



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA

MILENE DE RESENDE DUMKE

**MANEJO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA PELAS EQUIPES DOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

PASSO FUNDO - RS
2021

MILENE DE RESENDE DUMKE

**MANEJO DA EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA PELAS EQUIPES DOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado como requisito parcial para a
obtenção do grau de médica pela Universidade
Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo -
RS.

Orientador: Prof. Me. Luiz Artur Rosa Filho
Coorientador (a): Prof^a. Dr^a. Athany Gutierres

PASSO FUNDO - RS
2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Dumke, Milene de Resende

Manejo da emergência psiquiátrica pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) / Milene de Resende Dumke. -- 2021.

54 f.

Orientador: Prof Me. Luiz Artur Rosa Filho

Co-orientadora: Prof(a) Dra. Athany Gutierres

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2021.

1. Medicina. 2. Psiquiatria. I. Rosa Filho, Luiz Artur, orient. II. Gutierres, Athany, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

MILENE DE RESENDE DUMKE

**MANEJO DA EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA PELAS EQUIPES DOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado como requisito parcial para a
obtenção do grau de médica pela Universidade
Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo -
RS.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Luiz Artur Rosa Filho - UFFS
Orientador

Dra. Daniela Borges - UFFS

Dr. Rogério Riffel - UFFS

RESUMO

O presente trabalho, realizado pela acadêmica Milene de Resende Dumke, trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação que se configura como requisito parcial para obtenção do título de médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo – RS, sob orientação do Prof. Me. Luiz Artur Rosa Filho e coorientação da Prof^a Dr^a Athany Gutierrez. Está em conformidade com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e com o Regulamento do TCC do curso, o qual é composto pelo projeto de pesquisa, relatório de atividades e artigo científico, tendo sido desenvolvido ao longo de três semestres do curso de medicina, nos CCRs de Pesquisa em Saúde, Trabalho de Conclusão de Curso I e Trabalho de Conclusão de Curso II, nos semestres letivos de 2019/02, 2020/01 e 2020/02, respectivamente. A pesquisa visa descrever as formas de atuação da equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Passo Fundo – RS perante situações de emergência psiquiátrica e observar se existem agentes ou unidades que façam o suporte do CAPS nessas situações, visto que não há um serviço especializado no atendimento emergencial psiquiátrico na cidade. A partir disso, espera-se contribuir para o aperfeiçoamento do atendimento à crise, bem como para melhorar o serviço de saúde oferecido aos pacientes psiquiátricos.

Palavras chave: Emergência. Atendimento. Saúde Mental.

ABSTRACT

This final paper is a partial requirement to obtain a medical degree in The Federal University of Fronteira Sul (UFFS) - *campus* of Passo Fundo (RS), accomplished by Milene de Resende Dumke, academic of the institution. This study is guided by Professor Me. Luiz Artur Rosa Filho and Prof^a Dr^a Athany Gutierrez. It is in compliance with UFFS Academic Works Manual rules and with the Course's TCC Regulation, which includes the research project, activity report and scientific article. This study has been developed over three semesters during the medical course between the years 2019/2 and 2020/2. This final paper was written during three subjects of the medical course (Health Research CCRs, Course Completion Work I and Course Completion Work II). The aim of this study is to describe and observe the different ways of the Psychosocial Care Centers (CAPS) teams approach in Passo Fundo (RS) city, in front of emergency situations in psychiatric area, since there are a specialized service care for psychiatric emergency. Considering this, we expected to contribute to the improvement of crisis care, as well as to improve the health service offered to psychiatric patients.

Keywords: Emergency. Attendance. Mental health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	DESENVOLVIMENTO	10
2.1	PROJETO DE PESQUISA	10
2.1.1	Resumo	10
2.1.2	Tema	10
2.1.3	Problema	10
2.1.4	Hipóteses	11
2.1.5	Objetivos	11
2.1.5.1	Objetivo específico	11
2.1.6	Justificativa	12
2.1.7	Referencial teórico	12
2.1.8	Metodologia	19
2.1.8.1	Tipo de estudo.....	19
2.1.8.2	Local e período de realização.....	19
2.1.8.3	População e amostragem.....	19
2.1.8.4	Variáveis e instrumentos de coleta de dados.....	20
2.1.8.5	Processamento, controle de qualidade e análise dos dados.....	21
2.1.8.6	Aspectos éticos	21
2.1.9	Recursos	22
2.1.10	Cronograma	23
2.1.11	Referências	24
2.1.12	Apêndices	26
	APÊNDICE A: Questionário.....	26
	APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	28
2.2	RELATÓRIO DE PESQUISA	31
2.2.1	Apresentação.....	31
2.2.2	Desenvolvimento.....	31
2.2.2.1	Estudo Piloto.....	31
2.2.2.2	Coleta de dados.....	32
2.2.2.3	Perdas e recusas.....	32
2.2.2.4	Controle de qualidade de dados.....	32
2.2.3	Considerações finais.....	33

