remanejados. (P7 – enfermeira, 37 anos, atua há dois anos no Serviço).

Toda vez que o enfermeiro ou o auxiliar de enfermagem é remanejado ele sempre chega completamente perdido ou completamente apavorado [...]. Às vezes ele chega andando com as costas na parede. Eu já vi auxiliar desse jeito, fica hiper alerta, qualquer barulhinho, dá um pulo (P4 – médico, 35 anos, atua há um ano e dois meses no Serviço).

Os usuários também indicaram a necessidade de um Terapeuta Ocupacional no Serviço de Emergência por acreditarem que, mesmo nos casos de internações por curto período de tempo, esse profissional pode favorecer a aceitação do tratamento pelo pacientes.

Nesses quatro dias que eu fiquei na emergência eu não tinha obrigação de fazer nada, e eu acho que deveria ter alguém para dar alguma atividade como leitura, pintar alguma coisa [...]. Com isso a pessoa acaba

aceitando mais o tratamento. (U5 – 33 anos, dependente químico, atendido no Serviço duas vezes).

Mesmo com as limitações referentes à equipe de saúde, as construções acerca das ações assistenciais estabelecidas pelos recursos humanos no Serviço são percebidas como acolhedoras e humanizadas, pois, no processo de negociação, foi unânime a percepção dos usuários quanto ao atendimento rápido e efetivo.

Eu cheguei e fui atendido. Estava eu e minha mãe e fomos acolhidos, me deram atenção [...], e foi o que eu considereei de melhor na emergência, o acolhimento, porque me senti respaldado, cuidado por alguém. (U1 – 36 anos, dependente químico, atendido no Serviço cinco vezes)

Vale ressaltar que a atenção em saúde é descrita pelos usuários como um momento de prática acolhedor, que respeita a individualidade e protege a pessoa com transtorno mental e sua família, enquanto sujeitos que necessitam de cuidado.

DISCUSSÃO

A adequada estrutura física nas unidades de saúde vai ao encontro do que é preconizado na Política Nacional de Humanização, no que diz respeito ao conceito de ambiência (FREITAS et al., 2013), promovendo, assim, um local de cuidado acolhedor e propício à humanização da assistência em saúde mental. Esse aspecto também é valorizado pelos usuários e leva em consideração, principalmente, a máxima de que locais organizados, produzem ações de saúde mais qualificadas (WILLRICH et al., 2013).

Portanto, as discussões acerca da estrutura física são importantes e devem ser consideradas como prioridade porque, a efetivação da ambiência, como forma de valorização do espaço físico, possibilita a construção de ações de saúde efetivas e humanizadas.

Em relação à fragilidade na estrutura física, o único local apontado como aquele que necessita de adequação estrutural é onde a equipe de enfermagem realiza a triagem, como abordagem inicial ao usuário e à família que necessitam de atendimento, o que ocorre no mesmo espaço da Recepção.

A preocupação e até o incômodo pelo fato de o usuário ser abordado em local que não lhe garante a privacidade, se coaduna com a proposta da Política Nacional de Humanização que propõe a reorganização do processo de atenção no sistema de saúde em geral, com base no acolhimento e na atenção humanizada. Para isto é necessário espaço físico que promova a concretização da assistência resolutiva, com possibilidade de construir comportamentos solidários entre profissionais e usuários, preservando-lhes a dignidade por meio de ações de saúde pautadas na livre comunicação (CAVALCANTE et al., 2012).

O espaço físico reduzido também é apontado pela família e usuários como um complicador na eficácia do tratamento psiquiátrico emergencial, pois induz à convivência, em um mesmo espaço, de pessoas que experimentam momentos de grave alteração do estado mental e, aquelas que apresentam menor comprometimento. Esse fato pode resultar em não reconhecimento da própria doença e, conseqüentemente, a não adesão ao serviço de saúde mental.

Estudo que teve como objetivo caracterizar os clientes com sofrimento psíquico assistido em uma Emergência Psiquiátrica em hospital geral identificou que há grande procura pelo atendimento e que a maioria dos usuários se dirigem ao serviço espontaneamente (SOUSA et al., 2010). Essa procura voluntária, decorrente de uma assistência deficiente na atenção primária (FIORAMONTE et al., 2013), faz crescer ainda mais a procura por atendimentos nos Serviços de Emergência (SOUSA et al., 2010) gerando sobrecarga, com conseqüente prejuízo a um atendimento qualificado e resolutivo.

Em suma, o atendimento de crianças interfere significativamente no espaço físico, porém se sabe que realizar um atendimento diferenciado por faixa etária é um aspecto importante para a qualidade da assistência nas unidades de Emergência Psiquiátrica, sendo considerado inadequado o atendimento conjunto de crianças e adultos nesse cenário (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010).

O propósito do atendimento a crianças nos Serviços de Emergência Psiquiátrica é identificar o quadro clínico inicial, os riscos decorrentes da presença do transtorno mental, os fatores que levam à agudização ou agravamento do quadro clínico, e a presença de suporte familiar,

social e de serviços de saúde extra-hospitalar, para a continuidade do tratamento, ancorado na família (SCIVOLETTO et al., 2010). As crianças, portanto, não deveriam permanecer neste ambiente por mais de algumas horas e, no entanto, há casos em que elas ficaram meses e até anos.

A presença de crianças no Serviço também é percebida pelos profissionais, como algo inadequado, principalmente quando o atendimento é realizado em decorrência de ordens judiciais que encaminham os menores, sem prazo previsto para a alta, e, inclusive, sem qualquer intercorrência indicativa de emergência no âmbito da saúde mental. A despeito do fato de que qualquer situação envolvendo crianças e o uso abusivo de drogas deva ser considerado premente de ação, qualquer que seja ela, certamente não inclui longa permanência em serviços de emergência.

É possível apreender que os integrantes da equipe de saúde apresentam sentimentos de pesar e de consternação frente à admissão de crianças por ordens judiciais, pois consideram que o ambiente da Emergência Psiquiátrica não possibilita ações de saúde específicas e resolutivas para o cuidado psiquiátrico infantil. Os depoimentos mostram a preocupação do profissional com a qualidade das ações de saúde prestadas aos jovens, decorrente da deficiência na estrutura física e impossibilidade de resolver questões relacionadas aos encaminhamentos por órgãos judiciais.

Estudo que descreveu as articulações que se realizam entre os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, da região Sul do Brasil, com os setores da saúde, assistência social, educação e justiça apontou que os laços entre esses serviços e os de atenção especializada em saúde mental são necessários para a edificação do cuidado psicossocial na infância. Além disso, são a principal estratégia de reabilitação e inclusão dos jovens com problemas judiciais (KANTORSKI et al., 2014).

Nesses casos, a articulação entre os diversos serviços que assistem as crianças e adolescentes contribui para que a responsabilidade assistencial não seja atribuída a apenas uma única unidade de saúde, pois o transtorno mental infantil decorrente, principalmente, do abuso de drogas, é um problema crescente na sociedade atual e requer mobilizações amplas e de diversos setores.

Em relação à subutilização dos protocolos existentes na unidade de saúde, é possível afirmar que esse aspecto gera dificuldades na continuidade do cuidado prestado no Serviço de Emergência, comprometendo, a organização e a otimização das ações de saúde e, conseqüentemente, a resolutividade dos atendimentos.

Portanto, é possível inferir que a subutilização dos protocolos já existentes, juntamente com a falta de rotinas que organizem a atenção médica e de enfermagem, constituem fragilidades importantes no local do estudo e, seguramente, é um complicador para a qualidade das relações no trabalho para a edificação das ações de saúde mental.

Os Serviços de Emergência Psiquiátrica alocados em hospitais gerais são reconhecidos como unidades centrais para o direcionamento adequado da Rede de Atenção Psicossocial, tanto pelo manejo de situações de emergência, quanto pela regulação dos casos de atendimento em saúde mental dentro dessa rede. Sendo assim, é de suma importância a padronização dos atendimentos por meio de protocolos e rotinas que respaldem a prática qualificada do cuidado (BARROS et al., 2010).

Em relação à pouca organização das informações pregressas do paciente, um meio de minimizar essa problemática, seguramente, seria o uso do prontuário eletrônico como instrumento que direcionasse o cuidado. Esse recurso - o registro eletrônico de informações - visa facilitar o trabalho multidisciplinar, por meio do acesso completo dos dados relacionados a cada usuário do serviço de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2012), mas, no hospital investigado, estava instalado apenas na Unidade de Terapia Intensiva.

