

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003240016>

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E DE RECURSOS HUMANOS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA¹

Aline Aparecida Buriola², Leandro Barbosa Pinho³, Luciane Prado Kantorski⁴, Laura Misue Matsuda⁵

- ¹ Resultado da tese - Avaliação de um serviço de emergência psiquiátrica inserido em um hospital geral por meio do método de quarta geração, apresentada ao Programa de Pós-Graduação - em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), em 2014.
- ² Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Oeste Paulista. Presidente Prudente, São Paulo, Brasil. E-mail: aliburiola@bol.com.br
- ³ Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lbpinho@ufrgs.br
- ⁴ Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: kantorski@uol.com.br
- ⁵ Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: lauramisuem@gmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar a percepção de profissionais, usuários e familiares sobre a estrutura do serviço de emergência psiquiátrica de um hospital geral.

Método: estudo realizado por meio da Avaliação de Quarta Geração, com 30 respondentes (15 profissionais, nove usuários e seis familiares). A coleta de dados ocorreu por meio de análise documental, entrevista semiestruturada, observação não participante e observação participante.

Resultados: a análise e a discussão dos dados foram operacionalizadas por meio do Método Comparativo Constante, articulados com a Política Nacional de Humanização Política Nacional de Saúde Mental. Constatou-se a necessidade de adequação na estrutura física para o atendimento de emergência psiquiátrica de crianças; necessidade de mais recursos humanos; melhor utilização de protocolos; e redução de internações de crianças por longos períodos.

Conclusão: a relação entre a assistência infantil em local inadequado e o insuficiente número de funcionários atua como fator que dificulta a prática assistencial preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental.

DESCRIPTORIOS: Serviços de emergência psiquiátrica. Estrutura dos serviços. Cuidado. Humanização da assistência. Enfermagem. Avaliação.

ASSESSMENT OF THE PHYSICAL AND HUMAN RESOURCE STRUCTURE OF A PSYCHIATRIC EMERGENCY SERVICE¹

ABSTRACT

Objective: identify the perception of professional, users and family members about the structure of the psychiatric emergency service in a general hospital.

Method: study through Fourth-Generation Evaluation, involving 30 respondents (15 professionals, nine users and six family members). The data were collected through documentary analysis, semistructured interview, non-participant observation and participant observation.

Results: the data analysis and discussion were executed using the Constant Comparative Method, articulated with the National Humanization Policy and the National Mental Health Policy. The following needs were verified: adaptation of the physical structure for psychiatric emergency care to children; more human resources; better use of protocols; and reduction of children's hospitalizations for long periods.

Conclusion: the relation between child care in an inappropriate location and the insufficient number of employees serves as a factor that makes it difficult to put the care practice recommended by the National Mental Health Policy in practice.

DESCRIPTORS: Psychiatric emergency services. Service structure. Care. Care humanization. Nursing. Assessment.

EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA FÍSICA Y DE RECURSOS HUMANOS DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA

RESUMEN

Objetivo: identificar la percepción de profesionales, usuarios y familiares sobre la estructura del servicio de emergencia psiquiátrica de un hospital general.

Método: estudio realizado, por medio de la Evaluación de Cuarta Generación, con 30 respondedores (15 profesionales, nueve usuarios y seis familiares). La recolección de datos ocurrió por medio de análisis documental, entrevista semiestructurada, observación no participante y observación participante.

Resultados: el análisis y la discusión de los datos fueron operacionalizados por medio del Método Comparativo Constante, articulados con la Política Nacional de Humanización Política Nacional de Salud Mental. Se constató la necesidad de adecuación en la estructura física para la atención de emergencia psiquiátrica de niños; necesidad de más recursos humanos; mejor utilización de protocolos; y reducción de internaciones de niños por largos períodos.

Conclusión: la relación entre la asistencia infantil en local inadecuado y el insuficiente número de funcionarios actúa como factor que dificulta la práctica asistencial preconizada por la Política Nacional de Salud Mental.

