



**FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS GAMALIEL
CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZÔNIA
BACHAREL EM ENFERMAGEM**

THAIS DE MELO DA SILVA
VITÓRIA CAROLINE DOS SANTOS DE SOUZA

**EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Tucuruí
2022

THAIS DE MELO DA SILVA
VITÓRIA CAROLINE DOS SANTOS DE SOUZA

**EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel - FATEFIG, como requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Julyany Rocha Barrozo de Souza.

Tucuruí
2022

RESUMO

As emergências psiquiátricas são caracterizadas por um comportamento ou condição que possui uma evolução potencialmente catastrófica, podendo ser percebido por alguém próximo e muitas vezes não pelo próprio afetado, em que recursos adequados para o seu manejo não estão disponíveis no momento da ocorrência. A falta de orientações quanto ao fluxo de atendimento, limitações de estrutura ou o desconhecimento sobre o processo de desequilíbrio mental contribuem para a dificuldade encontrada principalmente pela família diante da inaptidão do paciente. O presente trabalho se faz relevante para a compreensão de fatores associados a essa dificuldade na Unidade de Pronto Atendimento do município de Tucuruí-PA, a atuação da equipe de enfermagem e como conduzem esses pacientes em diversos níveis de complexidade e evolução dentro do cenário no qual atuam, se detém as informações corretas ao referenciar os pacientes. O objetivo se baseia em analisar as percepções dos profissionais de saúde da Unidade de Pronto Atendimento do município de Tucuruí-PA sobre as emergências psiquiátricas. A metodologia de pesquisa em questão possui caráter descritivo, exploratório com abordagem de estudo do tipo qualitativa e a população para desenvolvimento deste trabalho, foi delimitada com enfoque na equipe de saúde mediante entrevista por formulário adaptado. É evidenciado e concluído no estudo a necessidade da implantação de um protocolo para nortear o trabalho da equipe, além de capacitação para auxiliar o atendimento na correta identificação e conduta específica de cada caso, o referenciamento do paciente e a devida orientação aos familiares, também contendo grande importância na relação entre profissionais - pacientes e familiares e a necessidade de especialidades.

Palavras-chave: Enfermagem; saúde mental; emergência psiquiátrica.

ABSTRACT

Psychiatric emergencies are characterized by a behavior or condition that has a potentially catastrophic evolution, which can be perceived by someone close to them and often not by the person affected, which adequate resources for its management are not available at the time of occurrence. The lack of guidance regarding the flow of care, structure limitations or lack of knowledge about the process of mental imbalance contribute to the difficulty encountered mainly by the family in the face of the patient's ineptitude. The present work is relevant for understanding factors associated with this difficulty in the Emergency Care Unit in the city of Tucuruí-PA, the performance of the nursing team and how they manage these patients at different levels of complexity and evolution within the scenario in which they act, if you have the correct information when referring patients. The objective is based on analyzing the perceptions of health professionals at the Emergency Care Unit in the municipality of Tucuruí-PA on psychiatric emergencies. The research methodology in question has a descriptive, exploratory character with a qualitative study approach and the population for the development of this work was delimited with a focus on the health team through an interview using an adapted form. It is evidenced and concluded in the study the need to implement a protocol to guide the team's work, in addition to training to assist the service in the correct identification and specific conduct of each case, the referral of the patient and the proper guidance to the family members, also containing great importance in the relationship between professionals - patients and family members and the need for specialties.

Keywords: Nursing; mental health; psychiatric emergency.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar por ter possibilitado toda a minha trajetória desde a aprovação no vestibular até aqui. Por ter sido minha força nesses últimos anos em momentos pessoais difíceis, e auxílio presente na persistência ao longo desses cinco anos para conquistar a tão sonhada graduação na área que escolhi e aprendi a respeitar e amar como profissão futura, realidade agora não muito distante.

Ao meu pai Marcos Vinícius, que sempre foi meu exemplo de estudo e trabalho duro. Também à minha mãe Marili que me ensinou a sempre me colocar no lugar do outro e buscar a excelência em tudo que me fosse proposto.

Ao meu irmão Mathias que me auxiliou da maneira dele, a resistir em momentos difíceis e árduos que passamos, além de sempre fazer o que é certo e necessário.

Também às pessoas que hoje não estão mais ao meu lado, mas que tiveram papéis de extrema importância que muito me ajudaram e contribuíram para o meu aprendizado pessoal e amadurecimento por todo meu caminho até esse momento, algo que nunca vou esquecer.

A parceria da minha colega Vitória pelo apoio nos muitos trabalhos acadêmicos que fizemos juntas, pelo suporte mútuo durante toda a luta até que este trabalho de conclusão de curso se tornasse possível também pela persistência e excelência dela.

Agradeço à minha orientadora e enfermeira Julyany Rocha pela paciência, excelência e esforço em tornar esse trabalho viável, e por acreditar no nosso potencial em concretizá-lo. Sou grata também à professora Amanda Ouriques, pelo norteamento de ideias deste trabalho.

Grata pela equipe de máxima excelência de professores e preceptores que me instruíram e ensinaram todo o saber e prática profissional inerente à enfermagem, o tratamento humanizado a todos, pessoas essas que me mostraram o caminho para me tornar uma ótima enfermeira, tomando-os como exemplos.

A palavra excelência foi repetida aqui diversas vezes propositalmente, pois todas essas pessoas me ensinaram que a busca pelo melhor pode nos inspirar e levar a lugares de conquistas inimagináveis, e esta é uma das maiores lições que vou levar dessa jornada que acaba aqui, mas que também vai abrir muitas portas para novos começos.

Thais de Melo da Silva

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me dado força, coragem e determinação para completar este importante ciclo. Refletir sobre os altos e baixos vividos ao longo desses 5 anos de curso, só reafirmam a bondade de Deus na minha vida. Sem ele absolutamente nada seria possível.

Aos meus pais, Albety e José Ribamar, pelo incentivo e apoio incondicional que me deram ao longo dessa jornada. Pai e mãe, vocês são as minhas maiores motivações para sempre seguir em frente. Nos momentos difíceis, cada palavra que eu ouvia de vocês, em uma tentativa de me acalmar, me davam gás para não desistir. Essa conquista também é de vocês.

Às minhas irmãs, Sara, Chirley e Daiane, por sempre acreditarem em mim e nessa conquista. O apoio e incentivo de vocês três sempre me trouxeram ainda mais confiança e coragem de seguir em frente.

À minha parceira de pesquisa, Thais, por todo companheirismo e dedicação, não só ao longo desses meses de TCC, mas também ao longo de todos esses anos de curso.

A todos os professores e preceptores, que contribuíram grandemente na minha formação, em especial à minha orientadora Prof^ª Esp. Julyany Rocha. Obrigada por aceitar orientar essa pesquisa e por sempre se fazer disponível para sanar dúvidas. Você é um exemplo a ser seguido.

Concluir esse curso significa a abertura de um novo caminho a ser percorrido, cheio de possibilidades e novos desafios. Para isso, mais força, mais coragem e mais determinação. Esse é apenas o início de uma nova jornada.

Vitória Caroline dos Santos de Souza

THAIS DE MELO DA SILVA
VITÓRIA CAROLINE DOS SANTOS DE SOUZA

**EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel - FATEFIG, como requisito obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Esp. Julyany Rocha Barrozo de Souza.

Data de apresentação: 33 de 12 de 2022

BANCA EXAMINADORA

Julyany Rocha Barrozo de Souza
Prof. Esp. Julyany Rocha Barrozo de Souza
Orientadora

Ana Zélia Silva Fernandes de Souza
Prof. Esp. Ana Zélia Fernandes
Examinadora

Amanda Oúriques de Gouveia
Prof. Esp. Amanda Oúriques de Gouveia
Examinadora

Conceito: 10

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 1.1 Delimitação do tema..... | 9 |
| 1.2 Situação problema..... | 9 |
| 1.3 Questão norteadora..... | 10 |
| 1.4 Justificativa..... | 11 |
| 1.5 Objetivos..... | 11 |
| 1.5.1 Objetivo Geral..... | 11 |
| 1.5.2 Objetivos Específicos..... | 12 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO | 13 |
| 2.1 A Reforma Psiquiátrica | 14 |
| 2.2 Rede de Atenção Psicossocial | 14 |
| 2.3 Urgências e Emergências Psiquiátricas..... | 17 |
| 2.4 Ação de cuidado da enfermagem às emergências psiquiátricas | 18 |
| 3. METODOLOGIA..... | 21 |
| 3.1 Tipo de Estudo..... | 21 |
| 3.2 Local de Estudo..... | 21 |
| 3.3 População e amostra..... | 22 |
| 3.4 Critérios de inclusão e exclusão..... | 22 |
| 3.5 Técnica para coleta de dados | 22 |
| 3.6 Coleta de Dados | 23 |
| 3.7 Análise dos Dados | 23 |
| 3.8 Aspectos Éticos | 23 |
| 3.9 Riscos e Benefícios | 24 |
| 4. RESULTADOS | 26 |
| 4.1 Caracterização da amostra | 26 |
| 5. DISCUSSÃO..... | 29 |
| 5.1 Categorias temáticas | 29 |
| 5.1.1 Necessidade do uso de protocolos e qualificação da equipe de saúde..... | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 5.1.2 Relação família-paciente-profissionais..... | 33 |
| 5.1.3 Ausência de dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial | 35 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| REFERÊNCIAS..... | 41 |
| APÊNDICES..... | 45 |
| APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ADAPTADO (INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS)..... | 46 |
| ANEXOS..... | 47 |
| ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (De acordo com a Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012)..... | 48 |
| ANEXO B - TERMO COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS (TCUD)..... | 51 |
| ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA | 52 |
| ANEXO D - CARTA DE ACEITE DO ORIENTADOR..... | 53 |
| ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... | 54 |

1. INTRODUÇÃO

1.1 Delimitação do tema

Diante da Reforma Sanitária e a criação do Sistema único de Saúde (SUS) proposto pela Constituição de 1988, houve o pontapé inicial para o surgimento da Reforma Psiquiátrica. As Conferências Nacionais de Saúde de 1992 e 2001, proporcionaram a ampliação de práticas integrais voltadas ao trabalho em âmbito multiprofissional, que configura a Atenção Psicossocial, com objetivo de substituir métodos desumanizados adotados por instituições manicomiais. (FIGUEIREDO, 2019).

Segundo Brasil (2020), o encerramento gradual do modelo hospitalocêntrico, em substituição dos hospitais psiquiátricos, possibilitou a criação e expansão nacional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 2002. O Centro de Atenção Psicossocial tem como finalidade a reintegração do indivíduo com transtornos à sociedade, por meio de acolhimento e tratamento (não hospitalar). Em vista disso, a Rede Psicossocial possui em seu quadro serviços disponíveis organizados em um fluxo de atendimento que seguem desde os transtornos menos graves aos mais complexos de caráter emergencial.

As emergências psiquiátricas se caracterizam por um comportamento ou condição que possui uma evolução potencialmente catastrófica, podendo ser percebido por alguém próximo e muitas vezes não pelo próprio afetado, em que recursos adequados para o seu manejo não estão disponíveis no momento da ocorrência. Trata-se de um evento grave, no qual a subjetividade é importante, além de ser não programada, com abordagem anterior ausente ou insuficiente e com apoio sociofamiliar ou profissional falho ou conflituoso (KAWAKAMI; PRATES; TENG, 2016).

Para essa assistência, além da competência multiprofissional, é necessário principalmente que a equipe de enfermagem esteja apta, pois é indispensável para que possa haver formação das ações assistenciais, além de promover a integração entre o núcleo multidisciplinar e a promoção da humanização em saúde mental. A equipe de enfermagem, de modo geral, deve estar mais presente no primeiro contato com o indivíduo em sofrimento, podendo dessa maneira também manter uma maior proximidade com o familiar através da assistência prestada (BURIOLA *et al.*, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2019)

1.2 Situação problema

As emergências psiquiátricas se caracterizam por um comportamento ou condição percebido por alguém (muitas vezes não pelo próprio afetado) como potencial para uma evolução rapidamente catastrófica e onde recursos adequados para o seu manejo não estão disponíveis no momento da ocorrência. Trata-se de um evento grave, no qual a subjetividade é importante, além de ser não programada, com abordagem anterior ausente ou insuficiente e com apoio sociofamiliar ou profissional falho ou conflituoso (KAWAKAMI; PRATES; TENG, 2016).