Sobre o inadequado dimensionamento de recursos humanos, principalmente na equipe de enfermagem, cabe lembrar que o dimensionamento adequado do pessoal de enfermagem se encontra estabelecido desde 2004, pelo Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução 293/2004 (COFEN, 2004), mas o mesmo nem sempre é cumprido pelas instituições de saúde, o que compromete a efetividade da assistência de enfermagem (LORENZINI et al., 2014).

Estudo que levantou indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades de emergência identificou que essas unidades de saúde sofrem com o dimensionamento inadequado dos recursos humanos em enfermagem, o que se torna um problema complexo para as instituições de saúde por possuir várias facetas e, principalmente, por se relacionar intimamente com a qualidade do cuidado, com a satisfação dos usuários, das instituições e dos trabalhadores (SCHMOELLER; GELBCKE, 2013). Nesse sentido, é importante refletir e discutir sobre a necessidade de adequação do dimensionamento de profissionais nos serviços de saúde, como forma de construir ações de cuidado mais qualificadas e resolutivas.

Os relatos também mostram a dificuldade vivenciada pela equipe multidisciplinar, no que diz respeito a não permanência da assistente social e da psicóloga no setor de Emergência. Esse aspecto é apontado pelo profissional como um fator que dificulta a construção assertiva da atenção em saúde mental, deixando a pessoa com transtorno mental e sua família, desassistidos no que concerne ao atendimento de suas necessidades sociais e psicológicas.

O remanejamento de profissionais não especializados ou não habituados ao cuidado em saúde mental, para a unidade de Emergência Psiquiátrica dificulta a dinâmica e a qualidade da assistência, pois alguns demonstram medo de assistir pessoas com transtorno mental e/ou revelam atitudes estigmatizantes. Esse cenário de temor pode comprometer o atendimento ofertado, e levar a insatisfação profissional, por terem de atuar em um ambiente desconhecido que lhes gera desconforto.

O quadro limitado de funcionários para exercer ações de saúde mais acolhedoras e resolutivas tem sido apontado como um complicador do cuidado qualificado em saúde (INOUE et al., 2013). Portanto, a inserção da pessoa com transtorno mental nas unidades de saúde dos hospitais gerais e o conseqüente aumento do número de atendimentos nessa “nova” demanda exige que o hospital se organize para oferecer assistência qualificada, principalmente no que concerne à quantidade e à qualidade da equipe multidisciplinar e que o atendimento em saúde mental seja humanizado e resolutivo (SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2012).

Cabe acrescentar que a realidade da assistência psiquiátrica nos hospitais gerais, na maioria das vezes, é permeada por dificuldades inerentes à própria área física onde se constrói o processo de cuidado. Nesse contexto, a realização de atividades terapêuticas tende a ser comprometida quando associada à deficiência no quantitativo de recursos humanos específicos na área de terapia ocupacional (SOUSA et al., 2010).

Estudo realizado com o objetivo de refletir sobre o papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental evidenciou que a estrutura complexa contida nesse local, associada às dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional, como número insuficiente de profissionais e falta de estrutura organizacional, dificultam a construção de ações de cuidado resolutivas e humanizadas em saúde mental nesse cenário (PAES et al., 2013). Assim, acredita-se ser emergente a reflexão referente à implementação de ações por parte dos gestores quanto à melhor distribuição de recursos humanos e de materiais, ao aperfeiçoamento do cuidado integral em saúde mental.

O acolhimento como forma de cuidado foi evidenciado como aspecto mais importante da dinâmica assistencial. Essa forma humanística de atendimento remete aos pressupostos da Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Humanização, pois abarca o atendimento integral em saúde mental, como foco do cuidado resolutivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível apreender que a estrutura do Serviço em estudo é adequada para o atendimento de emergência psiquiátrica em adultos, pois conta com uma equipe acolhedora, que realiza ações de cuidado de forma humanizada e resolutiva e possui quartos confortáveis, ambiente limpo, atendimento rápido e efetivo. Entretanto, foram identificadas fragilidades como a necessidade de cumprimento de regras estabelecidas por protocolos; falta de manuais para direcionar o atendimento clínico e de enfermagem, pouco espaço frente à demanda de usuários, local de triagem inadequado, estrutura não planejada para o atendimento de crianças e necessidade de mais recursos humanos. Por meio dos dados apresentados conclui-se que a relação entre a inadequada estrutura física para atendimento infantil e o insuficiente número de

funcionários, atua como fator dificultador para a prática assistencial com qualidade.

Como potencialidade desta pesquisa ressalta-se a metodologia de avaliação de quarta geração que por utilizar a abordagem construtivista, responsiva e dialética, permite a detecção de fragilidades durante a execução do estudo e esta é uma das vantagens desse processo investigativo.

Vale ressaltar que durante a negociação no grupo dos profissionais foi estabelecido um plano de articulação entre os membros da equipe, com a proposta de construção de um projeto a ser levado à direção do hospital, com objetivo de realizar a adequação do local de triagem, para melhor atendimento do usuário. Também foi ressaltada, no processo de negociação, a necessidade de retomada dos protocolos existentes, e a construção de fluxogramas clínicos, com o objetivo de uniformizar o atendimento psiquiátrico. Para essa atividade os médicos foram os responsáveis por descrever as orientações quanto ao atendimento clínico, de acordo com cada patologia; e o enfermeiro pelos fluxos referentes aos cuidados básicos imediatos, de acordo com o quadro mental apresentado pelo usuário.

Os resultados desta pesquisa podem servir de subsídios para que militantes do movimento de Reforma Psiquiátrica discutam a efetividade das unidades de cuidado em saúde mental, em especial das Emergências Psiquiátricas, visando à construção do cuidado acolhedor e resolutivo para a pessoa com transtorno mental e sua família. Para tanto, sugere-se a realização de novos estudos que tenham como objeto compreender os espaços onde se insere a atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

BARROS, R.E. et al. Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, (supl II), p.71-7, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAVALCANTE, R.B. et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.2, n.3,

p.428-437, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n 293 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde e assemelhados.** 21 set 2004. Disponível em: < <http://site.portalcofen.gov.br/node/4329>>. Acesso em: 21 set. 2014.

FIORAMONTE, A. et al. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. **Cienc. Cuid. Saude.**, v.12, n.2, p.315-322, 2013.

FREITAS, F.D.S. et al. Ambiente e humanização: retomada do discurso de Nightingale na política nacional de humanização. **Esc. Anna Nery (impr.)**, v.17, n.4, p.654–660, 2013.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração.** Campinas: Unicamp, 2011.

INOUE, K.C. et al. Qualidade de vida e no trabalho de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **UNINGÁ Review**, v.16, n.1, p.12-7, 2013.

KANTORSKI, L.P. et al. The intersectoriality in the psychosocial attention of children and adolescent. **J. Res. Fundam. Care.**, v.6, n.2, p.651-662, 2014.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. Organização de serviços no sistema único de saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.U. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec; 2010. p.147-69.

LORENZINI, E. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão integrativa. **Cienc. Cuid. Saúde.**, v.13, n.1, p.166-172, 2014.

PAES, E.T. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Cienc. Cuid. Saude.**, v.12, n.2, p.407-412, 2013.

QUINDERÉ, P.H.D.; JORGE, M.S.B. (Des)Construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde Soc.**, v.19, n.3, p.569-583, 2010.

SCHMOELLER, R.; GELBCKE, F.L. Indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. **Texto Contexto Enferm.**, v.22, n.4, p.971-9, 2013.

SCIVOLETTO, S. et al. Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, (supl II), p.112-120, 2010.

SILVA, N.G.; SILVA, P.P.; OLIVEIRA. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. **Cienc.**

Cuid. Saude, v.11, n.2, p.302-310, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. **Cartilha sobre prontuário eletrônico - a certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde**: 2012. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br>>. Acesso em: 21 set. 2014.

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

WILLRICH, J.Q. et al. Ambiência de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. **Rev. Enferm. UFSM.**, v.3, n.2, p.248-258, 2013.