DESCRIPTORES: Servicios de emergencia psiquiátrica. Estructura de los servicios. Cuidado. Humanización de la asistencia. Enfermería. Evaluación.

INTRODUÇÃO

A nova abordagem de cuidado em saúde mental, marcada pela desinstitucionalização, abarca o serviço de emergência psiquiátrica como unidades de cuidado necessárias à (re)organização da atenção em saúde mental,^{1,2} pois estas promovem a estabilização rápida do quadro de agudização do transtorno mental, com propostas de encaminhamento para a continuidade da assistência nas unidades substitutivas.^{3,4}

As unidades de emergência psiquiátrica surgiram inicialmente como iniciativas isoladas de alguns centros universitários ou hospitais públicos, principalmente nos grandes núcleos urbanos,⁵ tendo como meta realizar diagnósticos clínicos e psicossociais em situações de distúrbios de pensamento, emoções ou comportamento, que requerem cuidados imediatos. Nesse aspecto, esses serviços têm como prioridade evitar prejuízos à saúde psíquica, física e social dos indivíduos, além de contribuir com a edificação dos pressupostos da desinstitucionalização³ e humanização do cuidado em saúde mental.

Outro ponto relevante é o fato de as emergências psiquiátricas serem apontadas como base para a regulação das admissões, na Rede de Cuidado em Saúde Mental, e assim contribuir para a organização do fluxo de usuários,⁶ possibilitando a redução de admissões hospitalares desnecessárias, com transferência do cuidado em saúde mental para a atenção primária e desconstrução do caráter excludente que permeia a atenção em psiquiatria.⁵

No Brasil, mesmo com os avanços no atendimento em saúde mental, no que se refere à organização do sistema e à reformulação da Rede, muitos serviços, principalmente aqueles de natureza pública, ainda permanecem em situações precárias, principalmente no que tange à estrutura e à qualidade do

cuidado.⁷⁻⁸ Assim, faz-se relevante a realização de estudos no intuito de avaliar o atendimento em saúde mental, de forma que os resultados obtidos possam contribuir para a definição de propostas que visem à efetivação do cuidado humanizado e qualificado.

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

MÉTODO

Estudo realizado no período de fevereiro a junho de 2014, em um serviço de emergência psiquiátrica de um hospital geral. Como base teórico-metodológica utilizou-se a Avaliação de Quarta Geração, pautada na abordagem hermenêutico-dialética, de cunho construtivista e responsivo. O processo hermenêutico-dialético é hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e é dialético porque propõe a discussão das opiniões divergentes, de modo a se obter um consenso acerca do objeto em avaliação.⁹

A Avaliação de Quarta Geração é a união entre o enfoque responsivo e a metodologia construtivista. O enfoque responsivo usa as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse (*Stakeholder*) como elementos organizadores do processo avaliativo, determinando quais aspectos devem ser considerados no estudo.⁹

Sobre o local do estudo, a unidade de emergência psiquiátrica está inserida na planta física de um hospital geral, com espaço próprio para os atendimentos emergenciais em saúde mental. Esse serviço dispõe de 16 leitos e conta com uma equipe composta por 32 profissionais: seis médicos psiquiatras, nove técnicos de enfermagem, seis enfermeiras, quatro seguranças e quatro recepcionistas, uma assistente social, um psicólogo e uma secretária, os quais trabalham em escala de plantão.

Para esta pesquisa, a aplicação prática da avaliação de Quarta Geração ocorreu por meio do contato com o campo (reunião com a equipe do serviço, usuários e familiares para apresentação e discussão da proposta da pesquisa); identificação dos *stakeholders* ou grupos de interesse (profissionais, usuários e familiares); desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas (aplicação do círculo hermenêutico-dialético); apresentação dos dados para os grupos de interesse (realizada a partir do processo de negociação, que consistiu na organização das construções de cada grupo, validação das informações e verificação de consensos); e, por fim, construção dos resultados finais do processo avaliativo (definição dos eixos temáticos, de acordo com os excertos/depoimentos qualificados após negociação).