3	ARTIGO CIENTÍFICO	34
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
5	REFERÊNCIAS.....	46
6	ANEXOS.....	47

1 INTRODUÇÃO

A história da loucura traça uma trajetória extensa, que se inicia na Antiguidade e caminha para o presente adequando-se ao senso crítico de cada sociedade. Segundo Foucault (2006, p.163) em seu livro sobre a problematização do sujeito, “A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou capturam”. Nesse sentido, considerando a doença mental como fruto social, pretende-se discutir como o indivíduo que sofre com transtornos mentais é assistido pelos sistemas de saúde e, em específico, como se dá este atendimento nos momentos de crise.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica iniciada ao final dos anos 70 trouxe um novo cenário para a saúde mental, objetivando a fuga ao modelo hospitalocêntrico até então vigente no país. O distanciamento do paciente, causado pelas internações em massa do modelo manicomial, foram substituídas pelo tratamento baseado no regime de atendimento diário, aproximando o paciente da sua rede de suporte e inserindo-o socialmente por meio de “ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer” (BRASIL, 2004, p.13). A partir dessa premissa inicia-se a criação do CAPS, os Centros de Atenção Psicossocial, que oferecem um atendimento diário ao paciente psiquiátrico, baseado no modelo assistencialista que visa a aproximação do indivíduo com a sua rede de suporte por meio do acompanhamento clínico.

Em 2011, o Ministério da Saúde através da Portaria 3088 (BRASIL, 2011) instituiu a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS como parte integrante da Rede de Atenção à Saúde do SUS, que se configura como uma articulação dos sistemas de saúde, em todas as complexidades, para integralizar o atendimento psiquiátrico. No entanto, as unidades pertencentes à RAPS muitas vezes não estão adequadas para realizar o atendimento, pois não são unidades especializadas em assistência psiquiátrica e, não obstante, recebem treinamento específico para isto, dessa forma, o paciente doente mental frequentemente encontra-se desassistido pelos sistemas de saúde. Segundo Dimenstein, et al (2012), quando se trata do atendimento à crise este cenário torna-se ainda pior pois, até mesmo o CAPS, vê-se incapaz de realizá-lo, seja por falta de medicamentos, falta de estrutura apropriada, equipe treinada ou pela ausência do psiquiatra, que é o pilar sustentador deste atendimento.

Apesar da iniciativa de reestruturação dos sistemas de saúde no Brasil, ainda há impasses que fragilizam o atendimento psiquiátrico: um deles é o preconceito que permeia a sociedade quando se trata de saúde mental. Ainda que o debate acerca do tema esteja em voga no momento atual, há certo desconhecimento e invisibilidade sobre a gravidade dessas patologias. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), a depressão é uma das doenças mais incapacitantes no mundo, impedindo que os indivíduos que com que ela sofrem possam trabalhar adequadamente ou manter uma qualidade de vida. Além disso, as doenças mentais são causas para o suicídio que, no Brasil, segundo a OMS, chegou a marca de 5,8 suicídios por 100 mil habitantes em 2016, 7% a mais que na pesquisa anterior, em 2010, e espera-se que esse número continue em crescimento. A partir disso, discutir sobre saúde mental e articular o sistema de saúde de uma forma que atenda a todos os tipos de necessidades psiquiátricas constitui-se como fundamental dentro da realidade em que se encontra a sociedade.