De acordo com Holanda *et al.*, (2017) dentro da equipe multiprofissional, os profissionais de enfermagem são considerados a classe que detém o contato mais intenso com os pacientes, uma vez que esses trabalhadores representam a maior categoria que compõem a instituição hospitalar. Dessa forma, a equipe de enfermagem precisa exercer suas condutas de forma segura e eficaz, visto que o processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais a qualificação técnica e teórica dos trabalhadores do setor da saúde, necessitando, portanto, de uma equipe coesa, e que possua capacitação para tal.

1.3 Questão norteadora

A atuação do enfermeiro se caracteriza inicialmente pela observação do comportamento do paciente em crise psiquiátrica, todavia, é preciso um entendimento ainda sobre o termo crise psiquiátrica, bem como os motivos que levam o paciente mental à emergência psiquiátrica (DEL-BEN *et al.*, 2017).

Um estudo de Refosco *et al* (2021), destacou que as fragilidades mais evidentes frente ao atendimento são falta de estrutura, ausência de profissionais capacitados, riscos para a equipe de enfermagem e falta de treinamento e/ou capacitação adequada para a equipe. Essas fragilidades influenciam diretamente na qualidade da assistência prestada ao indivíduo em emergência psiquiátrica.

Com isso, é pertinente relacionar a necessidade de articulação multidisciplinar para o melhor entendimento em conjunto do caso e o encaminhamento e assistência mais apropriados a cada situação, sendo de suma importância na linha de frente, o profissional enfermeiro, que possui função primordial no acolhimento ao paciente quanto a avaliação física, mental, a transmissão de confiança e apoio aos familiares para uma intervenção assertiva no controle a crise, o que pode ser prejudicado frente a limitação tanto pelo tratamento inadequado ao paciente quanto a formação desses profissionais. (REFOSCO *et al.*,

2021). Desta forma, o questionamento deste estudo é: Qual a percepção da equipe de saúde da unidade de pronto atendimento acerca das emergências psiquiátricas?

1.4 Justificativa

O estudo do tema em questão se estabeleceu pela observação e acompanhamento de caso psiquiátrico, as dificuldades enfrentadas na assistência ao paciente em emergência psiquiátrica, e o desconhecimento quanto ao fluxo de atendimento tanto pelo paciente/família quanto por alguns profissionais em relação ao encaminhamento e orientações devidas. Observa-se a dinamização de distintos casos no ambiente de unidades de pronto atendimento, onde são assistidas diversas ocorrências classificadas como urgência ou emergência, dentre estas, as situações psiquiátricas agravadas, que por vezes, não recebem a atenção devida pelo profissional presente.

Com isso, o paciente e familiares sem o atendimento ou direcionamento adequado permanecem retornando com o mesmo quadro com risco potencial de agravamento caso não receba tratamento imediato, pois certos contextos requerem um olhar mais atento da equipe para identificar o estado psicótico que muitas vezes não é manifesto de maneira expressiva, podendo oferecer instabilidade no ambiente familiar e social, além dos riscos impostos pela situação. A falta de orientações quanto ao fluxo de atendimento, limitações de estrutura ou o desconhecimento sobre o processo de desequilíbrio mental contribuem para a dificuldade encontrada principalmente pela família diante da inaptidão do paciente.

Portanto, o estudo do tema se faz relevante para compreensão de fatores associados a essa dificuldade na Unidade de Pronto Atendimento do município de Tucuruí-PA, a atuação da equipe de enfermagem e como conduzem esses pacientes em diversos níveis de complexidade e evolução dentro do cenário no qual atuam, se detém as informações corretas ao referenciar os pacientes. Condutas estas não somente importantes no acolhimento do indivíduo, como também para a organização apropriada de demanda entre os níveis de complexidade e facilitação do fluxo, visto que em certos casos, uma unidade de atendimento como por exemplo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), recebe pacientes com quadro instalado acima da competência e capacidade ofertada pelo local aos pacientes em sofrimento mental.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo Geral

- Analisar as percepções dos profissionais de saúde da Unidade de Pronto Atendimento do município de Tucuruí-PA sobre as emergências psiquiátricas.

1.5.2 Objetivos Específicos

1. Identificar as dificuldades no atendimento às emergências psiquiátricas na UPA.
2. Analisar entendimento dos profissionais sobre fluxo existente na Rede de Atenção Psicossocial.
3. Evidenciar outras fragilidades no serviço prestado.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Reforma Psiquiátrica

Em meados dos anos 80, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira foi reforçado dentro do contexto da reforma sanitária e criação do SUS propostos pela Constituição de 1988 com devido destaque ao marco da Carta de Bauru de 1987 com ápice na Lei 10.216 de Abril de 2001 conhecida como a lei antimanicomial. As Conferências Nacionais de Saúde Mental de 1987 e 1992 tiveram papel fundamental na ampliação de práticas integrais humanizadas voltadas ao trabalho em âmbito multiprofissional, que configura a Atenção Psicossocial, com objetivo de substituir métodos desumanizados adotados por instituições manicomiais (FIGUEREDO, 2019).

Sabe-se historicamente, que o modelo de atenção aos pacientes psiquiátricos advinha do molde hospitalocêntrico adotado na época, em que o acometimento psiquiátrico comparava-se a loucura, pessoas que deveriam constar à margem da sociedade, e para essa finalidade primordialmente, os manicômios eram utilizados, para recolher e isolar esses pacientes, que posteriormente, passaram a receber tratamentos sistemáticos, com foco na resolução patológica sem o emprego da humanização (DEVERA; COSTA- ROSA, 2007).

Após a Segunda Guerra, houve manifestações em vários países europeus e da América do norte, quanto a necessidade da adoção da humanização terapêutica no tratamento aos pacientes psiquiátricos. No Brasil, essa reforma assistencial teve início nos anos 70 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que realizou denúncias contra violências praticadas, uso excessivo de psicofármacos e as condições precárias tanto das instalações físicas quanto do trabalho (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Uma das personalidades de maior destaque na luta antimanicomial, está Franco Basaglia, médico psiquiatra italiano que identificou o atraso da psiquiatria italiana com quase 100 mil pessoas internadas em manicômios por volta de 1960. Durante o longo percurso frente a apoio de uns e protesto de outros, somente em 1971, Basaglia obteve convite para dirigir o hospital psiquiátrico San Giovanni, pelo então presidente da província de Trieste, com apoio total a proposta de reestruturação da assistência psiquiátrica local contrária a medidas violentas e de cárcere até então utilizadas, abordagem essa seguidamente recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1973 (SERAPIONI, 2019).

Sob influência das ações prévias do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), da Conferência Nacional de Saúde, Brasília de (1986), da realização das Conferências de Saúde Mental 1º, Rio de Janeiro (1987) e 2º em Brasília (1992), e também da

proposta modelo da democracia italiana de Franco Basaglia, houve o incentivo inicial para mudança tradicional da assistência para uma rede territorial de atenção à saúde mental com a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), com destaque para a região sudeste que implantou o primeiro (CAPS) na cidade de São Paulo em 1987. Outros eventos de grande importância foi a criação da Constituição de 1988 que implementou o SUS (Sistema Único de Saúde) regularizados pelas leis nº 8.080/nº8.142 (1990), e a elaboração da Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que consistia em extinguir os hospitais psiquiátricos voltando-se para os recursos assistenciais, além de estabelecer a internação compulsória (MARINHO *et al.*, 2010).

O mesmo autor supracitado completa que os esforços para a mudança assistencial seguiram na década de 1990 a partir do projeto de lei proposto (Lei nº 3.657/89), na qual o Ministério da Saúde se embasou para propor duas portarias sendo a portaria de nº 189/91 e portaria nº 224/92 que respectivamente viabilizou o financiamento de estruturas assistenciais como o CAPS E NAPS, hospital dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais, enquanto a outra portaria defendia o funcionamento desses serviços estimulando o fechamento de hospitais psiquiátricos com atendimento precário. Não menos importante, foi aprovada em Abril de 2001, a Lei nº 10.216 que preconiza a proteção dos direitos de portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental (BRASIL, 2001).

Por conseguinte, esse modelo de assistência cresceu com a criação das residências terapêuticas, entre outros, a articulação de serviços e sua implementação em diversos níveis de atenção como as unidades básicas, hospitais psiquiátricos, serviços emergenciais, clínicas especializadas no atendimento a dependentes químicos, casas de apoio entre outros, o que atualmente caracteriza a Rede de Atenção Psicossocial (MARINHO, *et al.*, 2010).

2.2 Rede de Atenção Psicossocial

Segundo o Ministério da Saúde (2020), com o encerramento gradual do modelo hospitalocêntrico, em substituição dos hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde determinou em 2002 a criação dos CAPS, Centros de Atenção Psicossocial em todo o país para acolhimento e tratamento (não hospitalar), com finalidade de reintegração do indivíduo com transtornos à sociedade, em vista disso, a Rede possui em seu quadro serviços disponíveis organizados em um fluxo de atendimento que seguem desde os transtornos menos graves aos mais complexos, onde obtém o acolhimento devido a cada situação, buscando identificar necessidades e aliviar o sofrimento do paciente, que pode advir de um transtorno mental ou do uso de substâncias como álcool e drogas.

Dentre os recursos assistenciais disponíveis, estão os CAPS - Centro de Atenção Psicossocial que são subdivididos em CAPS I - transtornos mentais graves e persistentes e também pacientes por abuso de substâncias; CAPS II- transtornos mentais graves e persistentes diferindo do número de habitantes requerido (70 mil); CAPS III - proporciona atendimento contínuo por 24 horas (acima de 200 mil); CAPSi - atendimento voltado ao público infantil e adolescente (acima de 50 mil); CAPSad - assistência ao adulto, criança ou adolescente sob uso de álcool ou drogas (70 mil); e CAPSad III - assistência ao adulto, criança ou adolescente sob uso de álcool ou drogas de maneira contínua em leitos de monitoramento 24 horas (acima de 200 mil) (BRASIL, 2011).0

Também há os serviços de caráter transitório como as Unidades de Acolhimento com atividade constante a ambiente residencial; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são casas e locais de moradias destinadas a pessoas com transtornos mentais e a usuários de álcool ou drogas que obtiveram alta da internação hospitalar ou que estejam em situação de vulnerabilidade; os serviços de caráter emergencial como a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e o SAMU, responsáveis pelo acolhimento e classificação de pacientes agudos em sofrimento mental, além de articular com os serviços especializados (CAPS), dessa forma, integralizando o cuidado. A nível hospitalar constam a enfermaria especializada para o tratamento de casos graves antes mencionados, e o serviço hospitalar de referência definido pelo suporte hospitalar de curta duração (BRASIL, 2011).

Figura 1 - Fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: As autoras (2022)

No que se refere à equipe multiprofissional disponibilizada em receber e classificar a necessidade específica de cada paciente estão o médico psiquiatra, psicólogo, assistente

social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermeiro, entre outros, qualificados para a recepção desses paciente, tratamentos conforme a necessidade de cada e a referência entre os níveis de complexidade que passam primariamente pelas UBS (Unidade Básica de Saúde) para a Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de atendimento emergencial (UPA) e atenção hospitalar geral, especializada psiquiátrica e hospital dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

De acordo com Lima & Guimarães (2019), as redes foram criadas em 2011 pela Portaria Ministerial nº 3.088/2011, com finalidade de organização das Redes de Atenção, sua integração contínua e proativa no atendimento de situações agudas e crônicas do processo saúde/doença, voltadas especialmente para a saúde mental com a Rede de Atenção Psicossocial (RAP).

“Portaria Ministerial nº 3.088/2011/Art. 1º: 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 (SUS).” (BRASIL, 2011)

A Portaria citada previamente (nº 3.088/2011/) dispõe de artigos que competem a respeito das diretrizes para o funcionamento da rede psicossocial como esquematizado a seguir, de maneira sucinta, no Quadro 1.