Participaram do estudo 30 pessoas (*Stakeholders*), das quais 15 eram profissionais, nove eram usuários e seis familiares. Os critérios de inclusão dos profissionais foram: ser profissional alocado na unidade em estudo há mais de seis meses e prestar cuidados diretos a pessoa com transtorno mental e/ou sua família, no serviço de emergência. Já, os critérios dos usuários e familiares foram os seguintes: aceite formal em participar, possuir 18 anos ou mais de idade e nos três meses anteriores à pesquisa, terem sido atendidos pelo menos uma vez, na emergência psiquiátrica. Foram excluídos do estudo os usuários que apresentavam diagnóstico médico de transtorno mental grave ou incapacitante, e acompanhantes que não estavam presentes no momento do atendimento do paciente na emergência.

A reunião de contato com o campo foi realizada em janeiro de 2014. Em seguida, em fevereiro do mesmo ano, foi realizada a observação não participante da dinâmica assistencial estabelecida no serviço, totalizando 61 horas de observação, como forma de aproximação do objeto de estudo. Para tanto, a pesquisadora se inseriu no campo nos três períodos de atendimento, realizando a observação livre para que fosse identificada a dinâmica assistencial estabelecida no serviço. Após a observação não participante foi iniciada a observação participante,

a qual se estendeu no período de março a junho de 2014, totalizando 152 horas. Para essa etapa estabeleceu-se uma observação mais sistematizada dos aspectos assistenciais, por meio da imersão nos fatores pouco compreendidos na observação não participante. Nesse momento, a pesquisadora participava ativamente das atividades de cuidado desenvolvidas no local do estudo, visando compreender o processo assistencial no serviço.

O material produzido no processo de observação participante e não participante não foi utilizado, neste artigo, como produto de análise para a elaboração dos resultados apresentados, mesmo tendo as observações registradas em um diário de campo que poderá servir como base de dados para futuras publicações. Também vale ressaltar que esse processo foi importante para a aproximação das pesquisadoras do objeto de estudo, pois permitiu uma vivência do contexto real do serviço e experiências que proporcionaram a apuração de atividades desenvolvidas.

A etapa de entrevistas foi iniciada no mês de maio e finalizada em junho, momento em que foram realizadas entrevistas individuais com os *stakeholders*, cujo tempo variou entre 45 a 75 minutos. A entrevista com o primeiro integrante do grupo foi orientada por um roteiro semiestruturado, contendo as seguintes questões: na sua perspectiva, como é o serviço de emergência psiquiátrica? Quais são as fragilidades e potencialidades deste serviço? A pergunta que originou o presente estudo surgiu de uma construção êmica das primeiras entrevistas nos grupos de interesse, de modo que todos os respondentes também foram questionados sobre “como percebiam a estrutura física e de recursos humanos do serviço de emergência psiquiátrica”.

Vale ressaltar que as entrevistas foram organizadas com base no círculo hermenêutico-dialético. Para esse Método a primeira entrevista foi realizada com o respondente 1 chamado de R1 e, ao final de sua entrevista, solicitou-se que ele indicasse outro respondente, designado como R2, a fim de que este pudesse apontar novas formulações acerca do serviço de emergência psiquiátrica. Contudo, antes da entrevista com o R2, os temas, conceitos, ideias, valores, preocupações e questões centrais propostos por R1 foram sintetizados, por meio da escuta do áudio da entrevista, a fim de extrair os pontos relevantes que possibilitassem a construção 1 (C1), que serviu de fonte de informações para proceder a entrevista com o R2, que também foi convidado, ao final de sua entrevista, a indicar um novo respondente, R3.