7.3 Artigo 3

AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Resumo

Neste estudo, o objetivo deste estudo foi apreender a percepção de profissionais, usuários e familiares acerca da atuação do enfermeiro em Serviço de Emergência Psiquiátrica no hospital geral. O estudo é qualitativo e utilizou-se o referencial da Avaliação de Quarta Geração. Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2014, junto a 15 profissionais, nove usuários e seis familiares. A coleta de dados compreendeu a observação não participante e participante e entrevista individual, mediante o círculo hermenêutico-dialético, com análise pelo método comparativo constante. Os resultados foram agrupados em dois eixos temáticos: *O enfermeiro como facilitador do cuidado multidisciplinar e humanizado e, Acúmulo de atividades: limitação para o enfermeiro atuar no Serviço de Emergência Psiquiátrica*. Concluiu-se que a atuação do enfermeiro é essencial para a humanização do cuidado e a dinâmica de trabalho multidisciplinar. Contudo, os desafios impostos pela sobrecarga assistencial reduzem as possibilidades de cuidado resolutivo.

Descritores: Enfermagem; Serviços de Emergência Psiquiátrica; Assistência de Enfermagem; Avaliação.

INTRODUÇÃO

As unidades de Emergência Psiquiátrica realizam diagnósticos clínicos e psicossociais em situações de distúrbios de pensamento, emoções ou comportamento (BRASIL, 2011). Para tanto, dispõem de cuidados imediatos (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2010), com intervenções humanísticas, pautadas na orientação assertiva sobre a melhor terapêutica, objetivando a edificação dos pressupostos da desinstitucionalização, com redução do estigma e do preconceito em saúde mental (PARADIS et al., 2009).

A desinstitucionalização psiquiátrica refere-se à substituição gradativa dos leitos em unidades de internação manicomial e asilar, por meio da implantação e consolidação de uma Rede de Atenção Psicossocial. Na Itália, país onde esse processo se iniciou, o resultado tem impactado a consolidação da qualidade dos serviços de saúde mental, com repercussão positiva no cuidado humanizado (HIRDES, 2009).

Para compreender a relevância das unidades de Emergência Psiquiátrica inseridas nos hospitais gerais são necessários estudos que identifiquem as percepções dos sujeitos envolvidos na dinâmica do processo assistencial, pois existe limitada produção acerca dessa temática (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2010). Os poucos estudos que descrevem o processo de cuidado em saúde mental apontam para a alta demanda de cuidados nas unidades de emergência, com possível comprometimento na qualidade das ações de saúde ali ofertadas (ELIAS; TAVARES; CORTEZ, 2012; KONDO et al., 2010).

No que concerne à atuação do enfermeiro em Serviço de Emergência Psiquiátrica, a produção científica é ainda mais escassa (PEREIRA et al., 2014), principalmente quando abarca questões subjetivas, referentes à atuação desse profissional no sistema de cuidado multidisciplinar (LACCHINI et al., 2011).

O enfermeiro e sua equipe representam, em termos numéricos, a maior força de trabalho das instituições hospitalares (CARVALHO; MORAES, 2013) e a sua atuação, além das atividades assistenciais, direcionadas integralmente ao paciente e sua família (ESPERIDIÃO et al., 2013), englobam aquelas que repercutem na dinâmica gerencial das instituições de saúde

(GUERRA et al., 2011). Nessa perspectiva, o dinamismo assistencial, intrínseco ao enfermeiro, acarreta a este profissional sobrecarga diária de trabalho, que pode comprometer a sua qualidade de vida (INOUE et al., 2013); as suas relações profissionais e, inclusive, o cuidado ofertado nos serviços de saúde, fazendo emergir conflitos que podem desvalorizar a sua atuação, seja em âmbito individual ou multidisciplinar.

Considerando-se as poucas discussões/publicações referentes ao trabalho do enfermeiro em unidades de Emergência Psiquiátrica, surge o seguinte questionamento: A atuação do enfermeiro nas unidades de Emergência Psiquiátrica é comprometida pelas fragilidades do Serviço?

Desse modo, definiu-se como objetivo deste estudo, apreender a percepção de profissionais, usuários e familiares acerca da atuação do enfermeiro no Serviço de Emergência Psiquiátrica, inserido em um hospital geral.

CAMINHO METODOLÓGICO

Estudo de Caso realizado em um Serviço de Emergência Psiquiátrica de um hospital geral que é referência de atendimento para 45 municípios. Para tanto, foi utilizada como base teórico-metodológica, a Avaliação de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 2011), de abordagem hermenêutico-dialética e, de cunho construtivista e responsivo.

O processo hermenêutico-dialético é hermenêutico porque possibilita a interpretação dos dados construídos por meio das subjetividades, e é dialético porque propõe a discussão de diferentes pontos de vista, de modo a obter um resultado avaliativo mais próximo da realidade onde as opiniões são produzidas. Já o enfoque responsivo usa as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse (*Stakeholder*) como aspectos que direcionam todo o processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 2011).

O período de coleta de dados foi entre fevereiro e junho de 2014. Fizeram parte deste estudo 30 respondentes, 15 profissionais; nove usuários e; seis familiares, designados como grupos de interesse (*Stakeholders*). Como critérios de inclusão dos profissionais, estabeleceu-se: atuar no Serviço há mais de seis meses e prestar cuidados diretos à pessoa com transtorno mental e/ou a família. Já os critérios dos usuários e familiares foram: aceite formal em

participar; possuir 18 anos ou mais de idade, e utilizar o Serviço pelo menos uma vez nos três meses anteriores à pesquisa.

Para a consolidação da avaliação qualitativa na coleta de dados observaram-se os pressupostos teóricos e metodológicos da Quarta Geração assim resumidos: *Contato com o campo* (quando foram realizadas reuniões com a equipe do Serviço, usuários e familiares, para discorrer sobre a proposta da pesquisa e assim, formar com contrato entre os sujeitos designados como importantes para a construção do estudo); *Identificação dos Stakeholders ou grupos de interesse* (neste estudo foram considerados os profissionais, usuários e familiares que participavam da dinâmica da Unidade de Emergência Psiquiátrica); *Desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas* (aplicação do círculo hermenêutico- dialético, identificação e análise de documentos, como prontuários, protocolos, manuais pertencentes ao Serviço); *Apresentação dos dados para os grupos de interesse* (realizada a partir do processo de negociação, que consistiu na organização das construções de cada grupo, validação das informações e verificação de consensos). E, por fim, *Construção dos resultados finais do processo avaliativo* (definição dos eixos temáticos, de acordo com os resultados qualificados após negociação).

A reunião de contato com o campo foi realizada em janeiro de 2014. Em seguida, em fevereiro do mesmo ano, foi realizada a etnografia prévia por meio da observação livre da dinâmica assistencial estabelecida no Serviço, totalizando 61 horas de observação, como forma de aproximação do objeto de estudo.

Após, foi iniciada observação não participante, que se estendeu no período de março a junho, totalizando 152 horas. Para esta etapa estabeleceu-se uma análise mais sistematizada dos aspectos estruturais, por meio da imersão nos fatores que foram pouco compreendidos na etnografia prévia. Para tanto, foi utilizado um roteiro de observação que contemplava itens específicos sobre a estrutura física de recursos humanos, processo assistência e resultados das ações de saúde.

A aplicação do círculo hermenêutico-dialético foi iniciada no mês de maio, concomitante a observação participante e, nesta etapa, foram realizadas entrevistas individuais que variaram entre 45 e 75 minutos, com

peças consideradas grupos de interesse que pudessem contribuir para a avaliação do objeto em estudo.

Como respondente inicial R1 do círculo de profissionais foi eleito aquele com maior tempo de atuação no Serviço, já, para os usuários, aquele com maior número de internações na Emergência, e para o familiar, aquele que acompanhou o usuário do Serviço em, pelo menos, duas visitas durante sua internação.

O círculo hermenêutico-dialético ocorreu com base na entrevista realizada com o respondente 1 (R1), em que, ao final, lhe foi solicitado a indicar outro respondente (R2). Porém, antes da entrevista com o R2, os temas, conceitos, ideias, valores, preocupações e questões centrais propostos por R1 foram analisados e sintetizados na construção 1 (C1) que serviu de fonte de informações para a entrevista com o R2 que, por sua vez, serviu para o respondente 3 (R3) e assim sucessivamente.

A entrevista com o primeiro integrante do grupo, foi orientada por um roteiro semiestruturado, contendo as seguintes questões: *Na sua perspectiva, como é o Serviço de Emergência psiquiátrica? Quais são as fragilidades e potencialidades deste Serviço?*

A pergunta que originou este estudo surgiu como uma construçãoêmica das primeiras entrevistas nos grupos de interesse. Sendo assim, todos os respondentes também foram questionados sobre *“Como percebiam a atuação do enfermeiro no Serviço de Emergência Psiquiátrica?”*.