Quadro 1 - Diretrizes do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial

| | |
|---------------------------------|---|
| Diretrizes (art. 2º) | I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas. [...] |
| Objetivos gerais (art. 3º) | I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral. [...] |
| Objetivos específicos (art. 4º) | I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas) [...] |

| | |
|--|---|
| <p>Composição da Rede de Atenção Psicossocial (art.5º)</p> | <p>I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas.</p> <p>II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial e seus tipos (art. 6º § 4º), nas suas diferentes modalidades.</p> <p>III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas. [...]</p> |
| <p>Divisão de profissionais nela inseridos (art. 6º)</p> | <p>I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde [...]</p> |

Fonte: Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro 2011

2.3 Urgências e Emergências Psiquiátricas

Urgência é a ocorrência imprevista de agravos à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, portanto, exigindo tratamento médico (BRASIL, 2014). Em contrapartida, Ribeiro *et al.*, (2019) destaca em seu estudo que a diferença entre utilização dos termos urgência e emergência pela classe médica de forma geral é muito pouco empregada no campo da psiquiatria e escassa a proximidade dos profissionais no que se refere à literatura.

As situações de urgência e emergência psiquiátrica, como define Nascimento *et al.*, (2019) são desordens agudas que decorrem de comportamentos, pensamento ou humor, que progridem ao agravamento do indivíduo gerando consequências para terceiros de seu meio social. Para o autor em evidência, tais casos agravados ainda são os mais desafiadores e estratégicos da Reforma Psiquiátrica, pois requerem preparo, uma atenção minuciosa além da patologia em foco, analisar de forma singular e holística o contexto social no qual está

inserido para assim prestar o atendimento imediato necessário aos pacientes em sofrimento psíquico que apresentem riscos a si mesmos ou a terceiros.

Brasil (2002), por intermédio da Portaria 2048/GM, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências, define que no campo da psiquiatria, o termo crise é utilizado para caracterizar as urgências e emergências psiquiátricas, as quais abrangem psicoses, tentativa de suicídio, depressões e síndromes cerebrais orgânicas. A crise psíquica se dá como um momento de sofrimento intenso que produz uma desestruturação na vida psíquica, familiar e social do sujeito. Situações e vivências conflitivas que marcam definitivamente o sujeito e sua história, e conduzem a uma ruptura com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que o sustentam (WILLRICH, 2009).

O atendimento à crise psiquiátrica, conforme a legislação e diretrizes da Reforma Psiquiátrica podem ser realizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, emergência em Hospital Geral e Emergência Psiquiátrica, Atenção Básica e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. O atendimento à essa demanda deve ser rápido e ser realizado com o intuito de se obter uma resposta positiva à crise de modo que consiga evitar danos à integridade física e psíquica da pessoa em sofrimento, e são nestes momentos que alguns serviços de saúde, como o SAMU são acionados (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011; SANTOS *et al.*, 2014).

Não há local específico e responsável exclusivamente para atender às situações de crise, nem sendo tampouco de exclusividade dos profissionais de saúde. O atendimento à crise deve acontecer no lugar onde se encontra o indivíduo, ou seja, no seu circuito de vida ou de cuidado: residência, via pública, serviços de saúde como UBS, CAPS, pronto-socorro, entre outros lugares de convívio em que o indivíduo se encontre. Indivíduos que são portadores de transtornos psiquiátricos podem estar presentes nos mais diferentes níveis de assistência à saúde. Portanto, esses indivíduos permeiam nas variadas áreas de atuação profissional, inclusive da enfermagem, sendo que, em qualquer que seja o campo de atuação, as emergências psiquiátricas podem ocorrer (BRASIL, 2013; CAVEIÃO *et al.*, 2015).

2.4 Ação de cuidado da enfermagem às emergências psiquiátricas

A assistência de enfermagem foi definida como indispensável para que possa haver formação das ações assistenciais, além de promover a integração entre o núcleo multidisciplinar e a promoção da humanização em saúde mental. A equipe de enfermagem, de modo geral, deve estar mais presente no primeiro contato com o indivíduo em sofrimento,

podendo dessa maneira também manter uma maior proximidade com o familiar através da assistência prestada (BURIOLA *et al.*, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2019)

A Reforma Psiquiátrica brasileira, procurou substituir o modelo de assistência psiquiátrica de tipo manicomial, por uma rede de serviços substitutivos de apoio à saúde mental e psiquiatria. O cuidado à saúde na perspectiva da atenção psicossocial, vem se consolidando e mostrando-se resolutivo. Apesar disso, a atenção à saúde precisa ser ampla e considerar o sujeito na sua integralidade, e não apenas o transtorno psíquico por ele apresentado (DEMARCO; JARDIM; KANTORSKI, 2016).

A mudança de paradigma proposto pela Reforma Psiquiátrica tem como exigência para o profissional de enfermagem a mudança de postura, de maneira que possa considerar a subjetividade do usuário na relação de cuidado humanístico, onde haja mudança de abordagem clínica para uma compreensiva, onde há a necessidade de estimular a desconstrução dos próprios manicômios que residem em si, dessa maneira podendo devolver cidadania e autonomia necessária para que esses indivíduos possam vivenciar sua loucura (CARVALHO; LINS 2015).

Assistência de enfermagem prestada aos pacientes psiquiátricos foi dominada através do modelo hospitalocêntrico vigente que com isso prejudicou os cuidados, sendo dessa forma designado as atividades sem caráter resolutivo, vindo a atrapalhar de maneira direta o estabelecimento efetivo da Reforma Psiquiátrica no panorama brasileiro, especialmente nos casos dos SEP, implantados nos hospitais gerais. (SILVA; ROSA 2014)

Um estudo realizado por Fernandes *et al.*, (2016) aponta que a percepção da grande maioria dos enfermeiros acerca do cuidado prestado ao paciente com transtorno mental, é que existem muitas falhas no atendimento, de que não existe uma sistematização da assistência, que o cuidado a esses pacientes é negligenciado, e desobedecem às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental.

A inabilidade do profissional é o grande problema da assistência na situação de urgências e emergências psiquiátricas. E esse é o ponto de que necessita ser tratado pelos gestores de saúde mediante a educação continuada. Juntamente a isso, é comum a assistência de enfermagem em saúde mental em várias situações requer um nível alto de improvisação, revelados pela falta de condições adequadas para o trabalho ou que a assistência aos pacientes de urgências psiquiátricas seja realizado de forma fragmentada e mecanizada, uma vez que profissionais se mostram impacientes e deixam de considerar o pacientes com transtorno mental de maneira holística (NASCIMENTO, *et al.*, 2019; IKUTA, *et al.*, 2013).

Para que o trabalho da enfermagem seja de qualidade na assistência ao paciente psiquiátrico em um hospital geral, é preciso o embasamento científico na área da saúde mental, assim como o conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, as Políticas de Saúde Mental no Brasil e sobre a Lei 10.216/01, além de uma educação continuada para esclarecer dúvidas que venham a surgir a respeito do cuidado ao paciente com transtorno mental e ao protocolo de atendimento que deve ser seguido promovendo um atendimento universalizado, equânime e integralizado aos mesmos (FERNANDES, *et al.*, 2016).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

A pesquisa em questão possui caráter descritivo, exploratório com abordagem de estudo do tipo qualitativa, que de acordo com Creswell (2007), se caracteriza como o estudo em cenário natural, onde o pesquisador desenvolve detalhes por coleta de dados mediante local, ou pessoa (participante), envolvendo suas experiências reais.

Quanto às formas, a exploratória tem como objetivo o aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições mediante levantamento bibliográfico e entrevistas. A descritiva visa à descrição de características de determinada população ou fenômeno como idade, sexo e procedência, sendo esta junto com a exploratória, muito utilizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2002).

3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado na ala de Urgência e Emergência da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizado no bairro Santa Mônica, Avenida central/Rua-F, do município de Tucuruí - PA. Em sua estrutura física constam entrada principal para recepção, sala de espera, banheiros, triagem para classificação de risco, sala voltada ao atendimento em serviço social. Em relação a área assistencial, esta compõe 4 consultórios médicos, posto de coleta laboratorial, sala de medicação, sala de sutura, salas de raio-X, ECG (Eletrocardiograma) e gesso, 2 postos de enfermagem, sala de nebulização, sala de observação adulto/infantil e farmácia. Também há enfermarias adulto masculino, feminino e pediatria, 4 leitos cada, 2 salas de repouso, ouvidoria, 2 salas de curta duração (pacientes emergenciais), copa e vestiários.

Para o setor administrativo, integram o SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), direção, setor de coordenação de enfermagem e sala de reuniões. Em sequência há a área de desembarque das ambulâncias, entrada do pronto socorro que permite acesso ao setor de urgência e emergência com sala de estabilização, sala de regulação, laboratório, dois banheiros para funcionários, CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico), morgue (necrotério) e sala de serviços gerais. O local escolhido justifica-se pela temática principal voltada para o atendimento aos pacientes em emergência psiquiátrica, no qual consta como público alvo do presente trabalho os profissionais enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos e assistentes sociais.

3.3 População e amostra

A população para desenvolvimento deste trabalho, foi delimitada com enfoque na equipe de saúde composta por, segundo dados colhidos no local, 24 enfermeiros, 54 técnicos em enfermagem, 7 assistentes sociais e equipe médica geral com cronograma de funcionários terceirizados não disponível, mas que de acordo com um funcionário administrativo local, é composta por 3 profissionais do turno diurno e 3 médicos de comparecimento noturno.

A amostra do estudo foi definida com base na amostragem aleatória simples, que de acordo com Figueiró (2014), se baseia na escolha aleatória da população. Portanto, houve a escolha de 15 profissionais para comporem a amostra, sendo 7 enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem, 1 médico(a) e 2 assistentes sociais. No entanto, apenas 11 profissionais compuseram a amostra final, com a exclusão de 3 enfermeiros e 1 assistente social do total de 15 predeterminados, por saturação amostral que, como aponta Fontanella (2008), trata-se da suspensão da inclusão de novos participantes devido redundância dos dados obtidos que pouco acrescentam para o material já colhido, e portanto, não existe a necessidade em persistir na coleta.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

No presente estudo, se estabelecem como critérios de inclusão, profissionais da saúde que fazem parte da equipe de saúde da Unidade de Pronto Atendimento do município de Tucuruí-PA, que estejam lotados como enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos e assistentes sociais, e que atuem há no mínimo 6 meses no estabelecimento.

Abrangem os critérios de exclusão, os profissionais de saúde em período de férias, licença maternidade, licença saúde, licença prêmio, profissionais da saúde que realizem funções unicamente gerenciais e os que não se encontravam no local da coleta após 5 tentativas.

3.5 Técnica para coleta de dados

O instrumento utilizado para coleta de dados foi uma entrevista estruturada através de um formulário adaptado (Apêndice A) de Nobre (2012) e Mendes (2013) com perguntas abertas e fechadas, que segue uma sequência de perguntas lógicas. Dessa forma, segundo Minayo (2010), o participante teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada, o que contribui com a riqueza dos resultados.

Fez-se necessária a realização de 3 etapas prévias à aplicação do formulário: 1)

Apresentação da pesquisa à direção da Unidade de Pronto Atendimento - 2) Apresentação da pesquisa à equipe - 3) Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicação do formulário.

3.6 Coleta de Dados

O formulário foi aplicado somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos. O mesmo é composto por 12 perguntas abertas e 5 perguntas fechadas que se dividem em 3 categorias: 1- Características pessoais e profissionais dos participantes; 2- Percepção pessoal sobre o atendimento psiquiátrico; 3- Assistência ao paciente, fluxo de atendimento no município e RAPS.

A entrevista transcorreu em um local reservado, cedido pela direção da instituição, a fim de que fosse garantida a privacidade do profissional de saúde no momento da entrevista. Para registro das respostas obtidas utilizou-se um gravador de voz com consentimento do participante.

3.7 Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados de acordo com a técnica de Análise de Conteúdos do tipo Análise Temática que, conforme Bardin (2011), consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, objetivando a descrição do conteúdo das mensagens, através de procedimentos sistemáticos.