Para tanto, a entrevista com o R2 possibilitou uma nova construção, designada como C2, que, por

sua vez, serviu para direcionar a entrevista com o respondente 3 (R3) e assim sucessivamente. Esse processo de coleta foi repetido igualmente nos três grupos de interesse: profissionais, familiares e usuários. Como respondente inicial (R1) do círculo de profissionais foi eleito aquele com maior tempo de atuação no serviço; para os usuários, aquele com maior número de internações na Emergência; e para o familiar, aquele que acompanhou o usuário do serviço em, pelo menos, duas visitas durante a sua internação.

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

O conteúdo das entrevistas foi analisado, inicialmente, por meio do Método Comparativo Constante, que consiste em analisar os dados, mediante a escuta dos depoimentos gravados em áudio, logo após a sua coleta para identificar as construções de cada respondente e apresentar o conteúdo das entrevistas precedentes, nas entrevistas seguintes, para realizar novas formulações acerca das questões apontadas nos depoimentos e, posteriormente, agrupar as unidades categóricas para serem apresentadas e discutidas na reunião de negociação.

A etapa de negociação ocorreu de forma independente com cada grupo, com agendamento prévio da data e horário da reunião, e contou com o comparecimento da maioria dos entrevistados. Para esse momento, foi produzido um material impresso, contendo a síntese dos dados das entrevistas, e entregue a cada membro do grupo. Após, fez-se a explanação dos resultados obtidos nas entrevistas, com auxílio do *Power Point*, objetivando a discus-

são, validação e negociação dos dados, como eixo prioritário da avaliação.

Assim, após a etapa de negociação os dados foram reorganizados com base nas construções e consensos estabelecidos pelos grupos de interesse, para serem descritos neste estudo em forma de eixos temáticos. Para tanto, foram extraídos extratos/excertos/segmentos, que foram editados gramaticalmente e que apresentavam conteúdos concernentes à estrutura física do serviço avaliado.

Esta pesquisa cumpriu todas as exigências éticas e legais vigentes na Portaria 466/12 e o projeto foi registrado no Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá, sob o CAAE: 25786714.0.0000.0104 e Parecer n. 623.496. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, e para garantir-lhes o anonimato, os extratos serão identificados pela letra P (profissional), U (usuário) e F (familiar), seguidos do número indicativo da sequência em que as entrevistas foram realizadas, e uma breve caracterização.

RESULTADOS

A análise dos resultados foi realizada a partir de três eixos temáticos, resultantes do agrupamento das unidades de informação e validação nas reuniões de negociação com cada grupo de interesse, quais sejam: 1) o ambiente físico influenciando o cuidado humanizado em saúde mental; 2) recursos materiais como instrumento necessário à adequada dinâmica assistencial; e 3) recursos humanos e sua implicação no processo assistencial.

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

Quadro 1 - Avaliação da estrutura do Serviço de Emergência Psiquiátrica de um Hospital Geral - Oeste Paulista (SP), 2014

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

O ambiente físico influenciando o cuidado humanizado em saúde mental

No que tange à estrutura física, esta foi considerada adequada. Esse dado pode ter relação com o fato de que, no serviço investigado, o posto de enfermagem se localiza no centro da unidade, possui duas janelas laterais que permitem visualizar as enfermarias. Esse fato permite à equipe observar e intervir com mais rapidez nos casos de agitação e/ou agressividade dos pacientes, conforme pode ser evidenciado na fala a seguir:

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

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

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

Como fragilidade, cita-se o momento de triagem, realizado na Recepção, com um grande número de pessoas transitando, fazendo com que esse procedimento seja considerado inadequado pelos grupos de interesse, pois expõe e constrange o usuário, comprometendo o cuidado humanizado em saúde mental, como explicitado nos excertos a seguir.

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

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

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

Mais um fator que interfere na disponibilidade de espaço físico é o frequente encaminhamento de

crianças, as quais fazem uso abusivo de drogas, pelos órgãos judiciais e outras unidades de cuidado em saúde mental. Esse fator é evidenciado a seguir.