A análise dos dados foi realizada após cada entrevista, utilizando-se o Método Comparativo Constante proposto por Guba e Lincoln (GUBA; LINCOLN, 2011), adaptado de Glaser e Straus. Para esta análise a entrevista, antes gravada em áudio, foi ouvida na íntegra para serem identificadas as construções de cada respondente, com a finalidade de inserir novas questões que nortegassem as entrevistas subsequentes.

Finalizado cada círculo hermenêutico-dialético, as entrevistas foram transcritas na íntegra e as informações resultantes da análise dos dados foram associadas a cada grupo de interesse e decompostas em unidades temáticas; unidades de informação e; fragmentos das entrevistas, referentes à atuação do enfermeiro no Serviço de Emergência Psiquiátrica.

Os resultados foram apresentados em reunião de negociação, com cada um dos grupos de interesse, quando foram discutidos os dados que seriam importantes para a construção de conhecimento acerca da dinâmica do Serviço, e sobre a atuação do enfermeiro nessa unidade de cuidado.

A apresentação dos resultados deste estudo ocorreu em forma de eixos temáticos, apreendidos a partir das construções e consensos estabelecidos pelos grupos de interesse. Para tanto, das entrevistas foram extraídos elementos que se combinavam tematicamente para, após, serem apresentados por meio de extratos/excertos/segmentos, editados gramaticalmente a fim de melhorar a gráfia, sem alterar o conteúdo.

Esta pesquisa cumpriu todas as exigências éticas e legais vigentes na Portaria 466/12 (BRASIL, 2012) e o seu projeto, está registrado no Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá (UEM), sob o Parecer nº623.496 e CAAE no 25786714.0.0000.0104.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, e, para garantir-lhes o anonimato, os excertos de seus depoimentos estão identificados com a letra P (Profissional); U (Usuário) e F (Familiar), seguidos do número indicativo da sequência em que as entrevistas foram realizadas, e de uma breve caracterização dos sujeitos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão descritos a partir de duas categorias temáticas: *O enfermeiro como facilitador do cuidado multidisciplinar e humanizado e; Acúmulo de atividades: limitação para o enfermeiro atuar no Serviço de Emergência Psiquiátrica.*

O enfermeiro como facilitador do cuidado multidisciplinar e humanizado

No local onde o estudo foi realizado, o enfermeiro é reconhecido como articulador da dinâmica assistencial, pois em razão da sua competência gerencial, ele fundamenta o cuidado multidisciplinar.

Eu acho o enfermeiro fundamental, porque a enfermagem tem algo que eu gosto muito que é a organização. Então, ele é um pilar importantíssimo porque consegue organizar e atribuir serviços na equipe multidisciplinar [...] eu acho que é ele que ainda mantêm o Serviço vivo. (P2 – médica, 30 anos, atua há quatro anos no Serviço).

Constata-se, nesse depoimento, que a atuação do enfermeiro é percebida como ponto-chave para a dinâmica assistencial, e que, o seu modo de atuação, pautado na organização da equipe multidisciplinar, com distribuição de tarefas, mantêm o Serviço funcionando ativamente.

Eu acho ótimo o papel do enfermeiro para ajudar a gente. Tem alguma objeção lá na frente (na Recepção), tem qualquer problema; nunca elas se opõem a me ajudar [...]. Elas são a porta-voz quando me enrosco. Elas sempre estão ali (disponíveis), pelo menos estão ouvindo a gente e vai levar (o problema) para alguém resolver [...]. (P9 - recepcionista, 33 anos, atua há dois anos e nove meses no Serviço).

A atuação do enfermeiro nesse serviço é percebida como primordial para o adequado gerenciamento da equipe multidisciplinar e no processo de construção do cuidado emergencial em saúde mental, principalmente por atuar no âmbito administrativo/gerencial.

Coadunando-se com a afirmação anterior, um estudo realizado com o objetivo de contextualizar a enfermagem psiquiátrica e a saúde mental no Brasil (ESPERIDIÃO et al., 2013), os autores enfatizaram que a atuação do enfermeiro tem considerado os aspectos legais que gerenciam o cuidado ofertado à pessoa com transtorno mental e sua família. Esse avanço pode ser considerado resposta à formação melhorada em psiquiatria, pois a formação de enfermeiros permite que os profissionais atuem como gestores em organizações de assistência à saúde mental.

O enfermeiro também foi apontado como pilar para a execução segura das ações de saúde e contato entre os membros da equipe multidisciplinar, sendo ressaltado que sua capacidade gerencial contribui para a organização da atenção qualificada e resolutiva em saúde.

Os enfermeiros coordenam, eles dizem o que cada um tem que fazer com o paciente, inclusive na dinâmica da contenção. É diferente quando o

enfermeiro está junto. É tudo mais fácil, a gente fica mais confiante no que vai fazer e faz melhor. (P15 – médica, 29 anos, atua há dois anos e um mês no Serviço).

A atuação do enfermeiro na unidade de Emergência Psiquiátrica vai além do seu papel de organizador do cuidado quando sua prática é reconhecida como facilitadora das ações de saúde efetivas e qualificadas.

A organização e a segurança da unidade de saúde se relacionam intrinsecamente, com a prática da enfermagem como forma de ordenamento do cuidado humanizado e resolutivo. Nesse contexto, a prática do enfermeiro é necessária à qualidade assistencial, no sentido de promover a organização dos serviços, a adequação da equipe e a produção organizada de saúde que, certamente, resultam em menos desgaste e melhora da qualidade do cuidado (ZOBOLI; SCHVEITZER, 2013).

Já, os usuários reconhecem que há construção de vínculo e promoção de ações de saúde acolhedoras durante o atendimento de enfermagem.

[...] quando comecei a ser tratado na psiquiatria, os enfermeiros começaram a me ajudar. Fui orientado a descobrir o motivo que tinha me levado para lá [...]. Foi com eles (enfermeiros) que eu comecei a trabalhar o meu psicológico. Melhorou tudo, então eu comecei a acordar para a vida porque, lá eu tinha o reconhecimento dos enfermeiros [...]. (U3- 49 anos, possui transtorno de humor afetivo bipolar, atendido no Serviço duas vezes).

A atuação do enfermeiro também foi evidenciada como altruísta pelos familiares que necessitaram do Serviço, e isso contribuiu para que a família percebesse o cuidado de enfermagem como primordial. É possível apreender que a atuação do enfermeiro no Serviço de Emergência possibilitou que aquelas pessoas atendidas pudessem assimilar novas formas de enfrentamento das dificuldades decorrentes da doença mental e conflitos familiares, sendo este aspecto conquistado por meio de um cuidado acolhedor e humanizado.

Para mim, as enfermeiras, o que elas fizeram por mim foi assim, uma tábua de salvação porque, quando eu estava no maior desespero com o meu filho, a gente vinha e elas ajudavam, cuidavam do meu filho e falavam para

eu ficar calma que tudo ia dar certo. Sem elas ali, não sei como seria [...] (F2 – 63 anos, mãe de um rapaz com dependência química).

Quando o familiar relata que o cuidado de enfermagem foi uma “*tábua de salvação*”, ele demonstra que o cuidado prestado por esse profissional à família foi crucial para ela enfrentar o sofrimento acarretado pela experiência de ter um membro familiar necessitando de atendimento emergencial em psiquiatria.

O acolhimento e o modo como o mesmo é realizado constitui uma ação importante realizada pelo enfermeiro. Estudo (ELIAS; TAVARES; CORTEZ, 2012) que objetivou identificar a abordagem fornecida a pacientes psiquiátricos destacou que o cuidado de enfermagem deve abarcar a dimensão existencial, relacional, histórica, cultural e situacional dos pacientes, como abordagem efetiva e acolhedora ao intenso sofrimento mental.

Acredita-se ser relevante, também além da atenção humanizada e acolhedora, a criação de vínculo entre a equipe e a família da pessoa acometida pela doença mental, com o propósito de arquitetar uma assistência baseada na confiança e no vínculo, visando a ajudá-las na promoção de mudanças necessárias à manutenção da saúde mental no contexto familiar (BESSA; WAIDMAN, 2013).