Para Minayo (2014), a análise temática transcorre por três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação. No presente estudo, na etapa da pré-análise ocorreu a transcrição das respostas registradas no gravador de voz, posteriormente as mesmas serão inseridas no software *Microsoft Word* 2019 para fins de organização. Na exploração do material, foram criadas tabelas para as respostas da Categoria 1 do formulário no software *Microsoft Excel* 2019 e para as Categorias 2 e 3 serão elaboradas categorias temáticas dentro das colocações de cada profissional. No tratamento dos resultados obtidos e mediante interpretação, as informações foram analisadas e discutidas com base nos referenciais teóricos.

3.8 Aspectos Éticos

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, a pesquisa consta em conformidade com os critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa cumpre os aspectos éticos exigidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Estadual do Pará Campus VIII/Marabá mediante do Parecer Consubstanciado CAAE 63659922.3.0000.8607 (Anexo E). Também foi solicitada autorização para a Secretaria Municipal de Saúde do município onde a pesquisa ocorreu, por meio de um ofício emitido pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FATEFIG.

Aos profissionais dispostos a participarem da presente pesquisa, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), bem como a justificativa e objetivos da pesquisa. Cada participante deteve total direito quanto à desistência ou recusa da participação da pesquisa a qualquer momento.

3.9 Riscos e Benefícios

Na presente pesquisa, há riscos morais, sociais/intelectuais e para a pesquisa. Uma vez que a moral se trata de um conjunto de regras adquiridas por meio da cultura, da educação, da tradição, do cotidiano e que orientam o comportamento humano dentro de uma sociedade, o risco moral pode ser evidenciado pela quebra do anonimato e confidencialidade dos profissionais participantes e constrangimento dos mesmos ao responderem o questionário.

Quanto aos riscos de natureza social e intelectual, há possibilidade de ocorrer através de alguns comportamentos por parte dos participantes ao se sentirem menos instruídos intelectualmente que as pesquisadoras. Entre os comportamentos podemos citar o medo de responder o formulário, estresse, desconforto e vergonha.

Já os riscos para a pesquisa se consistem em uma possível recusa dos profissionais a participarem do estudo, ocasionando uma amostra insatisfatória para a pesquisa e risco de perda dos dados coletados, uma vez que serão questionários impressos.

Para excluir ou minimizar esses riscos, constitui-se o comprometimento em assegurar assistência integral e orientação aos participantes da pesquisa, assim como garantir condições de acompanhamento, manutenção do sigilo e da privacidade, respeito, dignidade e autonomia, assegurando sua vontade de permanecer ou desistir em qualquer fase do estudo, bem como a escolha de um local privado para a realização da aplicação do questionário e esclarecimento de qual a importância da realização da presente pesquisa.

A assinatura do TCLE, assegura a não utilização das informações em prejuízo das

peças ou comunidade, bem como a confidencialidade e privacidade das informações colhidas. Destaca-se que os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital, por cinco anos após pesquisa, de acordo com as recomendações da Resolução 466/2012 (CNS/MS).

Para preservar o anonimato profissionais participantes da pesquisa e o caráter confidencial das informações, os mesmos se encontram codificados de forma alfanumérica, para distinguir os enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e assistentes sociais, que atuam de forma assistencial, cada qual de acordo com determinada profissão. Dessa maneira, “TE” se estabelece como referência à “técnico em enfermagem”, seguido por “M” referente a “médico”; “AS” por assistente social e “E” por “enfermeiro”, todos em sequência numérica de entrevistas por exemplo: TE1; E2; AS3 e assim por diante.

Como benefícios da realização da presente pesquisa, busca-se a possibilidade de induzir o profissional participante a identificar os déficits em seu conhecimento, bem como compreender a percepção dos mesmos acerca das emergências psiquiátricas. Dessa forma, há um incentivo para a qualificação profissional e um olhar diferenciado do gestor da instituição, para uma possível elaboração e implantação de estratégias que melhorem o cenário da atual assistência oferecida ao usuário do sistema, garantindo assim, o direito do paciente a uma assistência de qualidade.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

A respeito das características da amostra, a mesma é representada pela equipe de saúde da Unidade de Pronto Atendimento do município de Tucuruí- PA, disposta entre os profissionais de enfermagem sendo 4 enfermeiros e 5 técnicos em enfermagem, e o restante por 1 médico e 1 assistente social, totalizando 11 profissionais entrevistados. Salientado que, o número prévio estabelecido compreende o total de 15 funcionários, visto que os 4 restantes não entrevistados, 3 enfermeiros e 1 assistente social, correspondem ao fechamento amostral por saturação teórica mediante repetição de respostas, sem adição de novas informações relevantes para o presente estudo.

Considerando as características pessoais dos participantes, constatou-se que 72,73% (n=8) da amostra é do sexo feminino e 27,27% (n=3) do sexo masculino. As idades mínima e máxima constatadas, respectivamente, foram de 26 e 59 anos, com predomínio de 45,45% da faixa etária dos 36 aos 45 anos, dos 26 aos 35 são 27,27%, dos 46 aos 55 são 9,09% e dos 56 aos 59 são 18,18%. Quanto à naturalidade do profissional, 63,64% (n=7) afirmaram ser naturais do município onde o estudo foi realizado. Os demais, que correspondem a 36,36% (n=4) apontaram ser naturais de outros municípios.

Ao analisar as características profissionais dos participantes, verificou-se que 54,55% (n=6) possuem ensino superior e 45,45% (n=5) ensino técnico. Considerando os profissionais de nível superior, 100% (n=6) relataram possuir pós-graduação. Já os profissionais de nível técnico, 25% (n=1) afirmaram possuir especialização e os outros 75% (n=3) negaram. Entre as especializações citadas estão: Urgência e Emergência, Psiquiatria, Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Oncologia, Ginecologia e Obstetrícia, Auditoria, Unidade de Terapia Intensiva e Gestão Hospitalar.

O tempo de formação dos profissionais variou entre 4 e 34 anos, sendo 54,55% (n=6) formados entre 10 e 15 anos, os 18,18% (n=2) são formados entre 4 e 9 anos, 18,18% (n=2) entre 22 e 27 anos e 9,09% (n=1) entre 28 e 34 anos. Quanto ao tempo de serviço no local do estudo, identificou-se que o tempo varia entre 1 e 9 anos de experiência na instituição, sendo 54,55% (n=6) atuantes na instituição entre 1 e 5 anos e 45,45% (n=5) atuantes entre 6 e 9 anos.

A experiência na área de saúde mental foi um quesito avaliado, e conforme os relatos dos profissionais, constatou-se que 72,73% (n=9) dos entrevistados não possui experiência na

área e 27,27% (n=2) possui. Quanto à realização de cursos e/ou capacitações verificou-se que 54,55% (n=6) não possui, enquanto a outra parte, 45,45% (n=5) possui.

Tabela 1 - Distribuição percentual das variáveis do perfil dos profissionais

| Variáveis | | n | % |
|--------------|------------------------|----------|--------------|
| Sexo | Feminino | 8 | 72,73 |
| | Masculino | 3 | 27,27 |
| Faixa etária | 26 - 35 | 3 | 27,27 |
| | 36 - 45 | 5 | 45,45 |
| | 46 - 55 | 1 | 9,09 |
| | 56 - 59 | 2 | 18,18 |
| Naturalidade | Tucuruí | 7 | 63,64 |
| | Outro município | 4 | 36,36 |

Fonte: As autoras (2022)

Tabela 2 - Distribuição percentual das variáveis do perfil profissional dos participantes

| Variáveis | | n | % | |
|--------------------------------|------------------------|------------|--------------|------------|
| Ensino | Superior | 6 | 54,55 | |
| | Técnico | 5 | 45,45 | |
| Pós-graduação e Especialização | Ensino Superior | Sim | 6 | 100 |
| | | Não | 0 | 0 |
| | Ensino Técnico | Sim | 1 | 25 |
| | | Não | 4 | 75 |
| Tempo de Formação | 4 - 9 | 2 | 18,18 | |
| | 10 - 15 | 6 | 54,55 | |
| | 16 - 21 | 0 | 0 | |
| | 22 a 27 | 2 | 18,18 | |
| | 28 a 34 | 1 | 9,09 | |

| | | | |
|-----------------------------|--------------|----------|--------------|
| Tempo de Serviço | 1 - 5 | 6 | 54,55 |
| | 6 - 9 | 5 | 45,45 |
| Experiência em saúde mental | Sim | 2 | 27,27 |
| | Não | 9 | 73,73 |
| Cursos e/ou Capacitações | Sim | 5 | 45,45 |
| | Não | 6 | 55,55 |

Fonte: As autoras (2022)

5. DISCUSSÃO

5.1 Categorias temáticas

A partir da análise das respostas dos profissionais entrevistados, emergiram três categorias temáticas acerca da percepção dos mesmos em relação às emergências psiquiátricas:

- Necessidade do uso protocolos e qualificação da equipe de saúde
- Relação família-paciente-profissionais
- Ausência de dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.

5.1.1 Necessidade do uso de protocolos e qualificação da equipe de saúde

Werneck, Farias e Campos (2009), definem protocolos como procedimentos de tratamento e de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, baseados no conhecimento científico atual e apoiados em evidências científicas, que orientam o fluxo, as condutas e as ações clínicas dos profissionais de saúde. De uma maneira mais específica, os protocolos clínicos direcionam ações clínicas preventivas, promocionais e educativas voltadas para atenção à saúde dos usuários. Já os protocolos de organização dos serviços atuam como instrumentos para gerenciar os serviços prestados, baseados na organização do trabalho, fluxos administrativos, processos de avaliação e a constituição do sistema de informação dentro de uma unidade ou entre os serviços da rede de assistência.

Dias, Ferigato e Fernandes (2020), evidenciam que, no Brasil, a existência de conceitos antagônicos reforça as disputas teóricas e práticas não apenas sobre o conceito de crise, mas também sobre as implicações de diferentes enfoques em saúde mental. Nesse contexto, a utilização de protocolos como instrumentos norteiam as práticas de gestão e cuidado em saúde mental. Além disso, possibilitam, por exemplo, a definição das características do usuário para que a partir disso haja o acesso do mesmo a um serviço de cuidado mais adequado ao seu caso. Além disso, determinam os parâmetros de hospitalização e, assim, apresentam um retrato do funcionamento formal da rede, isto é, qual a atribuição dada a cada dispositivo, por exemplo, a partir da organização dos serviços, da concepção de saúde mental e de um projeto de governo.

É possível constatar que a ausência de protocolos clínicos e organizacionais, específicos para a demanda de emergência psiquiátrica, gera impactos negativos na atuação

do profissional, como a desorientação, evidenciada por meio da fala dos profissionais. Segundo El Hetti (2013), o não uso de protocolos, tornam as ações do profissional imprecisas e falhas. Dentro dos serviços de urgência e emergência, a padronização das condutas se faz necessária, por meios legais e científicos, pois é exigido do profissional atuante, a todo momento, raciocínios e decisões de forma correta e imediata.

[...] não, não tem protocolo, não tem. [...] a gente vai fazendo conforme a experiência, né? É claro que a gente tem um conhecimento de teoria da faculdade, mas é muito, assim: O que a gente vai fazer? (TE2)

[...] Se tivesse um protocolo desse atendimento... Então, não tem um protocolo, a gente fica: Quem chamar? O que usar na hora? Quais são os medicamentos iniciais? (E5)

[...] então cada um faz de um jeito ou acha que é feito de um jeito. Eu penso de uma forma, meu colega pensa de outra [...] (TE6)

Em contrapartida a isso, Oliveira (2014) destaca que na realidade de uma crise psíquica é inviável que se construa um protocolo sem ferir as singularidades de cada sujeito no momento de sua execução, uma vez que cada paciente possui sua particularidade. Considerando isso, o autor ressalta a importância da ampliação da compreensão das urgências e emergências psiquiátricas como evento que requer acolhimento, diálogo, aproximação entre os sujeitos envolvidos e respeito às necessidades subjetivas e particularidades de cada usuário dos serviços de saúde, para que não haja mecanização da assistência.

O autor em evidência ressalta em seu estudo que quando não há efetivação das políticas públicas em saúde mental, a assistência à saúde tende a se tornar mecanizada. Além disso, a ausência de serviços que ofereçam uma assistência adequada e específica aos casos de emergência psiquiátrica e qualificação/capacitação dos profissionais também influenciam a qualidade da assistência prestada.