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

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

Recursos materiais como instrumento necessário à adequada dinâmica assistencial

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

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

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

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

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

Na emergência poderia ter mais organização no atendimento inicial. O pessoal não sabe se é a primeira ou a segunda vez que a gente está lá, que remédio usou. Então, devia ter um arquivo no computador com a história

da pessoa, para ajudar os profissionais na organização do atendimento inicial (U7 - 29 anos, dependente químico, atendido no serviço duas vezes).

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

Recursos humanos e sua implicação no processo assistencial

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

O quadro de funcionários é ruim [...]. Por exemplo, às vezes fica uma enfermeira para três setores. Não dá certo porque aqui é uma loteria a cada instante. [...] pode sobrecarregar o serviço a qualquer momento, e quando isso acontece, a enfermeira não consegue dar conta (P4 - médico, 35 anos, atua há um ano e dois meses no serviço).

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

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

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

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

Toda vez que o enfermeiro ou o auxiliar de enfermagem é remanejado, ele sempre chega completamente

perdido ou completamente apavorado [...]. Às vezes ele chega andando com as costas na parede. Eu já vi auxiliar desse jeito, fica hiper alerta, qualquer barulhinho, dá um pulo (P4 - médico, 35 anos, atua há um ano e dois meses no serviço).

Os usuários também indicaram a necessidade de um terapeuta ocupacional no serviço de emergência, por acreditarem que, mesmo nos casos de internações de curto período de tempo, esse profissional poderia favorecer a aceitação do tratamento pelos pacientes.

Nesses quatro dias que eu fiquei na emergência eu não tinha obrigação de fazer nada, e eu acho que deveria ter alguém para dar alguma atividade como leitura, pintar alguma coisa [...]. Com isso a pessoa acaba aceitando mais o tratamento (U5 - 33 anos, dependente químico, atendido no serviço duas vezes).

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

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

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

DISCUSSÃO

A adequada estrutura física nas unidades de saúde vai ao encontro do que é preconizado pela Política Nacional de Humanização, no que diz respeito ao conceito de ambiência,¹⁰ promovendo, assim, um local de cuidado acolhedor e propício à humanização da assistência em saúde mental. Esse aspecto também é valorizado pelos usuários e leva em consideração, principalmente, a máxima de que locais organizados produzem ações de saúde mais qualificadas.⁷ Portanto, as discussões acerca da estrutura física são importantes e devem ser consideradas prioridade, isto porque a efetivação da ambiência, como forma de valorização do espaço físico, possibilita a construção de ações de saúde efetivas e humanizadas.

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

A preocupação e até o incômodo pelo fato do usuário ser abordado em local que não lhe garante a privacidade, coaduna-se com a proposta da Política Nacional de Humanização que propõe a reorganização do processo de atenção no sistema de saúde em geral, com base no acolhimento e na atenção humanizada. Para tanto, é necessário haver um espaço físico que promova a concretização da assistência resolutiva, com possibilidade de construir comportamentos solidários entre profissionais e usuários, preservando-lhes a dignidade por meio de ações de saúde pautadas na livre comunicação.¹¹

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

Estudo que teve o objetivo de caracterizar os clientes com sofrimento psíquico assistido em uma emergência psiquiátrica de um hospital geral identificou que há uma grande procura pelo atendimento e que a maioria dos usuários se dirige ao serviço espontaneamente.³ Essa procura voluntária, decorrente de uma assistência deficiente na atenção primária,¹² faz crescer ainda mais a procura por atendimentos nos serviços de emergência, gerando sobrecarga, com conseqüente prejuízo a um atendimento qualificado e resolutivo.¹³⁻¹⁴

Em suma, o atendimento de crianças interfere significativamente no espaço físico, e sabe-se que realizar um atendimento diferenciado por faixa etária é um aspecto importante para a qualidade da assistência nas unidades de emergência psiquiátrica, sendo considerado inadequado o atendimento conjunto de crianças e adultos nesse cenário.¹⁵

O propósito do atendimento a crianças nos serviços de emergência psiquiátrica é identificar o quadro clínico inicial, os riscos decorrentes da presença do transtorno mental, os fatores que levam à agudização ou ao agravamento do quadro clínico, e a presença de suporte familiar, social e de serviços de saúde extra-hospitalar para a continuidade do tratamento ancorado na família.¹⁶ Portanto, as

crianças, não deveriam permanecer nesse ambiente por mais de algumas horas e, no entanto, há casos em que elas ficaram meses e até anos.