Diante das construções formuladas por profissionais, usuários e família é mister reconhecer a relevância do enfermeiro na unidade de emergência psiquiátrica, pois este profissional é percebido como indispensável para maior qualidade nos serviços de saúde, principalmente daqueles considerados emergentes no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, como é o caso das emergências psiquiátricas nos hospitais gerais.

Acúmulo de atividades: limitação para o enfermeiro atuar no Serviço de Emergência Psiquiátrica

Alguns depoimentos revelaram que o trabalho do enfermeiro pode ser comprometido quando há sobrecarga de atividades.

[...] hoje em dia, o enfermeiro aqui dentro tem sua função tão distorcida [...] ele tem que fazer tantas coisas que eu tenho dó! muita dó [...]. Muitas vezes nós temos funcionários extremamente competentes, mas estão

desgastados porque fazem trabalhos que não são deles. Enfermeiro aqui dentro vira assistente social, auxiliar, faxineira, faz tudo [...]. (P6 – médico, 32 anos, atua há dois anos e seis meses no Serviço).

É possível identificar o quanto o profissional enfermeiro tem sido subjugado em decorrência da sobrecarga de encargos que lhe é imposta, comprometendo assim, a proposta de cuidado integral e resolutivo.

Em um estudo que teve o objetivo de analisar como o conflito se manifesta nas relações interpessoais, e a magnitude que assume no exercício gerencial do enfermeiro, constata-se que nem sempre esse profissional se sobrecarrega, apenas em decorrência do seu próprio trabalho, pois, muitas vezes, isso ocorre porque ele assume outras atividades e/ou papéis, para diminuir o conflito existente na equipe multidisciplinar (GUERRA, et al., 2011).

As dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros corresponde ao que diz a literatura, no sentido de que a conjuntura estrutural complexa e congestionada dos serviços de saúde são, em sua maior parte, decorrentes dos fatores internos e externos à estrutura hospitalar pela qual transitam, revelando a presença de (re) construções acerca da prática assistencial de enfermagem (PEREIRA et al., 2014).

No contexto relacionado à insatisfação no trabalho da enfermagem, acredita-se que esse sentimento decorre de sua rede complexa de fatores e que para sua resolução faz-se necessária a incorporação de novas formas de atuação do enfermeiro, a fim de lançar um novo olhar sobre a sua prática assistencial.

Urge repensar o modelo hospitalar que oprime o enfermeiro por meio do acúmulo de atividades, principalmente quando se constata que a atual dinâmica assistencial, imposta cotidianamente, tem prejudicado não apenas o cuidado direto ao paciente e à sua família, mas, também, toda a equipe de saúde, pela mesma não lograr melhores estratégias de cuidado multidisciplinar (ALVES et al., 2013). De acordo com a literatura, fatos como sobrecarga de trabalho e insatisfação profissional resultam em baixa qualidade de vida (INOUE et al., 2013), com altos níveis de estresse e adoecimento.

O desfalque no dimensionamento de trabalhadores em enfermagem é realidade constante nas unidades de saúde. Reconhecer essa

fragilidade é relevante para a reflexão acerca das consequências diretas no processo assistencial e na equipe multidisciplinar que também se sente sobrecarregada com a ausência do enfermeiro. Esse fato pode ser evidenciado no excerto a seguir:

É difícil a atuação delas (enfermeiras) aqui. Principalmente quando têm que cobrir duas clínicas. Quando isso acontece, o foco maior de cuidado não é aqui [...] nessas horas quem vê as coisas que acontecem aqui, somos nós médicos, residentes e auxiliares. Todo mundo fica o tempo todo fazendo tudo [...]. (P8 – médica, 31 anos, atua há três anos no Serviço).

A atuação do enfermeiro que está alocado em mais de uma clínica/setor em um mesmo plantão leva à pouca organização e ineficácia no atendimento, além de sobrecarregar toda a equipe de saúde.

Considera-se, então, que, a fragilidade da estrutura organizacional das unidades de saúde mental acentua a necessidade de discussões sobre o modelo assistencial de enfermagem psiquiátrica, como um compromisso social em prol de uma classe profissional que há muito vem sofrendo com a escassez de recursos humanos e de materiais para a consolidação de uma prática qualificada (TAVARES; CORTEZ; MUNIZ, 2014; GUERRA et al., 2011).

A sobrecarga da equipe de saúde também foi apontada como um aspecto que leva à pouca resolubilidade do cuidado prestado ao usuário e sua família, conforme evidenciado a seguir:

Às vezes eu acho um pouco vago o atendimento para a família porque, por exemplo, teve dia que eu já fiquei duas horas ali fora esperando. Eu chego e eles falam “espera que vou conversar com não sei quem” [...] fico esperando. [...] demora para voltar. O enfermeiro vai e volta lá dentro e a gente fica lá fora, sem saber o que está acontecendo [...] vejo (as enfermeiras) entrando e saindo de um lado para o outro [...]. (F1 – 49 anos, mãe de um adolescente com ansiedade grave).

[...] durante a noite eu observei que era raro você trombar com algum enfermeiro no corredor. Fui cuidado bem rápido um passou lá, viu o que tinha que me dar e foi cuidar das outras coisas. Eu acho que também tinha que ter mais gente à noite ali, porque vai que dá uma crise na gente [...] (U7 - 35 anos, dependente químico, atendido no Serviço quatro vezes)

A sobrecarga também foi apontada como elemento causador de insatisfação do enfermeiro. Essa particularidade faz com que o profissional exteriorize sentimentos de decepção e, conseqüentemente, pouca condição para executar o cuidado direto que ele considera substancial em sua prática. Esse argumento pode ser observado no excerto a seguir.

[...] se não precisasse fazer tanta coisa eu acho que não teria tanta decepção [...] estou tão decepcionada com a psiquiatria. Nem sempre o enfermeiro consegue participar, fazer aquele trabalho bonito, ficar ali, acompanhar de perto o paciente [...] por isso, fico muito decepcionada. (P12 – enfermeira, 37 anos, atua há quatro anos no Serviço)

Estudo (CARVALHO; MORAES, 2013) de revisão sistemática, realizado com o objetivo de identificar as conseqüências do subdimensionamento de pessoal na saúde dos trabalhadores de enfermagem, evidenciou que a sobrecarga de trabalho e o estresse são as principais queixas relacionadas ao inadequado dimensionamento do quadro de funcionários, e que compromete a qualidade do cuidado ofertado.

Frente aos resultados acerca das dificuldades de atuação do enfermeiro na unidade de Emergência Psiquiátrica, é possível apreender que a sobrecarga de trabalho, devido ao acúmulo de atividades, associada ao pouco apoio por parte dos gestores para dimensionar adequadamente a equipe de enfermagem, são fatores que predispõem a inadequação do processo assistencial de enfermagem. Isso tudo faz emergir a necessidade de reflexões e de ações que promovam mudanças na realidade de trabalho desses profissionais.

Para sanar as difíceis condições de trabalho nas unidades psiquiátricas aponta-se a necessidade de melhor qualificação dos profissionais, associada à autonomia do enfermeiro para a tomada de decisão e o dimensionamento adequado de enfermeiros de acordo com a complexidade de cada unidade de saúde como estratégias para melhorar a qualidade da assistência em saúde (SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2012; LACCHINI et al., 2011; MOTA et al., 2013).

Em conformidade com o exposto, considera-se que, enquanto a prática assistencial de enfermagem em saúde mental for pautada pelo modelo

hospitalocêntrico vigente, a qualidade do cuidado ofertado será marginalizada a tarefas sem cunho resolutivo. Isso prejudica, de forma direta, a implantação efetiva da Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro, principalmente nos novos serviços, como é o caso das Emergências Psiquiátricas, inseridas nos hospitais gerais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo foi possível apreender a percepção de profissionais, usuários e familiares acerca da atuação do enfermeiro no Serviço de Emergência Psiquiátrica. Nesse contexto, o cuidado de enfermagem foi descrito como essencial para a organização da dinâmica assistencial e para a articulação entre a equipe multidisciplinar e a assistência humanizada em saúde mental.

Em contrapartida, também foi apontado pelos entrevistados que a Emergência Psiquiátrica apresenta incoerências em sua estrutura organizacional e de recursos humanos, o que leva à sobrecarga do enfermeiro, e conseqüentemente, à fragilidade do cuidado ofertado, sendo esta particularidade considerada determinante para a insatisfação profissional.