Segundo Ribeiro e Reis (2020), dentro dos serviços de saúde, tem se tornado cada vez mais comum as demandas de emergência psiquiátrica. Para que o profissional da saúde ofereça uma assistência de forma eficaz, é necessário ter um conhecimento amplo sobre o assunto, para não haja riscos ao paciente e nem às pessoas que o rodeiam. Vale ressaltar, ainda, que a capacitação da equipe de saúde se faz extremamente importante para que possa assistir de forma adequada o usuário em sofrimento psíquico.

O ideal seria fazer capacitações de como atender, como entender esse paciente [...] (M1)

[...] Não temos meios físicos e nem capacitações que possam ajudar a gente trabalhar de forma mais ampla e eficaz por esses pacientes. (E3)

[...] a gente deveria estar capacitado para saber como acolher esse paciente. Infelizmente a gente não tem. (E5)

[...] é bem complicado porque nós não temos treinamento para esse tipo de paciente. (TE6)

Existem situações evidenciadas na assistência à pessoa em emergência psiquiátrica que são, principalmente, a falta de conhecimentos específicos da área de saúde mental, uma vez que na formação profissional não é habitual a capacitação ou aperfeiçoamento na área de psiquiatria, o que dificulta a qualidade da assistência a ser prestada. Considerando a qualidade assistencial de um usuário que necessita de atendimento de emergência psiquiátrica, os profissionais envolvidos nesse tipo de atendimento devem ser capacitados regularmente. (PAES & MAFTUM, 2013; BARROS, TUNG & MARI, 2010)

Um estudo realizado por Cury et al (2020), evidencia que unidades de saúde de urgência e emergência que não sejam específicas de psiquiatria, muitas vezes, tendem a não capacitar seus profissionais para o atendimento de emergência psiquiátrica. Além disso, Nascimento *et al* (2019), evidencia que o desafio de se atuar na área da saúde mental contribui para a falta profissionais que possuam interesse em capacitar-se e/ou fazer especialização nessa área, o que consequentemente prejudica a assistência.

A partir da análise das respostas dos profissionais, sentimentos como o de insegurança e despreparo tornaram-se evidentes através de suas falas. Além disso, destaca-se o fato de que mais da metade dos profissionais não possuem capacitação ou cursos na área do cuidado à saúde mental, reforçando dessa forma, as problemáticas mencionadas anteriormente.

[...] a gente atende, mas sem grande conhecimento técnico no assunto, entendeu? (M1)

[...] a gente não tem uma especialização, a gente não tem cursos. Então nosso conhecimento é bem vago pra trabalhar com esse tipo de paciente. (E3)

[...] a equipe no geral fica meio sem saber o que fazer, porque o nosso conhecimento que veio da faculdade, ele é um pouco vago em relação a isso. Quando você vai pra prática, você realmente não sabe o que fazer. (E5)

De acordo com Silva e Azevedo (2011 apud OLIVEIRA, 2014), processos de capacitações, treinamentos e educação permanente servem como vias de instrumentalizar os profissionais para as mudanças paradigmáticas propostas pelos conceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e não se pautar, exclusivamente, no ensino de técnicas de contenção ou sedação.

Ao analisar as falas dos entrevistados, torna-se extremamente evidente que uma das maiores dificuldades que os profissionais da instituição enfrentam, é o manejo adequado do paciente para a realização da contenção mecânica. Muitos afirmam sentir medo ou desconhecimento da técnica correta de contenção mecânica.

[...] A gente enfrenta bastante dificuldade em termos de contenção mecânica. (TE2)

[...] Quando ele vem via SAMU ou Bombeiros, já vem contido, mas quando ele vem trazido pela família, a gente fica meio restrito de fazer alguma coisa porque a gente sabe que não tem uma contenção. (E5)

Nós temos dificuldade quando ele chega que ele não está contido [...]. Eu não tive um treinamento para contenção mecânica de paciente que está em surto. (P6)

[...] A dificuldade seria mesmo a contenção desse paciente. (TE7)

Outro ponto muito mencionado pelos profissionais, é o uso da contenção química. Considerando as falas de determinados profissionais, é possível notar que a sedação é quase sempre primeira ação no atendimento a esse paciente, para outros, uma tentativa de diálogo com o paciente, é uma opção para se tentar compreender o estado do mesmo.

[...] a gente atende e faz a medicação que a gente tem aqui. (M1)

[...] normalmente eles tem que vir contidos pra nós, pra gente só fazer o atendimento de medicação. (TE6)

[...] a gente tenta fazer a pessoa que chega em surto se acalmar. (TE2)

[...] Então, nosso papel é tentar, de alguma forma, tranquilizar esse paciente em surto para que ele possa permanecer aqui e a gente consiga fazer medicação. (E3)

[...] Tenta o diálogo [...] mas há paciente que está em estado bem agressivo e agitado, eu preciso conter ele, fazer a contenção mecânica e a química. (TE9)

A contenção mecânica é recomendada para casos de extrema agitação com risco de agressão, todavia só deve ser usada quando as tentativas de intervenção verbal não forem suficientes. O uso da contenção química segue o mesmo critério de indicação condizente. É válido ressaltar que o uso destes meios, não constituem como única alternativa à disposição dos profissionais. Destaca-se que a sedação deve ser vista como uma possibilidade da não realização de práticas violentas, relacionadas aos abusos durante a contenção mecânica. Neste contexto, para que não se repita o modelo de atenção desumanizada, deve-se ponderar o uso das duas práticas, visando assim prestar uma assistência humanizada e resolutiva (OLIVEIRA, 2014; SANTOS, 2014)

5.1.2 Relação família-paciente-profissionais

Schimith et al (2011), pontua que as relações construídas entre profissionais de saúde e usuários, seja o próprio paciente ou sua família, são consideradas um desafio para a reorganização dos serviços de saúde, e conseqüentemente, essenciais à plena implementação do SUS. A construção dessas relações, é o que de fato auxilia na concretização do Sistema, mesmo que este seja ancorado em leis com *status* de políticas de Estado.

Para Sequeira (2014), atribui-se uma relevância fundamental na comunicação no processo de construção da relação entre um profissional e usuário alvo dos cuidados ou envolvidos no cuidado do usuário. É dentro do contexto da comunicação que se desenvolve a relação e é, ou pode ser, uma ação terapêutica, por si só, ou completar a ação terapêutica de outra intervenção. A importância dessa comunicação se baseia em diversos fatores, como o acesso ao outro, à sua história, ao seu contexto, e às suas necessidades e o fornecimento de orientações que possibilitam à pessoa, família ou comunidade, uma melhor gestão da sua situação de saúde/doença.

As alterações no estado mental do cliente podem dificultar a comunicação. Assim, o profissional deve se expressar com clareza, evitar expressões ambíguas, abstrações, bem como utilizar perguntas e respostas claras e diretas (VEDANA, 2016).

A gente tenta se comunicar com ele, tenta mostrar para ele que a gente não tá ali pra irritar ele. (TE2)

Eu tento conversar com o paciente, por mais que ele não aceite a conversa, aí começa a brigar, xingar [...] mas, a gente releva, porque aquilo ali a gente sabe que ele não tá em sã consciência. (TE4)

[...] tento o diálogo, se o paciente colaborar, porque às vezes no diálogo ele até permite, dependendo da abordagem que eu faço com ele, ele permite que eu faça a medicação. (TE9)

As falas destacadas demonstram que tais profissionais compreendem a importância dessa comunicação, ou pelo menos a tentativa, a fim de evitar o uso de ações invasivas e agressivas como abordagem inicial. A fala da (TE4) reflete pontos cruciais sobre essa comunicação, que são a paciência e profissionalismo, uma vez que os pacientes podem ter comportamentos tido como desrespeitosos, mas sempre se considera seu estado mental

Macedo et al (2017) aponta que os profissionais da saúde enxergam a Reforma Psiquiátrica como um movimento que propõe alterações na organização dos serviços de saúde mental, na sua postura e prática profissional, exigindo outras maneiras de prestar assistência e enxergar os portadores de transtorno mental. Um movimento que ultrapassa a relação usuário-profissional de saúde e envolve o âmbito familiar e social

Além da inclusão da pessoa com transtorno mental nos serviços comunitários Bessa e Waidman (2013), destacam que é necessário um vínculo entre ela, sua família e o profissional que oferece assistência nos serviços, pois dessa forma é estabelecida uma relação de confiança no cuidado, e a família consegue expressar suas necessidades, ou seja, recebe uma escuta que abrange o trabalho baseado nos pressupostos do cuidado integral e humanizado à saúde mental.

Não é só aquele paciente em si que precisa da ajuda. A família também, porque uma família que tem um familiar assim adocece do mesmo jeito. (TE2)

A gente tenta conversar com os familiares [...]. (TE4)

A gente acolhe o familiar e o orienta, porque nesse momento a nossa parte aqui no serviço social da UPA é praticamente atender basicamente o acompanhante. (AS11)

Os profissionais ressaltam que existe a busca por essa comunicação com a família, algo que faz total diferença, pois num momento que o paciente não estiver consciente, ter um familiar presente auxilia a realizar uma assistência de qualidade. Além disso, deve-se ressaltar

a necessidade de um olhar humanizado a esse familiar também, visto que desempenhar o papel de acompanhante é cansativo. Townsend (2002), destaca que quando presentes no atendimento, os familiares não devem ser apenas fonte de informação, mas também parceiros e alvo dos cuidados.

5.1.3 Ausência de dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial

A integração das ações dos serviços de saúde se traduzem na necessidade da continuidade de tratamento dos usuários em diversos níveis de complexidade que devem ser reguladas pelas unidades que prestam o serviço, porém essa integração por vezes não ocorre como deveria por diversas razões sendo em muitos casos o descompromisso dos profissionais, por dificuldades impostas pela unidade em questão ou pela gestão vigente local. (SOUZA; COSTA, 2010) Nesse sentido, a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) veio para ampliar as ações de cuidados em saúde mental por meio de implementação de dispositivos e articulação entre vários pontos de atenção da rede que é integrada pela atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; reabilitação psicossocial. (MEDRADO, et al., 2018)

Entre os problemas brevemente supracitados que podem ocorrer em qualquer nível ou esfera da rede, evidencia-se com a análise de respostas a ausência de dispositivos específicos direcionados a pacientes em emergência psiquiátrica, que acabam por sobrecarregar determinada unidade que não possua a especialidade psiquiátrica exigida em sua composição como uma Unidade de Pronto Atendimento, ou até mesmo disponha como o CAPS II, funcionando atualmente no município e, no entanto, o mesmo não comporta complexidades que superem sua oferta de serviços primários.

Aqui como é uma UPA, não é um local que seja de atendimento específico para ele (psiquiátrico) né? [...] (TE6)

[...] não é uma instituição que interna, como eu te falei, mas o paciente fica internado aqui por não ter o leito de especialidade lá no hospital regional ou em outro hospital que ele deveria ir, então a dificuldade maior é essa. (E8)

[...] é o que a gente consegue fazer nessa rede de atenção psicossocial a RAPS que chama né [...] Os serviços de saúde deveriam trabalhar assim com uma integração maior né [...] (E8)

De acordo com Peres et al, (2018) os serviços oferecidos pela UPA e SAMU possuem destinação assistencial para urgência e emergência e sua inclusão na RAPS, sem a capacitação devida ou o auxílio de protocolos por vezes obriga a adaptação a essa demanda de atendimentos em saúde mental, e portanto, a assistência integral ao paciente passa a ser comprometida assim como o próprio sentimento de incapacitação e confusão vivenciado por parte dos profissionais frente o desafio.

Assim como Cardoso (2011) menciona, apesar do avanço do tratamento psiquiátrico e maior entendimento dos distúrbios mentais, seus sintomas e características, a cura e compreensão de determinados casos ainda são desafiadores levando em consideração a singularidade de cada paciente, o funcionamento mental e complexidade que pode advir de inúmeros fatores, que desse modo, muitas vezes apresentam histórico de sucessivas internações, sobretudo em casos de transtornos mentais graves.