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

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

Estudo que descreveu as articulações que se realizam entre os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, da região Sul do Brasil, com os setores da saúde, assistência social, educação e justiça apontou que os laços entre esses serviços e àqueles de atenção especializada em saúde mental são necessários para a edificação do cuidado psicossocial na infância, e se constitui na principal estratégia de reabilitação e inclusão dos jovens com problemas judiciais.¹⁷

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

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

Portanto, é possível inferir que a subutilização dos protocolos já existentes, juntamente com a falta

de rotinas que organizem a atenção médica e de enfermagem, são fragilidades importantes no local aqui investigado e, seguramente, é um complicador para a qualidade das relações no trabalho, e para a edificação das ações de saúde mental.

Os serviços de emergência psiquiátrica alocados em hospitais gerais são reconhecidos como unidades centrais para o direcionamento adequado da Rede de Atenção Psicossocial, tanto pelo manejo de situações de emergência, quanto pela regulação dos casos de atendimento em saúde mental dentro dessa rede. Assim, é de suma importância a padronização dos atendimentos por meio de protocolos e rotinas que respaldem a prática qualificada do cuidado.⁵

Em relação à pouca organização das informações pregressas do paciente, um meio de minimizar essa problemática, seguramente, seria o uso do prontuário eletrônico como instrumento que direcionasse o cuidado. Esse recurso consiste no registro eletrônico de informações, visando facilitar o trabalho multidisciplinar, por meio do acesso completo dos dados relacionados a cada usuário do serviço de saúde¹⁸ e que, no hospital investigado, se encontrava instalado apenas na unidade de terapia intensiva.

Sobre o inadequado dimensionamento de recursos humanos, principalmente na equipe de enfermagem, cabe lembrar que o adequado dimensionamento do pessoal de enfermagem foi estabelecido em 2004, pelo Conselho Federal de Enfermagem,¹⁹ a qual nem sempre é cumprida pelas instituições de saúde, o que compromete a efetividade da assistência de enfermagem.²⁰

Estudo que levantou indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades de emergência identificou que essas unidades de saúde sofrem com o dimensionamento inadequado dos recursos humanos em enfermagem, apontando esse fato como um problema complexo para as instituições de saúde, por possuir várias facetas e, principalmente, por se relacionar intimamente com a qualidade do cuidado, com a satisfação dos usuários, das instituições e dos trabalhadores.²¹ Nesse sentido, é importante refletir e discutir sobre a necessidade de adequação do dimensionamento de profissionais nos serviços de saúde, a fim de construir ações de cuidado mais qualificadas e resolutivas.²²

Os relatos colhidos neste estudo também mostram a dificuldade vivenciada pela equipe multidisciplinar, no que diz respeito a não permanência da assistente social e da psicóloga no setor de emergência. Esse aspecto é apontado pelo profissional como um fator que dificulta a construção assertiva

da atenção em saúde mental, deixando a pessoa com transtorno mental e sua família desassistidos no que concerne ao atendimento de suas necessidades sociais e psicológicas.

O remanejamento de profissionais não especializados, ou não habituados ao cuidado em saúde mental, para a unidade de emergência psiquiátrica dificulta a dinâmica e a qualidade da assistência, pois, alguns demonstram medo de assistir pessoas com transtorno mental e/ou apresentam atitudes estigmatizantes. Esse cenário de temor pode comprometer o atendimento ofertado, e gerar insatisfação no profissional ao ter que atuar em um ambiente desconhecido, o que lhe provoca desconforto.