De acordo com os achados, a atuação do enfermeiro é permeada por desafios, resultantes do processo de trabalho conturbado, no qual se insere. Contudo, sua presença nas unidades de Emergência Psiquiátrica é fundamental para a dinâmica de trabalho da equipe de saúde.

Como sugestão para a adequação das fragilidades apontadas no trabalho de enfermagem, considera-se pertinente a necessidade de sensibilização dos gestores hospitalares acerca do dimensionamento adequado da equipe de saúde, em especial da enfermagem, para que a sobrecarga de trabalho e a insatisfação desses trabalhadores sejam minimizadas.

Os achados deste estudo poderão subsidiar reflexões e discussões que busquem inovações no processo de gestão de recursos humanos de enfermagem, tendo como foco a edificação de ambientes de trabalho mais adequados para a efetiva atuação do enfermeiro, no processo de cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A.P. et al. Avaliação do impacto do trabalho em profissionais de saúde mental de uma instituição psiquiátrica. **Ver. Min. Enferm.**, v.17, n.2, p.424-428, 2013.
- BESSA, J.B.; WAIDMAN, M.A.P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm.**, v.22, n.1, p.61-70, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CARVALHO, E.M.P.; MORAES, K.G. Consequências do subdimensionamento de pessoal na saúde dos trabalhadores da enfermagem. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.**, v.4, n.4, p.1556-1570, 2013.
- ELIAS, A.D.S.; TAVARES, C.M.M.; CORTEZ, E.A. Impacto do estigma da loucura sobre a atenção de enfermagem ao paciente psiquiátrico. **Cienc. Cuid. Saude**, v.12, n.4, p.776-783, 2013.
- ELIAS, A.D.S.; TAVARES, C.M.M.; CORTEZ, E.A. Nursing care of psychiatric patients in general emergency: sociopoetic inspiration. **Online Braz J Nurs.**, v.11, (supl 1), p.424-7, 2012.
- ESPERIDIÃO, E. et al. A enfermagem psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66, (esp.), p.171-176, 2013.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração.** Campinas: Unicamp, 2011.
- GUERRA, S.T. et al. The conflict in the nurse managing exercise in hospital contexto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.2, p.1-8, 2011.
- HIRDES, A.A. reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.297-305, 2009.
- INOUE, K.C. et al. Qualidade de vida e no trabalho de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **UNINGÁ Review**, v.16, n.1, p.12-7, 2013.

KONDO, E.H. et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.45, n.2, p.501-7, 2011.

LACCHINI, A.J.B. et al. Enfermagem e a saúde mental após a reforma psiquiátrica. **Revista Contexto Saúde**, v.10, n.20, p.565-68, 2011.

LAPISCHIES, S.R.V.; JARDIM, V.M.R.; KANTORSKI, L.P. Satisfaction and over load of workers of community mental health services: systematic review. **Nurs. UFPE online**, v.7, (esp), p.5656-67, 2013..

MOTA, A. et al. Continuing education in daily new practices in mental health: intervention research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.12, p.608-10, 2013.

PARADIS, M. et al. Is psychiatric emergency service (PES) use increasing over time? **Int. J. Ment. Health Syst.**, v.3, n.1. p.1-5, 2009.

PEREIRA, M.M. et al. Discursos sobre os modelos de enfermagem e de enfermeira psiquiátrica nos Annaes de Enfermagem (1933-1951). **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.35, n.2, p.47-52, 2014.

SILVA, N.G.; SILVA, P.P.; OLIVEIRA, A.G.B. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. **Cienc. Cuid. Saude.**, v.11, n.2, p.302-310, 2012.

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

TAVARES, C.M.M.; CORTEZ, E.A.; MUNIZ, M.P. Cuidado no hospital psiquiátrico sob a ótica da equipe de enfermagem. **Rev. Rene**, v.15, n.2, p.282-90, 2014.

ZOBOLI, E.L.C.P.; SCHVEITZER, M.C. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. **Rev. Lat-Am. Enfermagem**, v.21, n.3, p.1-8, 2013.

8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PRÁTICA E A PESQUISA NA ENFERMAGEM

Os resultados deste estudo apontam contribuições que abrangem o ensino, a pesquisa e a prática de enfermagem.

Para o ensino, os resultados revelam que há necessidade de discussões sobre o cuidado integral e resolutivo em saúde mental, como proposta de construção de serviços e ações de saúde mais qualificadas e condizentes com a Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Humanização. Esse aspecto é relevante, seja na fase de formação ou após, porque o envolvimento das diversas áreas do conhecimento na readequação e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial deve ser gradual e permanente.

Ainda sobre as implicações para o ensino, este estudo gerou contribuições para a melhor compreensão da doença mental como foco de atenção humana emergente na formação de enfermeiros, pois a atuação desse profissional é necessária para a consolidação e direcionamento da equipe multidisciplinar.

Ressalta-se a importância de incluir nos currículos dos Cursos de Graduação da área da saúde, disciplinas que abordem o cuidado e a assistência em saúde mental, com base humanística, incluindo a família e o usuário como protagonistas das mudanças no cenário da psiquiatria, principalmente nas novas unidades de cuidado, como o Serviço de Emergência Psiquiátrica inserida em hospital geral.

Para a prática de enfermagem esta pesquisa possibilitou reconhecer a importância da integração de diversos atores na superação das fragilidades encontradas no serviço, como forma de despertar o senso crítico e de corresponsabilidade entre os sujeitos envolvidos no cuidado, possibilitando, assim, discussões multidisciplinares de planejamento e readequação da realidade assistencial encontrada.

Especificamente para a prática de enfermagem, ressalta-se o reconhecimento do papel do enfermeiro como articulador da dinâmica assistencial da equipe multidisciplinar. Apesar disso, há que se (re)pensar o seu modo de atuação como gestor para que o seu trabalho não seja comprometido.

As implicações deste estudo para a pesquisa em enfermagem se inserem no fato de que os dados podem contribuir para a realização de novas pesquisas, que promovam a avaliação dos demais Serviços de Emergência em saúde mental, no sentido de verificar as potencialidades e as fragilidades em outras realidades brasileiras. Além disso, a aplicação do método de quarta geração pode alavancar o empoderamento dos sujeitos para o alcance da qualidade na construção das ações de saúde.

Para atender as necessidades que se colocam no processo de trabalho na assistência psiquiátrica, novos instrumentos de trabalho são introduzidos para dar suporte ao paciente e sua família, sendo um deles as avaliações qualitativas, com foco nas construções dos grupos de interesse na edificação dos serviços de saúde mental, principalmente aqueles que abarcam a demanda emergencial.

Nesse contexto, algumas intervenções são recomendadas para instrumentalizar o trabalho da equipe de saúde:

- Adequação do quantitativo de recursos humanos, no que diz respeito ao adequado dimensionamento de pessoal, principalmente quanto aos trabalhadores de enfermagem.
- Priorização do trabalho de enfermagem, como medidor da qualidade do cuidado ofertado.
- Reestruturação do ambiente físico das unidades de Emergência Psiquiátrica, com ampliação do espaço, de modo a possibilitar a execução de uma atenção em saúde com qualidade.
- Construção de espaços específicos para atendimento de crianças, com problemas sociais, decorrentes de abuso de substâncias psicoativas.
- Utilização de protocolos clínicos e de rotinas que possam organizar, de forma mais assertiva, a dinâmica assistencial que se estabelece nas unidades de cuidado em saúde mental.

Em resumo, os resultados deste estudo fornecem informações relevantes que podem contribuir para a reorganização da dinâmica assistencial estabelecida nos Serviços de Emergência Psiquiátrica, inseridos nos hospitais gerais; para a formulação e melhorias nos planos assistenciais, destinados às

pessoas com transtorno mental, em situação de emergência e; também, à sua família.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do Serviço de Emergência Psiquiátrica, de um hospital geral, utilizando-se como referencial teórico- metodológico a Avaliação de Quarta Geração, permitiu apreender algumas potencialidades e fragilidades presentes no serviço. Assim, foi possível discutir, com os grupos de interesse, estratégias reais de adequação do Serviço, visando a edificar os pressupostos da Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Humanização.

Foi possível constatar que, mesmo com sua capacidade de atendimento assistencial alta, o Serviço consegue promover uma assistência em saúde que abarca a humanização como regra geral do cuidado, pois a equipe multidisciplinar se esmera em construir ações de saúde efetivas e resolutivas dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização.