Além da profundidade de cada cenário único manifestado pelos pacientes, foram observados outros fatores que corroboram para essa dificuldade no atendimento dentro do município de Tucuruí, elementos estes que se configuram como a ausência de componentes da RAPS, preconizado pelo Art. 5º da portaria nº 3.088/2011, e que são essenciais no tratamento a pacientes em agravo em estado superior ao tratamento intra - hospitalar ofertado pelo Hospital Regional de Tucuruí ou o CAPS II da cidade que atende somente a demanda primária, e até mesmo a falta de profissionais especializados em psiquiatria, de fato o médico psiquiatra que se encontra em falta na cidade, pontos estes que foram discutidos pelos entrevistados.

[...] psiquiatra é difícil de achar, né? Muito difícil. Aqui em Tucuruí por exemplo só tem uma, que tá trabalhando, o outro tá aposentado. Então tem dificuldade [...] (M1)

[...] a população até critica os serviços que não está funcionando, não consegue internar o paciente [...] eu tô falando da problemática de pacientes que são psiquiátricos há muito tempo e continuam numa situação de vulnerabilidade, continuam na rua, continuam em surtos recorrentes, que o paciente não tem uma assistência do CAPS, da atenção básica, da assistência psiquiátrica. (E8)

Como antes destacado, em conformidade com o Ministério da Saúde (2013), a RAPS, integrada ao Sistema único de Saúde, como um todo estabelece pontos de atenção para o atendimento integral de pessoas com transtornos mentais, incluindo aqueles sob efeito nocivo do uso de drogas, álcool e outras substâncias com propósito de ampliação do acesso à população em geral e entre esses serviços, a rede dispõe de recursos diversos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Com relação a rede psicossocial disponível no município de Tucuruí-PA, o mesmo possui a nível primário de caráter preventivo e terapêutico as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); a nível secundário para estabilização e referência, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA); a terciário consta o Hospital Regional de Tucuruí (HRT) que dispõe de leitos em ala psiquiátrica. Durante a pesquisa, os participantes demonstraram nas respostas conhecer de maneira satisfatória os componentes da RAPS disponíveis na região, bem como o fluxo da assistência.

Bom, geralmente, os postos de saúde e o CAPS, encaminham paciente pra cá (UPA) [...] a gente recebe aqui e solicita transferência pro Regional [...] aí daqui a gente sempre transfere pro Regional ou então se esse paciente não está tão grave assim, está mais estável, melhora aqui e depois manda de volta pra casa ou o médico daqui encaminha pro CAPS [...] (E3)

[...] paciente entrou em surto... se ele tá mais calmo ele faz todo acompanhamento na Atenção Básica, mas quando tem surto eles vem por encaminhamento, vem escrito pelo médico. Tanto do posto como do CAPS. A gente recebe isso. Um papel de encaminhamento solicitando que a UPA faça o encaminhamento para o nível terciário, que no caso seria o Regional. (E5)

Em referência ao entendimento dos profissionais (M1) e (E8) sobre lacunas existentes na rede local, avalia-se que o município se encontra em déficit de médicos psiquiatras, por razões não esclarecidas, além da falta de alternativas extra hospitalares que auxiliem em circunstâncias na qual haja recorrência episódica de surtos psicóticos, como a esquizofrenia não tratada por exemplo, ou situações de vulnerabilidade, usuários de substâncias ou não.

Condições estas que exijam intervenção contínua por um período maior de tempo com o aporte de profissionais especializados no acompanhamento do usuário, como por exemplo o CAPS III, que proporciona acolhimento noturno e observação contínua a pacientes graves e persistentes, ou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) tipos I e II, que corresponde ao serviço de moradia a pacientes que também apresentem gravidade mental acentuada a nível de dependência, e que necessitem de cuidados permanentes.

Homercher & Volmer (2021) afirmam que o CAPS do tipo III é o serviço mais bem qualificado para atuar em demandas de crise psíquica devido seu funcionamento 24 horas, feriados e fins de semana, bem como a atenção da equipe multiprofissional formada por médico psiquiatra, enfermeiro formado em saúde mental, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018). Os autores citados destacam ainda que o dispositivo consegue precisamente conferir um acolhimento mais amplo e ideal no que se refere aos casos de crise psíquica que perseverem, embora nem todos os municípios possuam o CAPS III, e nesse contexto, as Unidades de Pronto Atendimento se fazem presentes no acolhimento das emergências psiquiátricas, estabilização e encaminhamento.

Também é importante frisar que, a instalação do CAPS III obedece a critérios populacionais que exigem o mínimo de 150 mil habitantes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018). Segundo dados do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), em 2021 a população estimada contabiliza 116. 605 habitantes no município de Tucuruí- PA, número abaixo do mínimo indicado para municípios ou regiões de saúde, o que justificaria a não qualificação regional para sua implantação na rede do município, criando o atual condicionamento assistencial emergencial ao CAPS II, UPA, Complexo Hospitalar de Tucuruí (HRT) e em último caso a transferência a outro município, que também afigura-se outra vertente de dificuldade sob a avaliação de alguns dos entrevistados.

[...] então tem um outro recurso que é mandar pra Belém por meio judicial, entendeu? A família vai lá no Ministério Público, consegue todas as papeladas e a gente consegue o leito pro paciente. (TE2)

[...] quando não tem vaga disponível lá, a gente faz encaminhamento até pra Belém. Que também tem sido uma dificuldade nossa de mandar, antes era porta aberta, agora temos a informação que não é mais. [...] (E5)

[...] até mesmo tem sido na justiça, pra fazer um TFD (transferência para outro município), encaminhar para Belém. Então hoje a gente tá praticamente sem ter pra onde pedir socorro. (TE7)

É pertinente ilustrar que a internação hospitalar em hospitais especializados em psiquiatria não é um recurso que deve ser utilizado ou estimulado indiscriminadamente, visto que o sistema mantém disponível uma gama de opções extra-hospitalares eficazes apesar de falhas aqui mencionadas, todavia, essa ferramenta passa a ser opcional frente o esgotamento de outros recursos referidos, pois há situações na qual o transtorno mental acompanha outras condições que propiciam riscos de agressão à ordem pública, de exposição social ou incapacidade grave de autocuidado. Sendo assim, tal escolha tem função unicamente de minimizar esses riscos levando em consideração as necessidades psicossociais, o suporte no tratamento psicofarmacológico e a reinserção social do paciente em seu meio, tudo isso por meio de rigorosa avaliação profissional. Dessa forma, sua utilização prudente não deve ser vista como uma incitação hospitalocêntrica, mas como um dos recursos disponíveis para a manutenção da saúde. (CARDOSO; GALERA, 2011)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi exposto previamente, compreende-se que o atendimento em saúde mental propõe inúmeros desafios tanto para os profissionais envolvidos que trabalham diariamente dentro de suas respectivas realidades, quanto para o paciente e familiares que buscam auxílio e apoio especializado na tentativa de estabilizar o quadro e recuperar a saúde do indivíduo, reinsertando o mesmo de volta ao seu contexto social.

Em análise de respostas das entrevistas realizadas na Unidade de Pronto Atendimento da cidade de Tucuruí-PA, foram apuradas as dificuldades em torno da assistência emergencial psiquiátrica recebida pela unidade e a percepção dos profissionais frente ao atendimento aos pacientes em sofrimento mental. É evidenciado e concluído no estudo a necessidade da implantação de um protocolo para nortear o trabalho da equipe, além de capacitação para auxiliar o atendimento na correta identificação e conduta específica de cada caso, o referenciamento do paciente e a devida orientação aos familiares.

Há grande importância na relação entre profissionais - pacientes e familiares que demandam boa escuta e percepção da equipe que deve acolher o todo dos indivíduos que por vezes se encontram em situação de vulnerabilidade em que o bem-estar do mesmo em conjunto da família se encontra prejudicado, principalmente em situações de reincidência. No município, percebeu-se o déficit de profissionais médicos psiquiatras sendo apenas um atuante na região, tal como a ausência de dispositivos da RAPS no serviço a pacientes em estado de gravidade mental persistente que demandem auxílio terapêutico prolongado.

Durante a avaliação, junto ao Serviço Residenciais Terapêuticos, o CAPS III se mostrou o mais adequado para absorver tal demanda em quesito de estrutura, equipe multidisciplinar e funcionamento, apesar disso, a região não atende o requisito populacional mínimo de habitantes para sua implementação, e logo, tais pacientes contam apenas com CAPS II e Hospital Geral como suporte. Portanto, nesse cenário, o uso de protocolos e aplicação de capacitação da equipe em emergência psiquiátrica é básico e fundamental na contribuição do bom trabalho da equipe e qualidade do tratamento ofertado.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: **Edições 70**, 2011.
- BARROS, R.E.M, TUNG, T.C & MARI, J.J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2010
- BRASIL. CNS - Conselho Nacional de Saúde. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispões sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 2012.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001, Presidência da República, Casa Civil, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Brasília: **Ministério da Saúde**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048/GM, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Ministério da Saúde**; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Mais de R\$ 90 milhões investidos em Saúde Mental, Brasília, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. O que é a Rede de Atenção Psicossocial. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Brasília- DF, 2013.
- BESSA, J.B & WAIDMAN, M A P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2013.
- BURIOLA, A. A. *et al.* Atuação do enfermeiro no serviço de emergência psiquiátrica: avaliação pelo método de quarta geração. **Texto contexto-enferm.** Florianópolis, v. 25, n.1, 2016.
- CAVEIÃO, C. *et al.* Portador de transtorno mental em situação de emergência: dificuldades de atendimento percebidas pela equipe de enfermagem em uma unidade mista. **Cad. da Esc. de Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 14, p. 21-31: 2015.
- CARVALHO, J. D.; LINS, C.B.A. Um Hospital Geral e suas concepções de loucura. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 383-393, 2015.
- CARDOSO, L; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. Artigo Original. **Rev. esc. enferm.** USP, 2011.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CURY, S. *et al.* Assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica: Revisão de literatura. **Braz. J. Surg. Clin. Res.** v.32, n. 2, p.164-168. Paraná, Set – Nov 2020.

DEMARCO, D.A.; JARDIM, V.M.R.; KANTORSKI, L.P. Cuidado em saúde às pessoas com transtorno mental na Rede de Atenção Psicossocial Health care to people with mental disorders in the network for psychosocial care. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 4821–4825, 2016.

DEL-BEN, C. M. *et al.* Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v.50, supl. 1, 2017.

DEVERA, D; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, 2007.

DIAS, M.K; FERIGATO, S.H; FERNANDES, A.D.S.A. Atenção à crise em saúde mental: Centralização e descentralização das Práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 595-60. 2020.

EL HETTI, L. B. *et al.* Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 15, n. 4, p. 973–82, Goiânia, 2013.

FERNANDES, M.A. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente psiquiátrico na urgência de um hospital geral. **Revista de Enfermagem da UFPI**. v. 5, n. 2. Teresina-PI, 2016.

FIGUEIRÓ, R. Manual Prático de Bioestatística Computacional. 1. ed. Volta Redonda: FOA, 2014. 68p.

FIGUEREDO, A. C. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. **Rev. psicol. polít.** vol.19 no.44 São Paulo jan./abr, 2019.

FIGUEIRÊDO, A. L. R; DELEVATI, D. M; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: História da Loucura e Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v. 2, n.2, Nov 2014, p. 121-136.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. São Paulo : Atlas, 2002.

HOLANDA, G. *et al.* Atuação do enfermeiro em emergências psiquiátricas. Anais II CONBRACIS. Campina Grande: **Realize Editora**, 2017.