O quadro limitado de funcionários para exercer ações de saúde mais acolhedoras e resolutivas tem sido apontado como um complicador do cuidado qualificado em saúde.²³ Dessa forma, a inserção da pessoa com transtorno mental nas unidades de saúde dos hospitais gerais e o consequente aumento do número de atendimentos a essa “nova” demanda exigem que o hospital se organize de modo a oferecer assistência qualificada, principalmente no que concerne à capacitação para a área de atuação em saúde mental, quantidade e a qualidade da equipe multidisciplinar, e que o atendimento em saúde mental seja humanizado e resolutivo.²⁴⁻²⁵

Cabe acrescentar que a realidade da assistência psiquiátrica nos hospitais gerais, na maioria das vezes é permeada por dificuldades inerentes à própria área física onde se constrói o processo de cuidado. Nesse contexto, a realização de atividades terapêuticas tende a ser comprometida quando associada à deficiência no quantitativo de recursos humanos específicos na área de terapia ocupacional.³

Estudo realizado com o objetivo de refletir sobre o papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental evidenciou que a estrutura complexa, contida nesse local, associada às dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional, como número insuficiente de profissionais e falta de estrutura organizacional, dificultam a construção de ações de cuidado resolutivas e humanizadas em saúde mental nesse cenário.⁶ Assim, acredita-se ser emergente a reflexão referente à implementação de ações por parte dos gestores quanto à melhor distribuição de recursos humanos e de materiais, e ao aperfeiçoamento do cuidado integral em saúde mental.

O acolhimento como forma de cuidado foi evidenciado como aspecto mais importante da dinâmica assistencial. Essa forma humanística de atendimento remete aos pressupostos da Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Humanização,

pelo fato de abarcar o atendimento integral em saúde mental, como foco do cuidado resolutivo.

CONCLUSÃO

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

Como potencialidade desta pesquisa ressalta-se a metodologia de avaliação de quarta geração que ao utilizar a abordagem construtivista, responsiva e dialética, permite a detecção de fragilidades durante a execução do estudo e esta é uma das vantagens desse processo investigativo. Ressalta-se que, por meio desse método qualitativo de avaliação, na etapa de negociação com o grupo dos profissionais estabeleceu-se um plano de articulação entre os membros da equipe, com a proposta de construção de um projeto a ser levado à direção do hospital, com objetivo o de realizar a adequação do local de triagem, para melhor atendimento do usuário.

No processo de negociação também foi ressaltada a necessidade de retomada dos protocolos existentes, além da construção de fluxogramas clínicos, com o objetivo de uniformizar o atendimento psiquiátrico. Para essa atividade, os médicos foram os responsáveis por descrever as orientações quanto ao atendimento clínico, de acordo com cada patologia; e o enfermeiro, pelos fluxos referentes aos cuidados básicos imediatos, de acordo com o quadro mental apresentado pelo usuário.

Os resultados desta pesquisa podem servir de subsídios para que militantes do movimento de Reforma Psiquiátrica discutam sobre a efetividade das unidades de cuidado em saúde mental, em especial das emergências psiquiátricas, visando à construção do cuidado acolhedor e resolutivo para