As Reivindicações, Preocupações e Questões dos grupos de interesse permitiram reconhecer que as suas construções voltaram-se, principalmente, para aspectos relacionados à estrutura física da unidade de Emergência.

Sobre a estrutura física foi possível constatar que a unidade de saúde investigada, apresenta ambiente adequado para o atendimento imediato de adultos, com problemas psiquiátricos emergenciais. Entretanto, também foram evidenciadas fragilidades de espaço físico reduzido para a alta demanda, necessidade de adequar o quantitativo de recursos humanos, e estrutura física não planejada para o atendimento de crianças, decorrente de ordens judiciais.

A atuação do enfermeiro também foi assinalada como ponto de interesse dos atores, sendo possível apreender que o enfermeiro é primordial na organização da dinâmica assistencial da Emergência Psiquiátrica e para a articulação entre a equipe multidisciplinar e o cuidado humanizado em saúde mental. Em contrapartida, também foi possível concluir que o enfermeiro tem sua atuação comprometida pelo acúmulo de atividades.

De acordo com as fragilidades descritas, é possível apreender que a qualidade do cuidado ofertado no Serviço de Emergência Psiquiátrica é comprometida pelo descompasso existente entre aspectos específicos da dinâmica assistencial: espaço físico inadequado para atendimento de crianças,

elevado número de atendimentos, desfalque no quantitativo de profissionais e; enfermeiro sobrecarregado com atividades assistenciais e funções não específicas de sua formação.

Estabelecer planos de melhoria das unidades de saúde ainda é um desafio a ser superado. Nesse contexto, o estudo de avaliação de Quarta Geração possibilitou trazer à tona um tema atual e de grande relevância para a saúde pública, que é a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, de modo a garantir um atendimento em saúde resolutivo e com qualidade.

Como potencialidade, no que concerne à utilização do método de Avaliação de Quarta Geração, é possível afirmar que esse referencial teórico-metodológico, que abarca a pesquisa construtivista, com enfoque formativo e responsivo, faz emergir o empoderamento dos grupos de interesse como protagonistas das transformações necessárias ao aprimoramento do Serviço, pois, por meio da negociação, prevista no método de pesquisa, foi possível estabelecer propostas de adequação dos aspectos a serem reestruturados.

Entre os projetos de adequação discutidos pelos grupos de interesse, no momento de negociação, destacam-se:

O plano de articulação entre os membros da equipe de saúde, com a proposta de construção de um projeto a ser levado à direção do hospital, com objetivo de solicitar a construção de uma sala privativa para a realização da triagem, a fim de melhorar o atendimento do usuário e sua família.

Cronograma para a retomada dos protocolos já existentes e a construção de novos documentos com normas clínicas, a fim de aperfeiçoar o atendimento inicial. Nessa agenda, cada médico psiquiatra ficou responsável por construir fluxogramas sobre o atendimento clínico prestado a cada patologia, e o enfermeiro, pelos cuidados imediatos frente a cada caso apresentado nos fluxogramas.

Em relação aos atendimentos de crianças foi estabelecida a construção de um relatório, por toda a equipe de profissionais, reivindicando a execução, em médio prazo, de um projeto já existente, de construção de uma unidade de atendimento infantil a fim de extinguir o atendimento de crianças junto com adultos no Serviço de Emergência Psiquiátrica.

Como limitação deste estudo aponta-se o fato de os dados refletirem as informações obtidas em determinado momento e em local específico. Desse modo, os dados estão sujeitos a influências temporais e socioculturais. Sendo assim, o processo de pesquisa sistematizado nesse estudo, não pretende fazer generalizações, para além dos limites do local de estudo e; em nenhum momento, teve-se a pretensão de esgotar a temática.

Finalmente, os resultados apontam a necessidade de estudos de avaliação dos novos Serviços de cuidado em saúde mental, considerando-se que se discutiram as fragilidades e as potencialidades da principal unidade de atendimento Emergencial em psiquiatria da região.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: [s.n.], 1996. p.264.

ALVES, A.P. et al. Avaliação do impacto do trabalho em profissionais de saúde mental de uma instituição psiquiátrica. **Rev. Min. Enferm.**, v.17, n.2, p.424-428, 2013.

ANDRADE, L.M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.1, p.151-7, 2009.

ANTONACCI, M.H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.47, n.4, p.891-8, 2013.

AYRES, J.R.C.M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.583-592, 2004.

BALLANI, T.S.L.; OLIVEIRA, M.L.F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.488-494, jul./set. 2007.

BARROS, R.E. et al. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.32, n.2, p.145-51, 2010.

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

BESSA, J.B.; WAIDMAN, M.A.P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm.**, v.22, n.1, p.61-70, 2013.

BOSI, M. L. M. et al. Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. **Physis [online]**, v.21, n.4, p.1231-1252, 2011.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.3, p.566-70, 2010.

BOSI, M.L.M.; PONTES, R.J.S.; VASCONCELOS, S.M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.2, p.318-24, 2010.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. (orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p.375.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, v.41, n.1, p.150-3, 2007.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F.J (orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p.87-116.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. 2011(a). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf>. Acesso em: 29 nov. 13.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2011(b). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niSP.def>>. Acesso em: 23 jan 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.2016 (lei ordinário de 06 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**. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BRASIL, M.A.A. Psychiatric emergency services: a key piece to care network. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, (supl II), p.69- 70, 2010.

BURIOLA, A.A.et al. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.710-716, 2011.

CAVALCANTE, R.B. et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.2, n.3, p.428-437, 2012.

CARVALHO, E.M.P.; MORAES, K.G. Consequências do subdimensionamento de pessoal na saúde dos trabalhadores da enfermagem. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n.4, p.1556-1570, 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n 293 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde e assemelhados.** 21 set 2004. Disponível em: < <http://site.portalcofen.gov.br/node/4329>>. Acesso em: 21 set. 2014.

CORREIA, M.C.B. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Rev. Pensar Enfermagem**, v.13, n.22, p.30-36, 2009.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)**, v.13, n.28, p.151-164, 2009.

ELIAS, A.D.S.; TAVARES, C.M.M.; CORTEZ, E.A. Impacto do estigma da loucura sobre a atenção de enfermagem ao paciente psiquiátrico. **Cienc. Cuid. Saude**, v.12, n.4, p.776-783, 2013.

ELIAS, A.D.S.; TAVARES, C.M.M.; CORTEZ, E.A. Nursing care of psychiatric patients in general emergency: sociopoetic inspiration. **Online Braz J Nurs.**, v.11, (supl 1), p.424-7, 2012.

ESPERIDIÃO, E. et al. A enfermagem psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66, (esp), p.171-176, 2013.

FIORAMONTE, A. et al. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. **Cienc. Cuid. Saude**, v.12, n.2, p.315-322, 2013.

FREITAS, F.D.S. et al. Ambiente e humanização: retomada do discurso de Nightingale na política nacional de humanização. **Esc. Anna Nery (impr.)**, v.17, n.4, p.654-660, 2013.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração.** Campinas: Unicamp, 2011.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Types of inquiry.** Bloomington: Universidade de Indiana, 1985. (Monografia não publicada).

GUERRA, S.T. et al. The conflict in the nurse managing exercise in hospital contexto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.2, p.1-8, 2011.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.297-305, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 23 jan. 2012.

INOUE K.C. et al. Qualidade de vida e no trabalho de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **UNINGÁ Review**, v.16, n.1, p.12-7, 2013.

JODAS, D.A.; HADDAD, M.C.L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul. Enferm.**, v.22, n.2, p.192-7, 2009.

KANTORSKI, L.P. et al. The intersectoriality in the psychosocial attention of children and adolescent. **J. Res. Fundam. Care**, v.6, n.2, p.651-662, 2014.

KANTORSKI, L.P. Os desafios para avaliação em saúde mental. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.14, n.1, p.10-1, 2012.

KANTORSKI, L.P. et al. Avaliação qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v.6, (esp), p.387-408, 2010.

KANTORSKI, L.P. et al. Fourth-generation evaluation – methodological contributions for evaluating mental health services. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.343-55, 2009.

KILSZTAJN, S. et al. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.10, p.2354-2362, 2008.

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

LACCHINI, A.J.B. et al. Enfermagem e a saúde mental após a reforma psiquiátrica. **Revista Contexto & Saúde**, v.10, n.20, p.565-68, 2011.