HOMERCHER, B. M; VOLMER, A. Interloquções entre acolhimento e crise. **Revista de Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tucuruí - Pará, panorama. Brasília - DF, 2010

- IKUTA, C. Y. *et al.* Conhecimento dos profissionais de enfermagem em situações de emergência psiquiátrica: revisão integrativa. **Rev Eletr Enf** [periódico online] v. 15, n. 4, 1034-1042: 2013.
- KAWAKAMI, D.; PRATES, J. G.; TENG, C. T. Propostas para o futuro: estrutura física e equipe ideal nas emergências psiquiátricas. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 28–33, 2016.
- LIMA, D.K.R.R. & GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, v. 122, p. 883-896, 2019.
- MARINHO, A. M, *et al.* Reflexões acerca da reforma psiquiátrica e a (Re) construção de políticas públicas. **reme – Revista. Mineira de Enfermagem**, Fortaleza - CE, 2011, p. 141-147.
- MACEDO, J.P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde soc.** 2017
- MEDRADO, A. C. C. Os laços e nós de uma rede de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.10, n.27, p.53-70, 2018
- MENDES, M.B. Assistência de enfermagem à usuários portadores de transtorno psíquico em um hospital geral. 2013. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – **Faculdade de Enfermagem Nova Esperança**, Mossoró, 2013.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 12. Ed. São Paulo: **HUCITEC**, 2010.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: **HUCITEC**, 2014
- NASCIMENTO, B. B, *et al.* Dificuldades no atendimento às situações de urgências e emergências psiquiátricas. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 3, p. 215-220, 2019.
- NOBRE, A.M.D. Assistência de enfermagem a pessoas em sofrimento psíquico. 2012. 55f. Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial)- **Universidade Estadual da Paraíba**, Campina Grande, 2012.
- OLIVEIRA, L.C. Saberes e práticas em Urgências e Emergências psiquiátricas. 2014. Dissertação (Mestrado) - **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, Natal, 2014.
- PAES, M. R.; MAFTUM, M. A. Dificuldades da equipe de enfermagem de um hospital geral no cuidado ao paciente com transtorno mental. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 9, 2013
- PEREIRA, L.P. Cuidado ao paciente com comorbidade psiquiátrica em uma clínica: desafios e sugestões. XXIX Salão de Iniciação Científica da UFRGS. Campus do Vale, 2017
- PERES, G. M. *et al.* Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.10, n.27, p.34-52, 2018

REFOSCO, A. L. M. *et al.* Atendimento a pacientes psiquiátricos no serviço de emergência: potencialidades e fragilidades da enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2021.

RIBEIRO, A. B. de A.; REIS, R. P. dos. Assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 14, n. 17, 2020.

RIBEIRO, D. R. *et al.* Emergências Psiquiátricas: Uma Revisão De Literatura. **Revista Artigos**. Com, v. 10, p. e 2145, 25 nov. 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/2145>> Acesso em: 06 abr. 2022.

SANTOS, M.S.; COIMBRA, V.C.C.; RIBEIRO, J.P. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço do atendimento móvel de urgência. **Rev Enferm.** UFPE online. 2011.

SANTOS, A.C.T.S. *et al.* Serviço de atendimento móvel de urgência às urgências e emergências psiquiátricas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 8, n. 6, p. 1586-1596, abr. 2014. ISSN 1981-8963.

SCHIMITH, M.D. *et al* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab Educ Saúde**, 2011.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez. 2019.

SEQUEIRA, C. Comunicação em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 2014.

SILVA, D.S & AZEVEDO, D.M. A Reforma Psiquiátrica na visão de quem cuida: Percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. **Esc Anna Nery Rev Enferm** [periódico online]. 2011

SILVA, E.K.B; ROSA, L.C.S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **R. Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260. 2014.

SOUZA, G. C. A; COSTA, I. C .C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. São Luís: **EDUFMA**, 2018.

VEDANA, K.G.G. Urgências e emergência psiquiátricas. EERP-USP, 2016.

WERNECK, M.A.F; FARIA. H.P; CAMPOS, K.F.C. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. **Nescon** - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Coopmed; 2009.

WILLRICH, J. Q. Os sentidos atribuídos a atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial – contribuições para a enfermagem psiquiátrica. Universidade Federal de Pelotas: Pelotas, 2009. p.187

APÊNDICES

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ADAPTADO
(INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS)**

Categoria 1 - Características pessoais e profissionais dos participantes

IDADE: _____ **SEXO:** M / F **NATURALIDADE:** _____

FORMAÇÃO:

Ensino técnico

Ensino superior Completo Incompleto

Pós-graduação Completo Incompleto

Pós-graduação em que? _____

Mestrado Completo Incompleto

Doutorado Completo Incompleto

Pós doutorado Completo Incompleto

CARGO (UPA):

Enfermeiro

Médico

Técnico em enfermagem

Assistente social

Tempo de formação: _____

Tempo de serviço local (UPA): _____

Possui experiência em saúde mental? Sim / Não

Já realizou alguma capacitação em saúde mental? Sim / Não

Categoria 2 - Percepção pessoal sobre o atendimento psiquiátrico

- 1) Qual sua concepção de um paciente em emergência psiquiátrica?
- 2) Como é feito o atendimento ao paciente em surto psiquiátrico no setor onde você trabalha?
- 3) Quais as dificuldades encontradas por você ao implementar essa assistência?
- 4) Como você vê a dinâmica entre a equipe multiprofissional durante o atendimento do surto?
- 5) Na sua opinião, no que abrange equipe, recursos e estrutura, o que falta ou poderia melhorar para facilitar a assistência psiquiátrica?

Categoria 3 - Assistência ao paciente, fluxo de atendimento no município e RAPS.

- 1) O que você compreende por Rede de Atenção Psicossocial, bem como sua importância?
- 2) O que compete a você como profissional, conforme descrito na RAPS, durante o atendimento ao paciente em emergência psiquiátrica na UPA?
- 3) De que forma os serviços de saúde do município se articulam com a UPA na assistência ao paciente em emergência psiquiátrica?

Adaptado de: Nobre (2012) e Mendes (2013)

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(De acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012)

A presente pesquisa de graduação em Enfermagem tem como título: “Emergência Psiquiátrica: Percepções da Equipe de Saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento”. Diante da a dinamização dos distintos casos no ambiente de Unidades de Pronto Atendimento, onde são assistidas diversas ocorrências classificadas como urgência ou emergência, percebe-se que as situações psiquiátricas agravadas não recebem a atenção devida pelo profissional presente. Dessa forma, o paciente e familiares não recebem um atendimento ou direcionamento adequado e permanecem retornando com o mesmo quadro com risco potencial de agravamento caso não receba tratamento imediato. A falta de orientações quanto ao fluxo de atendimento, limitações de estrutura ou o desconhecimento sobre o processo de desequilíbrio mental contribuem para a dificuldade encontrada principalmente pela família diante da inaptidão do paciente. O objetivo geral desse projeto é analisar a percepção dos profissionais de saúde da Unidade de Pronto Atendimento do município de Tucuruí-PA sobre as emergências psiquiátricas e os objetivos específicos são: Identificar as dificuldades no atendimento às emergências psiquiátricas na UPA; analisar entendimento dos profissionais sobre fluxo existente na Rede de Atenção Psicossocial; Evidenciar outras fragilidades no serviço prestado. O processamento de dados dar-se-á por meio de uma entrevista estruturada através de um formulário, com perguntas abertas e fechadas. Após a coleta dos dados, os mesmos serão organizados e analisados por meio da utilização da análise de conteúdo categorial do tipo análise temática de Bardin (2011). Após aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa, serão traçadas três etapas para a efetivação da coleta de dados, 1ª etapa: Será realizada uma visita na UPA para conhecermos a realidade dos profissionais e nos familiarizarmos com os mesmos; 2ª etapa: Realização do convite aos participantes e aos quais aceitarem, será apresentado o TCLE e exposto o objetivo da pesquisa. Após assinatura de duas vias do termo e esclarecido quaisquer dúvidas, a aplicação do formulário será iniciada. 3ª etapa: Será realizada aplicação dos formulário seguindo um roteiro estabelecido pelas autoras da pesquisa separadas por três categorias. Na primeira com 10 perguntas de carácter sociodemográfico e profissional e a segunda com 5 perguntas identificação da perspectiva dos profissionais acerca das emergências psiquiátricas e a terceira 3 perguntas sobre assistência ao paciente, fluxo de atendimento no município e RAPS. Dentre os riscos mais visíveis, supõem o vazamento de informações, quebra do anonimato e possível identificação dos participantes da pesquisa em questão, podendo resultar em constrangimento como se sentir incomodados

em falar, ou mesmo punições por parte do estabelecimento vinculado. Como benefícios da realização da presente pesquisa, busca-se a possibilidade de induzir o profissional participante a identificar os déficits em seu conhecimento, bem como compreender a percepção dos mesmos acerca das emergências psiquiátricas. Dessa forma, há um incentivo para a qualificação profissional e um olhar diferenciado do gestor da instituição, para uma possível elaboração e implantação de estratégias que melhorem o cenário da atual assistência oferecida ao usuário do sistema, garantindo assim, o direito do paciente a uma assistência de qualidade. Vale ressaltar, que os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital, sob guarda e responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos após o término da pesquisa, de acordo com as recomendações da Resolução 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde). Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel e outra será fornecida a você. A sua participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional em caso de haver gastos de tempo, transporte e alimentação, deve ser prevista uma compensação financeira que deverá ser calculada de acordo com gastos reais do participante. Em caso de dano pessoal, diretamente provocado pelos procedimentos ou transtornos oriundos da pesquisa, os participantes terão direito a indenizações que sejam legalmente estabelecidas.

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A Prof^a Enf^a. Julyany Rocha Borrozo de Souza, certifica-se de que todos os dados dessa pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com as pesquisadoras: Vitória Caroline dos Santos de Souza, através do End.: Rua Estreito, nº 19, Vila Permanente, Telefone: (94) 98133-1840, E-mail:

vitoria.souza@faculdadegamaliel.com.br, matrícula nº 2018000859 e Thais de Melo da Silva, através do End.: Rua Abaetetuba, nº 18, Vila Permanente, Telefone: (94) 98181-4817, E-mail: thais.silva@faculdadegamaliel.com.br, matrícula nº 2018000653. Ou ainda com a orientadora e responsável pela pesquisa Prof^a Julyany Rocha, Telefone: (94) 99123-2332, E-mail: julyany.souza@faculdadegamaliel.com.br. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos, situado no térreo do bloco 4 da Universidade do Estado do Pará, Campus VIII, Av. Hiléia s/n. Agrópolis do INCRA, Bairro Amapá – Marabá – Pará. Telefone: (94) 3312 2103. E-mail: cepuepamaraba@yahoo.com.br. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE dará autorização ao patrocinador do estudo, ao Comitê de Ética, e a organização governamental de saúde de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

_____ Data:
Assinatura do Participante

_____ Data:
Julyany Rocha Barrozo de Souza
Assinatura do Pesquisador responsável

_____ Data:
Thais de Melo da Silva
Assinatura do Pesquisador assistente

_____ Data:
Vitória Caroline dos Santos de Souza
Assinatura do Pesquisador assistente

_____ Data:
Testemunha

ANEXO B - TERMO COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS (TCUD)

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS (TCDU)

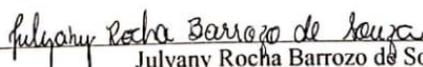
Nós, Thais de Melo da Silva e Vitória Caroline dos Santos de Souza, regularmente matriculadas no 9º semestre, sob matrícula nº 201800653 e nº 201800859 respectivamente e Julyany Rocha Barrozo de Souza, orientadora das acadêmicas descritas anteriormente, pesquisadoras do projeto de pesquisa intitulado “**Emergência Psiquiátrica: Percepções da Equipe de Saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento**”, declaramos, para os devidos fins, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Comprometemo-nos com a utilização dos dados contidos nos questionários que serão aplicados à equipe de saúde da UPA, que serão manuseados somente após a aprovação do sistema CEP-CONEP e da instituição detentora.

Comprometemo-nos a manter confidencialidade e sigilo dos dados contidos no questionário de perguntas abertas e fechadas, bem como a privacidade de seus conteúdos, mantendo a integridade moral e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe de pesquisa.

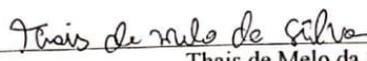
Também nos comprometemos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa, em que necessitaremos coletar informações, será submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos da pesquisa documental serão guardados de forma sigilosa, segura, confidencial e privada, por 5 anos, e depois serão destruídos.

Ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados, bem como o anonimato dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde.