Alicerçado sobre a prerrogativa de que o paciente psiquiátrico não recebe atendimento efetivo quando em crise, como observado na literatura, o objetivo deste estudo é descrever como é feito o manejo da crise dos pacientes psiquiátricos nos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Passo Fundo – RS. Espera-se contribuir para o melhoramento do serviço oferecido a esses pacientes e, em específico, aperfeiçoar a dinâmica do atendimento à crise. Ademais, espera-se enriquecer a discussão sobre gestão em saúde e saúde mental, para que hajam resultados mais efetivos em torno do suporte ao paciente, já que as doenças psiquiátricas são tão problemáticas como outras doenças mais debatidas no país.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Resumo

O atendimento à emergência é um dos eixos estratégicos da Reforma Psiquiátrica e configura-se como um dos maiores problemas no atendimento psiquiátrico da atualidade. Analisar a amplitude de resposta ao sofrimento mental e a consistência das políticas de desinstitucionalização funcionam como verificadores da atual sistemática de assistência dos sistemas de saúde. O objetivo do presente estudo é descrever a organização da equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Passo Fundo – RS perante situações de emergência dos pacientes psiquiátricos, através de uma entrevista com questionários semiestruturados, que serão transcritos e analisados por análise temática. Além disso, será observado se há um protocolo que coordene a ação da equipe multiprofissional do CAPS para o atendimento desta situação e avaliado a existência agentes ou unidades que façam o suporte do CAPS no atendimento da crise. A partir disso, espera-se contribuir para o aperfeiçoamento do atendimento à crise, bem como para melhorar o serviço de saúde oferecido aos pacientes psiquiátricos.

Palavras chave: Crise. Atendimento. Saúde Mental.

2.1.2 Tema

Manejo da emergência em pacientes psiquiátricos por equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2.1.3 Problemas

Como está estruturado o manejo do paciente em emergência psiquiátrica pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Passo Fundo - RS?

Há um protocolo do serviço para o manejo de situações de crise dos pacientes psiquiátricos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Passo Fundo - RS?

2.1.4 Hipóteses

Estima-se que a equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresente algumas dificuldades quanto ao que deve ser feito em situações de crise, tomando decisões improvisadas e agindo conforme o que há disponível.

Presume-se que não exista um protocolo do serviço para atendimento do paciente em crise que auxilie o manejo dessas situações.

Acredita-se que o CAPS faça o encaminhamento dos pacientes em crise para outras unidades, como a emergência hospitalar e o hospital psiquiátrico da cidade.

2.1.5 Objetivos

2.1.5.1 Objetivo geral

Descrever a organização da equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Passo Fundo- RS frente a situações de emergência em pacientes psiquiátricos.

2.1.5.1 Objetivos específicos

Analisar se há um protocolo para a resolução das crises nos pacientes psiquiátricos.

Avaliar se há agentes ou unidades que façam o suporte do CAPS no atendimento da crise.

2.1.6 Justificativa

Os Centros de Apoio Psicossocial – CAPS são unidades do Sistema Único de Saúde destinadas a fazer a referência e o tratamento de “pessoas que sofrem com

transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros” (BRASIL, 2004, p.13). Dessa forma, cabe ao CAPS receber o paciente que se enquadra no serviço e, com o apoio da Estratégia Saúde da Família (ESF), fazer o seu acompanhamento. Além disso, algumas outras atribuições são eleitas ao CAPS, como o atendimento do paciente psiquiátrico em surto, “juntamente com outros serviços de atendimento emergencial como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e as portas hospitalares de atenção à urgência” (DIMENSTAIN, SILVA, 2014, p.8).

Sendo assim, visto que o médico psiquiatra nem sempre está presente durante o período de funcionamento do CAPS e que, frequentemente não há o instrumental para manejo da situação, surge o questionamento sobre como a equipe coordena e efetua a contenção do paciente em surto. Ademais, outros pontos são tangíveis de dúvida como, por exemplo, se as equipes seguem uma orientação ou diretrizes para realizar essa contenção e se há uma hierarquia de ação. Tais questionamentos configuram um importante objeto de estudo, visto a prerrogativa da Reforma Psiquiátrica de substituição ao antigo modelo de internações para um atendimento menos isolante, no entanto que, segundo o que há publicado, não atinge sua integralidade quando nos referimos a situações de surto.

A partir disso, justifica-se o estudo deste projeto visto sua importância no cenário nacional e em específico na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, a qual não foi objeto de estudo até o momento, para que seja possível visualizar a situação em que se encontra o paciente psiquiátrico quando em crise e qual atendimento lhe é oferecido nessas circunstâncias.