a pessoa com transtorno mental e sua família. Para tanto, sugere-se a realização de novos estudos que tenham como objeto compreender os espaços onde se insere a atenção psicossocial, utilizando como instrumento para a construção científica nova e/ou recentes abordagens metodológicas, como a apresentada neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Quinderé PHD, Jorge MSB. (Des)Construção do Modelo Assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. *Saúde Soc* [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 28]; 19(3):569-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300009
2. Page MJ, Metherall A, Hinchcliffe G. Using an accreditation scheme to demonstrate quality in mental health care settings. *Nurs Times*. 2010; 106(25):18-9.
3. Sousa FSP, Silva CAF, Oliveira EN. Emergency psychiatric service in general hospitals: a retrospective study. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 28]; 44(3):796-802. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300035
4. Paradis M, Woogh C, Marcotte D, Chaput Y. Is Psychiatric Emergency Service (PES) use increasing over time? *Int J Ment Health Syst*. 2009 Feb; 3(1):1-5.
5. Barros RE, Marques JM, Carlotti IP, Zuardi AW, Del-Bem CM. Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil. *Rev Bras Psiquiatria* [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 28]; 32(supl II):71-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600003
6. Paes MR, Silva TL, Chaves MMN, Maftum MA. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(2):407-12.
7. Willrich JQ, Bielemann VL, Chiavagatti FG, Kantorski LP, Borges LR. Ambiente de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 28]; 3(2):248-58. Available from: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7977/pdf>
8. Valera MR, Luciano JV, Ortiz JM, Carulla LS, Gracia A, Blanco AS. Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: a systematic review of the evidence. *BMC Psychiatry*. 2015; 15(35):417-21.
9. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas (SP): Editora Unicamp; 2011.
10. Freitas FDS, Silva RN, Araújo FP, Ferreira MA. Environment and humanization: resumption of nightingale's discourse in the national humanization policy. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 28]; 17(4):654-60. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400654&script=sci_arttext&tlng=en
11. Cavalcante RB, Hates HF, Silva LTC, Mello RA, Dayrrel KMB. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. *Rev Enferm Cent O Min* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 28]; 2(3):428-37. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/288/356>
 12. Fioramonte A, Bressan BF, Silva EM, Nascimento GL, Buriola AA. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(2):315-22.
 13. Buriola AA, Kantorski LP, Sales CA, Matsuda LM. Nursing practice at a psychiatric emergency service: evaluation using fourth generation assessment. *Texto contexto enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 28]; 25(1):e4540014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4540014.pdf>
 14. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. *Annu Rev Med*. 2014; 65:471-85.
 15. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Organização de serviços no sistema único de saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OU, organizadores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 2010.
 16. Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatria* [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 28]; 32 (Supl II):112-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000600008&script=sci_arttext&tlng=en
 17. Kantorski LP, Nunes CK, Sperb LCSO, Pavani FM, Jardim VMR, Coimbra VCC. The intersectoriality in the psychosocial attention of children and adolescent. *J Res Fundam Care*. 2014; 6(2):651-62.
 18. Sociedade Brasileira de Informática em Saúde [Internet]. Cartilha sobre prontuário eletrônico - a certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde: 2012 [cited 2016 Aug 28]. Available from: <http://www.iea.usp.br/eventos/documentos/cartilha-sobre-prontuario-eletronico-a-certificacao-de-sistemas-de-registro-eletronico-de-saude/view>
 19. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Resolução 293 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde e assemelhados [Internet]. 2004. [cited 2014 Sep 21]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html
 20. Lorenzini E, Deckmann LR, Costa TC, Silva EF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão integrativa. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13(1):166-72.
 21. Schmoeller R, Gelbcke FL. Indicators for the measurement of emergency nursing personnel. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 28]; 22(4):971-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400013
 22. Elias ADS, Tavares CMM, Cortez EA. Nursing care of psychiatric patients in general emergency: sociopoetic inspiration. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2012 Out [cited 2015 Dec 21]; 11(Supl):424-7. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3606/pdf_1
 23. Inoue KC, Versa GLGS, Bellucci Júnior JA, Murassaki ACY, Matsuda LM. Qualidade de vida e no trabalho de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev UNINGÁ Review*. 2013; 16(1):12-7.
 24. Silva NG, Silva PP, Oliveira AGB. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(2):302-10.
 25. Mota A, Silva ALA, Souza AC. Continuing education in daily new practices in mental health: intervention research. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 21]; 12(Supl):608-10. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4516/html>