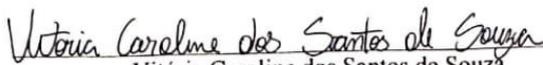
Tucuruí, 01 de maio de 2022



Julyany Rocha Barrozo de Souza
Pesquisador



Thais de Melo da Silva
Assistente 1



Vitória Caroline dos Santos de Souza
Assistente 2

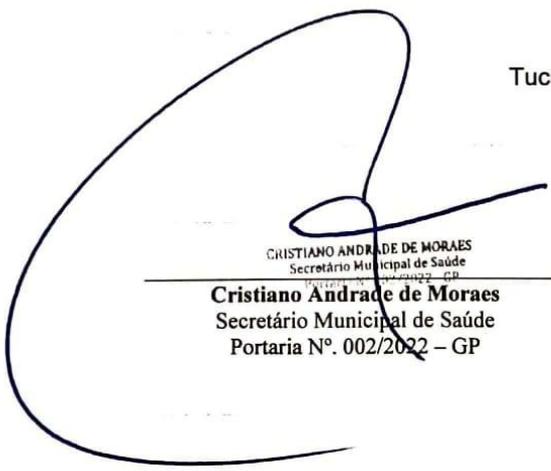
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUCURUÍ
PALÁCIO JONES WILLIAN DA SILVA GALVÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Eu **Cristiano Andrade de Moraes**, em nome da Secretária Municipal de Saúde de Tucuruí, declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa do trabalho científico intitulado “_Emergência Psiquiátrica: Percepções da Equipe de Saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento”, de autoria das (o) discentes **Thais de Melo da Silva e Vitória Caroline dos Santos de Souza**, sob orientação da **Julyany Rocha Barroso de Souza**, ambas do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Gamaliel – Tucuruí-PA, e autorizo a realização da coleta dados em nosso serviço durante o período preestabelecido pelo cronograma do projeto, respeitando o sigilo de identidade dos pacientes e profissionais de saúde e utilizando os dados unicamente para execução desta pesquisa. Estou também ciente e concordo com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente citada na publicação a Unidade de Pronto Atendimento - UPA de Tucuruí como local de realização do trabalho.

Tucuruí –PA 22 de junho de 2022.



CRISTIANO ANDRADE DE MORAES
Secretário Municipal de Saúde

Cristiano Andrade de Moraes
Secretário Municipal de Saúde
Portaria N°. 002/2022 – GP

ANEXO D - CARTA DE ACEITE DO ORIENTADOR



FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS GAMALIEL –
FATEFIG
 CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZÔNIA - CECAM
 CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CARTA DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, **Julyany Rocha Barrozo de Souza**, professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Gamaliel, informo que aceito orientar o trabalho intitulado **EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**, de autoria dos alunos **Thais de Melo da Silva**, matrícula nº 2018000653 e **Vitória Caroline dos Santos de Souza**, matrícula nº 201800859, auxiliando na condução do planejamento e desenvolvimento de seu Trabalho de Conclusão de Curso.

Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Declaro, ainda, ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

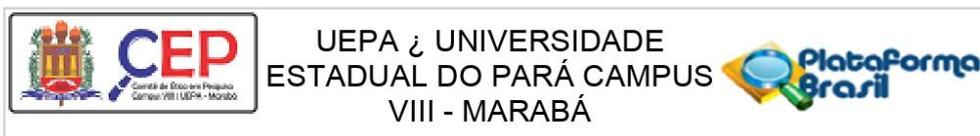
Tucuruí, 08 de Abril de 2022.

Julyany Rocha Barrozo de Souza

 Assinatura do Orientador

FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS GAMALIEL – FATEFIG
 CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZÔNIA – CECAM
 Recredenciada pela Portaria Ministerial nº 905 de 06 de julho de 2012
 Rua UM, s/n, bairro Jardim MARILUCYCEP: 68459-490 Tucuruí-Pará Fone: (94) 3787-1010
 CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 Autorizado pela Portaria Nº 360 de 10/06/2014-MEC- DOU- Nº110 de 11/06/14

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Pesquisador: Julyany rocha barrozo de souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63659922.3.0000.8607

Instituição Proponente: CECAM - CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZONIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.692.474

Apresentação do Projeto:

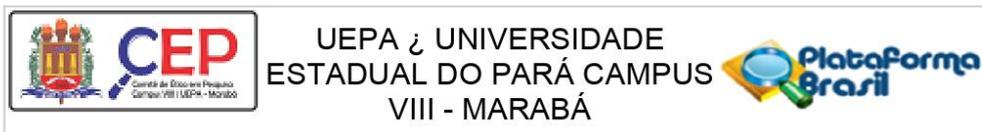
A presente temática propõe analisar e discutir as percepções dos profissionais de saúde quanto a assistência ao paciente psiquiátrico em estado emergencial, que é caracterizado por uma desordem aguda de pensamento e humor com posterior agravamento sem o devido acolhimento, como mostra Nascimento et al (2019). Para Santos et al (2014), o atendimento deve ser ágil para se obter boa resposta e resultado mediante a crise, garantindo assim a integridade da pessoa em sofrimento mental. Com a disposição da Rede de Atenção Psicossocial (Portaria 3.088/2011), e sua equipe multiprofissional, o despreparo profissional e a deficiência da assistência em emergência psiquiátrica resultam em agravamento do quadro, com diretamente sociais e familiares, afirma Refosco et al (2021). Dessa forma, é relevante destacar que, é direito do paciente portador de transtornos mentais usufruir de atendimento humanizado e de qualidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Apresentar o conhecimento dos profissionais de saúde da Unidade de Pronto Atendimento do município de Tucuruí-PA perante as emergências psiquiátricas.

Endereço: Avenida Hiléia, s/nº - Agrópolis do Incra
Bairro: AMAPA **CEP:** 68.502-100
UF: PA **Município:** MARABA
Telefone: (94)3312-2103 **E-mail:** cepmaraba@uepa.br



Continuação do Parecer: 5.692.474

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios

Na presente pesquisa, haverá riscos morais, sociais/intelectuais e para a pesquisa. Uma vez que a moral se trata de um conjunto de regras adquiridas através da cultura, da educação, da tradição, do cotidiano e que orientam o comportamento humano dentro de uma sociedade, o risco moral poderá ser evidenciado pela quebra do anonimato e confidencialidade dos profissionais participantes e constrangimento dos mesmos ao responderem o questionário.

Quanto aos riscos de natureza social e intelectual poderão ocorrer através de alguns comportamentos por parte dos participantes ao se sentirem menos instruídos intelectualmente que as pesquisadoras. Entre os comportamentos podemos citar o medo de responder o formulário, estresse, desconforto e vergonha.

Já os riscos para a pesquisa se consistem em uma possível recusa dos profissionais a participarem do estudo, ocasionando uma amostra insatisfatória para a pesquisa e risco de perda dos dados coletados, uma vez que serão questionários impressos.

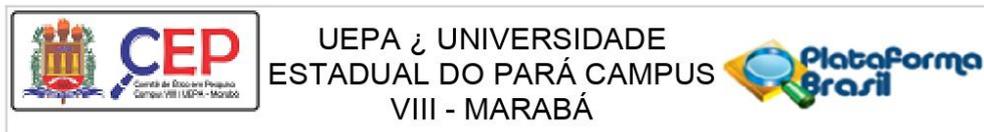
Para excluir ou minimizar esses riscos haverá comprometimento em assegurar assistência integral e orientação aos participantes da pesquisa, assim como garantir condições de acompanhamento, manutenção do sigilo e da privacidade, respeito, dignidade e autonomia, assegurando sua vontade de permanecer ou desistir em qualquer fase do estudo, bem como a escolha de um local privado para a realização da aplicação do questionário e esclarecimento de qual a importância da realização da presente pesquisa.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, irá assegurar a não utilização das informações em prejuízo das pessoas ou comunidade, bem como a confidencialidade e privacidade das informações colhidas. Destaca-se, que os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital, por cinco anos após pesquisa, de acordo com as recomendações da Resolução 466/2012 (CNS/MS).

Para preservar o anonimato profissionais participantes da pesquisa e o caráter confidencial das informações, os mesmos serão codificados de forma alfanumérica, para distinguir os enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e assistentes sociais, que atuam de forma assistencial, desta forma "P" se estabelece como referência à "profissional", seguido por um número sequencial crescente, que iniciará em 01, por exemplo: P1; P2; e assim por diante.

Como benefícios da realização da presente pesquisa, busca-se a possibilidade de induzir o profissional participante a identificar os déficits em seu conhecimento, bem como compreender a percepção dos mesmos acerca das emergências psiquiátricas. Dessa forma, há um incentivo para a

Endereço: Avenida Hiléia, s/nº e Agrópolis do Inkra
Bairro: AMAPA **CEP:** 68.502-100
UF: PA **Município:** MARABA
Telefone: (94)3312-2103 **E-mail:** cepmaraba@uepa.br



Continuação do Parecer: 5.692.474

qualificação profissional e um olhar diferenciado do gestor da instituição, para uma possível elaboração e implantação de estratégias que melhorem o cenário da atual assistência oferecida ao usuário do sistema, garantindo assim, o direito do paciente a uma assistência de qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante; metodologia adequada aos objetivos propostos, riscos mínimos, benefícios máximos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em conformidade.

Recomendações:

Ao final do parecer tem informações importantes sobre o envio dos relatórios parcial e final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

58a Reunião ordinária do CEP/Marabá, realizada no dia 06 de outubro de 2022, por meio de videoconferência, em caráter excepcional devido a pandemia do Covid-19, seguindo recomendação da CONEP via carta circular no 07//2020 – CONEP/SECNS/MS de 16 de março de 2020.

ATENÇÃO: Relatório Parcial e Final

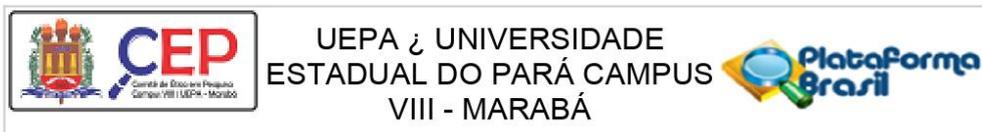
Os pesquisadores são responsáveis por anexarem a PLATBR, como notificação, os relatórios parcial (meados do projeto) e o final (até 60 dias após o seu término) relativos a seu projeto aprovado, com intuito de esclarecer que a pesquisa foi realizada em conformidade com os aspectos éticos (Resolução 466/2012, XI.2.d e Resolução 510/16, Art. 28, V). Mais informações, consulte o site do CEP/Marabá.

<https://paginas.uepa.br/campusmaraba/index.php/comite-de-etica/>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|----------------|---------|----------|-------|----------|
|----------------|---------|----------|-------|----------|

Endereço: Avenida Hiléia, s/nº e Agrópolis do Ingra
Bairro: AMAPA **CEP:** 68.502-100
UF: PA **Município:** MARABA
Telefone: (94)3312-2103 **E-mail:** cepmaraba@uepa.br



Continuação do Parecer: 5.692.474

| | | | | |
|---|---|------------------------|--------------------------------|--------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2007460.pdf | 19/09/2022 16:49:21 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_EMERGENCIAS_PSIQUIATRICAS.pdf | 19/09/2022 16:49:08 | julyany rocha barrozo de souza | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto_emergencias_psiquiatica_word.docx | 19/09/2022 16:48:47 | julyany rocha barrozo de souza | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO_DA_INSTITUICAO.pdf | 19/09/2022 16:41:41 | julyany rocha barrozo de souza | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 19/09/2022 16:40:44 | julyany rocha barrozo de souza | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | decalracao_do_pesquisador.pdf | 19/09/2022 15:00:46 | julyany rocha barrozo de souza | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto_emergencias.pdf | 19/09/2022 14:57:02 | julyany rocha barrozo de souza | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_E_MANUSEIO_DOS_DADOS.pdf | 06/09/2022 14:24:27 | julyany rocha barrozo de souza | Aceito |
| Outros | ACEITE_DO_ORIENTADOR.pdf | 06/09/2022 14:22:12 | julyany rocha barrozo de souza | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_EMERGENCIAS_PSIQUIATRICA S.pdf | 06/09/2022 14:21:28 | julyany rocha barrozo de souza | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARABA, 09 de Outubro de 2022

Assinado por:
Daniela Soares Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Hiléia, s/nº & Agrópolis do Incra
Bairro: AMAPA **CEP:** 68.502-100
UF: PA **Município:** MARABA
Telefone: (94)3312-2103 **E-mail:** cepmaraba@uepa.br