2.1.7 Referencial teórico

2.1.7.1 A história da loucura

O conceito de Loucura e suas diversas propostas de abordagem foram construídos histórica e socialmente ao longo de séculos (FOUCAULT, 1978). Na Antiguidade grega e romana, a loucura é relatada como manifestação mística e sobrenatural motivada por deuses e demônios. Já nos tempos da Inquisição, a loucura era vista como bruxaria, manifestação demoníaca ou satânica e seu tratamento baseava-se na perseguição dos seus portadores, chamados hereges (MILLANI, VALENTE, 2008). É no século XVIII, com o declínio dos ofícios artesanais,

graças à sociedade industrial que surgia, que o cenário urbano passa a agregar as pessoas que não se encaixavam em uma ordem de trabalho, por estarem incapazes ou indiferentes. As ruas ficam repletas de indivíduos considerados loucos, juntamente com os mendigos e ladrões. Surgem, a partir disso, as medidas higienistas de “limpeza” das ruas, através do recolhimento dos indesejáveis para casas de correção e hospitais (BRASIL, 2015). Esses hospitais, preocupavam-se mais em curar almas do que curar corpos e, em sua maioria, estavam ligados a Igrejas e entidades religiosas. Algumas opções de tratamento eram utilizadas, como a sangria, banhos e purgações em busca da cura, como citaram Millani e Valente:

Instaurava-se, em relação à loucura, uma idéia de animalidade. O louco era visto como um animal, desprovido de sua racionalidade, de sua fragilidade humana e de sensibilidade à dor física. Como a animalidade, a loucura era sinal de humilhação e sofrimento. (MILLANI, VALENTE, 2008, p. 8).

Ao final do século XIX, Emil Kraepelin construiu um sistema de classificação que dispõe a doença mental em unidades de detalhamento de sintomas, permitindo-lhe identificar diferentes quadros psicopatológicos e a denominar o que é a esquizofrenia. O mesmo ocorre com a psicose maníaco-depressiva, que era denominada pela mania e o transtorno depressivo grave, identificado principalmente pela melancolia (BRASIL, 2015). A partir disso, estabelece-se uma sistemática classificatória das doenças mentais que combinará “a etiologia, as condições de aparecimento da doença, a tendência à predisposição, o curso da moléstia, a sintomatologia, a perspectiva prognóstica, a idade, o sexo, os hábitos, entre outros” (AMARANTE, 2008, p. 58).

No Brasil, a psiquiatria se desenvolveu a partir do século XIX, com a criação de escolas médico-cirúrgicas, formando os doutores em Medicina que substituíam os antigos barbeiros e físicos. Nesse momento, surgem os primeiros trabalhos científicos que falavam sobre alienação mental no país. Não eram frutos de um curso especializado, mas refletiam a busca do estudante no sentido de institucionalizar o saber psiquiátrico na época (RIBEIRO, 1999). Nesse contexto, inicia-se a teorização da psiquiatria para que, mais tarde, o modelo manicomial seja colocado em prática no país e, a partir de experiências internacionais, evolua-se para o que temos hoje: o modelo assistencialista.

2.1.7.2 A Reforma Psiquiátrica e a criação do Centros de Atenção Psicossocial

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se ao final dos 70, inscrito num contexto internacional de superação do modelo hospitalocêntrico e de violência asilar, contemporâneo à Reforma Sanitária no contexto nacional, que visava à mudança nos modelos de gestão e atenção na saúde pública. Além disso, esse período foi marcado por diversos movimentos sociais no país, incluindo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), “formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas” (BRASIL, 2005, p.7), que, a partir de 1978, passa a protagonizar a denúncia da violência manicomial no Brasil e a construir uma crítica em relação à assistência psiquiátrica dada até então aos doentes mentais. A partir de 1980, com a presença de uma experiência italiana de desinstitucionalização dos pacientes com transtornos mentais, passam a surgir as primeiras propostas de ações nacionais e, no II Congresso Nacional do MTSM, no ano de 1987 em Bauru - São Paulo, discutem-se intervenções para a reorientação a assistência, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”; além disso, neste ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005, p.7).