LAPISCHIES, S.R.V.; JARDIM, V.M.R.; KANTORSKI, L.P. Satisfaction and over load of workers of community mental health services: systematic review. **Nurs. UFPE online**, v.7, (esp), p.5656-67, 2013.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. Organização de serviços no sistema único de saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.U. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec; 2010. p.147-169.

LORENZINI, E. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão integrativa. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.13, n.1, p.166-172, 2014.

MACHADO, K. Unidades socioeducativas e saúde mental: muito longe da reforma psiquiátrica. **Radis**, n.99, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/99/reportagens/muito-longo-da-reforma-psiquiatrica>>. Acesso em: 23 jan. 2012.

MINAYO, M.C.S. The importance of qualitative evaluation combined with other evaluation methods. **Sau. & Transf. Soc.**, v.1, n.3, p.02-11, 2011.

MINAYO, M.C.S. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. **Salud Colectiva**, v.6, n.3, p.251-261, 2010.

MONTEIRO, M.R.M.B. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. **Rev. Adm. Saude**, v.11, n.42, p.43-48, 2009.

MOTA, A. et al. Continuing education in daily new practices in mental health: intervention research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.12, p.608-10, 2013.

OLIVEIRA, R.F.; ANDRADE, L.O.M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.3069-3078, 2012.

OLIVEIRA, E.; MEDONÇA, J. Family member with chemical dependency and consequent burden suffered by the family: descriptive research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.11, n.1, p.11-7, 2012.

PAES, L.G. et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v.11, n.2, p.395-409, 2013.

PAES, E.T. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Cienc. Cuid. Saude**, v.12, n.2, p.407-412, 2013.

PAES, M.R; MAFTUM, M.A; MANTOVANI, M.F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.31, n.2, p.277-84, 2010.

PARADIS, M. Is psychiatric emergency service (PES) use increasing over time? **Int. J. Ment. Health Syst.**, v.3, n.1, p.3, 2009.

PEREIRA, M.M. et al. Discursos sobre os modelos de enfermagem e de enfermeira psiquiátrica nos Annaes de Enfermagem (1933-1951). **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.35, n.2, p.47-52, 2014.

- PINHO, L.B. et al. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14, n.1, p.25-32, 2012.
- PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. Equipe de saúde mental: análise do discurso sobre a prática no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.1, p.98-106, 2010.
- QUINDERÉ, P.H.D; JORGE, M.S.B. (De) Construction of the mental health care model in the composition of professional practices and services. **Saúde Soc.**, v.19, n.3, p.569-583, 2010.
- RANCI ORTIGOSA, E. La qualità nei servizi sanitari. In: **La valutazione di qualità nei servizi sanitari**. Milão: Angeli. 2000.
- ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990. p.112.
- SANTOS, J.A.T. **Avaliação da implantação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**: um estudo de caso. 2011. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá - PR.
- SCHMOELLER, R.; GELBCKE, F.L. Indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. **Texto Contexto Enferm.**, v.22, n.4, p.971-9, 2013.
- SCIVOLETTO, S.; BOARATI, M.A.; TURKIEWICZ, G. Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, (supl II), p.112-120, 2010.
- SELEGHIN, M.R. et al. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Rev. Rene**, v.11, n.3, p.122-131, 2010.
- SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F.J (orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p.207-228.
- SILVA, N.G.; SILVA, P.P.; OLIVEIRA. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. **Cienc. Cuid. Saude**, v.11, n.2, p.302-310, 2012.
- SILVA, L.G.S. **Perspectivas da qualidade no atendimento em um serviço público de urgência sob a ótica dos trabalhadores**. 2010. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá - PR.
- SILVA, M.B.B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.149-58, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. **Cartilha sobre prontuário eletrônico - a certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde**: 2012. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br>>. Acesso em: 21 set. 2014.

SOUZA, F.S.P. et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.1579-1599, 2011.

SOUSA, F.S.P.; SILVA, C.A.F.; OLIVEIRA, E.N. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.3, p.796-802, 2010.

TAVARES, C.M.M.; CORTEZ, E.A.; MUNIZ, M.P. Cuidado no hospital psiquiátrico sob a ótica da equipe de enfermagem. **Rev Rene**, v.15, n.2, p.282-90, 2014.

UCHIMURA, K.Y; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.18, p.1561-9, 2002.

VALADARES, F.C. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.2, p.573-574, 2013.

ZOBOLI, E.L.C.P.; SCHVEITZER, M.C. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. **Rev. Lat-Am Enfermagem**, v.21, n.3, p.1-8, 2013.

WAIDMAN, M.A.P.; ELSEN, I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.5, (supl), p.107-112, 2006.

WILLRICH, J.Q. et al. Ambiência de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. **Rev. Enferm UFSM**, v.3, n.2, p.248-258, 2013.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa de título: **Avaliação da qualidade do serviço de emergência psiquiátrica de um hospital geral**, que faz parte do curso de pós-graduação, doutorado em enfermagem e é orientada pela prof^a. Pós-Dr^a. Laura Misue Matsuda da Universidade Estadual de Maringá – UEM – PR. O objetivo da pesquisa é *avaliar a qualidade do serviço de emergência psiquiátrica de um hospital geral*. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: permitindo a realização e gravação de uma entrevista onde você será convidado a falar como você percebe a qualidade do serviço de emergência psiquiátrica em que você atua. Não são previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis em sua participação, apenas a destinação de seu tempo para responder às questões e, talvez, algum nível de desconforto em falar sobre o assunto. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Além disso, esta entrevista será inutilizada no prazo de três anos, sendo as gravações apagadas após este período. Embora não se prevejam benefícios diretos à sua pessoa, este estudo poderá contribuir não só para o conhecimento sobre a qualidade do serviço de emergência psiquiátrica, mas também para o enfrentamento das dificuldades relacionadas ao cuidado em Saúde Mental.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento.

Eu,.....(nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa coordenada pela Prof^a. Laura Misue Matsuda.

Data: ___ / ___ /20 ___

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,.....(nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Data: ___ / ___ /20 ___

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores, conforme o endereço abaixo:

<p>Profa. Dr^a Laura Misue Matsuda (Orientadora) Av. Colombo, 5770, BI 001, Departamento de Enfermagem – UEM. Maringá - PR. Fone: (44) 9982-9844 ou (44) 3011- 4512 E-mail: lmatsuda@uem.br</p>	<p>Aline Aparecida Buriola (Pesquisadora) Rua Pastor Jorge, 976. Fone: (18) 99117-7918 E-mail: aliburiola@bol.com.br</p>
--	--

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP: 87020-900. Maringá –Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

APENDICE III**ROTEIRO PARA ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS**

Entrevistado (a) _____

Sexo: masculino () feminino ()

Idade: _____ anos

Profissão: _____

Tempo de atuação na unidade de Emergência em Psiquiátrica: _____

Experiência em outros serviços de atenção em Saúde Mental:

SIM () Qual? _____ Quanto tempo? _____ Não ()

Formação específica em Saúde Mental:

SIM () Qual? _____ Há quanto tempo? _____ Não ()

1) Como é o Serviço de Emergência Psiquiátrica onde você atua?

2) Quais são as fragilidades e quais as potencialidades desse Serviço?

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR:

APENDICE IV

ROTEIRO PARA ENTREVISTA PARA USUÁRIO E FAMILIAR

Entrevistado (s) _____ - **FAMILIAR**

Sexo: masculino () feminino ()

Idade: _____ anos

Escolaridade: _____ (em anos de estudo)

Profissão: _____

Parentesco com pessoa com transtorno mental (pai, mãe, filho, neto etc):

Há quanto tempo convive com a pessoa com transtorno mental:

Entrevistado (s) _____ - **USUÁRIO**

Sexo: masculino () feminino ()

Idade: _____ anos

Escolaridade: _____ (em anos de estudo)

Profissão: _____

Diagnóstico médico quanto ao transtorno mental que possui: _____

Há quanto tempo recebeu diagnóstico de transtorno mental: _____

Número de internações na Emergência Psiquiátrica: _____

1) Como é o Serviço de Emergência Psiquiátrica em que você ou seu familiar (no caso da pergunta ser direcionada ao familiar da pessoa com transtorno mental) foi atendido recentemente?

2) Quais são as fragilidade e quais as potencialidades desse Serviço?.

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR:

ANEXO