É nesse contexto que se inicia a criação dos CAPS, os Centros de Atenção Psicossocial, criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, a qual os define por “unidades de saúde locais/regionalizadas [...] que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Com sua história iniciada em 1986, na criação do primeiro CAPS na cidade de São Paulo, instaura-se no Brasil uma nova era de atendimento psiquiátrico, surgindo, a partir disso, em outros municípios e consolidando-se até hoje como um dispositivo de diminuição das internações e de mudança do modelo assistencial.

O CAPS, assim como outros centros de atendimento psicossocial (NAPS e CERSAMs), são regulamentados atualmente pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS, e que, segundo o Ministério da Saúde (2004, p.12) são unidades destinadas a assistir os pacientes psiquiátricos:

Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo

de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, p.12).

Existem cinco tipos de CAPS, classificados de acordo com sua complexidade e abrangência:

a) CAPS I e CAPS II: utilizados para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
b) CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população com transtornos mentais graves e persistentes.
c) CAPSi: CAPS destinados à crianças e adolescentes com transtornos mentais.
d) CAPSad: para usuários de álcool e drogas, realiza um atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

A partir disso, a atenção à saúde mental que antes era baseada no atendimento hospitalar, passa a ser centrada no modelo de atenção primária. Caracterizado por ações do governo federal, estadual e municipal, o novo modelo de cuidado dos pacientes com transtornos mentais é agora baseado no acompanhamento clínico, oferecendo a reinserção do indivíduo na sociedade, na área de trabalho, nas atividades de lazer e socialização e no fortalecimento dos laços familiares, antes perdidos pelo distanciamento causado pelo modelo manicomial.

2.1.7.3 O cenário da saúde mental e do atendimento à crise no Brasil

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre as doenças mentais mais prevalentes no mundo estão: a depressão, caracterizada como uma das doenças mais incapacitantes mundialmente; o transtorno afetivo bipolar, que atinge cerca de 60 milhões de pessoas em todo o mundo; a esquizofrenia, que é um transtorno mental grave caracterizada por distorções do pensamento, da consciência do “eu” e dos comportamentos; a demência e os distúrbios de desenvolvimento, como o autismo. A alta prevalência dessas doenças coloca em enfoque a necessidade de uma articulação dos sistemas de saúde para assistir os indivíduos que sofrem com transtornos mentais. No entanto, a adequação desses serviços não corresponde ao

número de indivíduos portadores das psicopatologias, como consequência, a distância entre a necessidade e a oferta de tratamento em todo o mundo é longa. Ainda segundo a OMS, em países de baixa e média renda, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento. Em países de alta renda, entre 35% e 50% das pessoas com transtornos mentais estão na mesma situação, além disso, muitas vezes o tratamento que está disponível a esses doentes é de má qualidade.

No Brasil, em 2011, o Ministério da Saúde através da Portaria 3088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS como parte integrante da Rede de Atenção à Saúde do SUS, compreendida segundo Dimenstein, et al. (2012) como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência numa perspectiva comunitária, territorial e longitudinal. A RAPS é composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011). Dessa forma, os Centros de Atenção Psicossocial agem em rede com outros serviços especializados e realizam o matriciamento com as Unidades Básicas de Saúde. No entanto, o que institui a Portaria GM/3088 de dezembro de 2011, na prática não se confirma. Segundo um relato de entrevistados feita por Peres, et al. (2018):

Eu acho que ela [a portaria] serve para organizar mesmo, pra instituir algumas normas, algumas direções, algumas liberações, ela serve para isso. Mas, assim, tem que ir além disso. As pessoas têm que entender a lógica dessa portaria para o quê que ela serve, como ela serve. Porque não é a portaria que vai fazer funcionar, é a portaria e as pessoas que vão fazer funcionar. (Peres, et al. 2018, p. 9)

Além disso, as unidades pertencentes à RAPS muitas vezes não estão adequadamente capacitadas para atendimento de crise psiquiátrica, visto que as Unidades de Pronto Atendimento e SAMU, por exemplo, estão configuradas sob uma ótica de trabalho biomédica, enquanto que o atendimento psiquiátrico está baseado sob um modelo psicossocial. Sendo assim, em situações de crise, o paciente com doença mental que está vinculado ao CAPS o vê como única saída de suporte e, num cenário ainda pior, o paciente que não está vinculado ao CAPS e procura outras unidades para atendimento acaba por não recebê-lo ou ser manejado de forma

equivocada por falta de capacitação e protocolos que auxiliem esse processo. Fica evidente, quando Peres et al (2018) questionam um trabalhador da área da saúde pertencente a RAPS sobre as unidades especializadas em urgência e emergência, que a implementação da rede de atendimento pela Portaria GM/3088 deve ultrapassar a teoria e criar mecanismos de capacitação para que os profissionais possam lidar com situações de saúde mental já que implantá-la e efetivá-la estão em diferentes âmbitos e necessitam de diferentes ações:

A gente precisa entender as lógicas que permeiam os serviços, o SAMU é um sistema que foi montado para um tipo de atenção. Atenção em via pública, politraumatizada, acidentes cardiovasculares, enfim. Então, é um desafio enorme para o SAMU poder se aproximar de uma outra forma da atenção à urgência. Às vezes, é muito fácil a gente fazer a crítica: “o SAMU não quer me atender” ou “é difícil pro SAMU vir”. Mas, nós também, enquanto profissionais de saúde, nós temos dificuldades de dar apoio para o SAMU nessas questões. (Peres, et al. 2018, p. 10).

Apesar da iniciativa para a criação de uma rede de apoio para abraçar o paciente com transtorno mental, ainda há impasses que fragilizam o cenário da saúde mental no Brasil: um deles é o preconceito que permeia a sociedade em relação a doenças psiquiátricas. Ainda que o debate em torno das doenças mentais sejam um crescente no país, há certa invisibilidade e desconhecimento sobre a gravidade dessas doenças e o impacto que causam nas diversas esferas sociais. De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (2016), cerca de 300 milhões de pessoas em todo o planeta sofrem de depressão, 23 milhões são acometidos por esquizofrenia e o distúrbio bipolar atinge 60 milhões. No Brasil, a taxa de suicídio em 2016 chegou a 5,8 por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes por essa causa, segundo divulgação do Ministério da Saúde (2016).

Nesse contexto, a discussão sobre o atendimento da crise ganha importância, sendo que no país pouco há disponível sobre protocolos de manejo rápido e eficaz que direcionem as ações dos trabalhadores em saúde, causando angústia aos pacientes. Segundo Dimenstein et al (2012), “vários países têm se preocupado em elaborar propostas de intervenção por considerar que a rapidez e a forma de manejo dessas situações são decisivas para dar uma resposta eficaz” e, dessa forma, contribuir para evitar hospitalizações que determinam o sofrimento do paciente e, a partir disso, a cronificação de seu estado. Desse modo, é preciso a articulação da rede de atendimento à saúde mental, bem como de seus serviços, para que hajam resultados mais efetivos em torno do suporte ao paciente, já que a doença mental é

tão incapacitante e problemática para quem a sofre quanto outras doenças mais debatidas no país.

2.1.7.4 A responsabilidade do manejo da crise psiquiátrica

Algumas questões passam a ser levantadas com a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos como, por exemplo: é responsabilidade do CAPS, a partir da Reforma, atender pacientes em emergências psiquiátricas? Segundo a Portaria 3.088/11 estabelece-se que os CAPS são responsáveis pelo cuidado à crise, devendo acolher as demandas de urgência e emergência (BRASIL, 2011), juntamente com outros serviços de atendimento emergencial como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e as portas hospitalares de atenção à urgência (DIMENSTAIN, SILVA, 2014, p.8)

Nesse contexto, um novo desafio à atenção integral do doente mental é lançado, compreendendo que é também responsabilidade do CAPS atender à demanda de pacientes em surtos psiquiátricos: visualizar o cenário organizacional da equipe de atendimento destes centros e assegurar a sua qualidade. Visto que o objetivo da criação do CAPS é a fuga do modelo hospitalocêntrico, sugere-se que esses locais muitas vezes não possuam o instrumental necessário para a contenção de uma crise, não obstante, é possível que ao menos o médico psiquiatra esteja presente para o suporte desta situação; a partir disso, surge uma nova problemática que vai em confronto com o modelo de desinstitucionalização.

Segundo um estudo sobre o atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção à saúde mental, realizado em Natal/ RN, por Dimenstein et al (2012), em centros específicos de atendimento ao paciente psiquiátrico, como o CAPS II, o acolhimento à crise está completamente condicionado à presença do médico psiquiatra. A conduta da equipe é que após avaliação pelo médico, o paciente é encaminhado ao hospital psiquiátrico ou ao CAPS III e, quando este está acompanhado por familiar, o acompanhante é responsável por chamar a equipe do SAMU para deslocamento e atendimento do paciente, indicando total ausência de hospitalidade nesse dispositivo. A justificativa por parte da equipe do CAPS II é de que o encaminhamento é necessário visto a falta de medicamentos, local apropriado para atendimento e o fato de não dispor do médico psiquiatra em horário integral.

Ainda segundo Dimenstein et al (2012), a equipe multiprofissional sente dificuldade em atender tais situações, por falta de orientação e pela ausência de diretrizes claras que coordenem o atendimento da crise:

Chegamos à conclusão que as equipes não têm clareza do que deve ser feito, cada uma faz aquilo que é possível no momento, não há nada que estruture o processo de trabalho, desconhecem recomendações básicas em termos de estrutura e funcionamento adequado dos serviços para atender crise, bem como em termos de contenção mecânica e farmacológica em caso de agitação, de intoxicação, de síndrome de abstinência, de psicoses, de transtornos psicorgânicos, transtornos de ansiedade e risco de suicídio. (DIMENSTEIN, et al., 2012, p.116).

A partir desse contexto, questiona-se sobre a necessidade de encaminhamento do paciente em crise para outras unidades não especializadas em atendimento psiquiátrico, além disso, quando se dá este encaminhamento, se ele é de fato resolutivo. Outra abordagem é se os CAPS não deveriam estar adequados para receber essa demanda de pacientes em crise, visto que são as unidades de atendimento especializadas em pacientes com transtornos mentais graves e a crise faz parte do cotidiano desses indivíduos. Insistir neste discurso se faz necessário e não só, é imprescindível para que haja uma evolução do sistema de saúde no sentido de cuidar e assistir o doente mental, já que este faz parte de uma parcela cada vez maior da população e, em grande parte, são frutos das mazelas da sociedade. Ressignificar a atenção à crise significa incluir o paciente com toda sua complexidade e incertezas, significa fazer mais que apenas silenciar seus sintomas e o isolar da sociedade. Para isso, a mudança se inicia diretamente na capacidade que os serviços de saúde e suas equipes têm de lidar com essas situações e no quanto estão disponíveis para atuar em redes que substituam o modelo asilar, reorganizando seus processos de trabalho e articulando suas práticas (BRASIL, 2015).

2.1.8 Metodologia

2.1.8.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo empírico, qualitativo, exploratório e transversal. A pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, o que vai de encontro com o presente trabalho (MINAYO,

2001). O estudo exploratório foi o escolhido já que possibilita aproximar-se do fenômeno estudado e conhecer como as pessoas o vivenciam (LEOPARDI, 2001).

2.1.8.2 Local e período de realização

O presente trabalho será realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Passo Fundo - RS, no período de setembro de 2020 a fevereiro de 2021.

2.1.8.3 População e amostragem

Equipe multidisciplinar dos 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Passo Fundo, sendo o CAPS II, CAPS AD e o CAPSi.

Serão incluídos todos os 45 funcionários regulares da equipe do CAPS, de ambos os sexos, que estejam disponíveis nos horários da entrevista e trabalhem no CAPS há pelo menos um ano.

Não foi necessário fazer o cálculo amostral visto que a pesquisa inclui todos os funcionários do CAPS, totalizando 45 participantes.

2.1.8.4 Variáveis e instrumentos de coleta de dados

As variáveis que serão analisadas são: a conduta da equipe multiprofissional diante de um caso de crise, como o serviço age nesse caso, se há necessidade de recorrer a apoio externo e quem seria acionado nesse caso, qual é o papel do médico nessa situação e também será avaliada a segurança no atendimento para o paciente e para a equipe.

A coleta dos dados se dará por entrevista semiestruturada, aplicado pela entrevistadora. Os questionários serão baseados em casos clínicos especificados para a realidade de cada CAPS, sendo, dessa forma, 3 questionários com as mesmas perguntas, porém, abordando diferentes situações. Os áudios das entrevistas serão transcritos em software específico e analisados.

2.1.8.5 Logística e estudo piloto

Os participantes serão os funcionários regulares dos CAPS da cidade de Passo Fundo - RS, de ambos os sexos e que estejam trabalhando há pelo menos um ano. Serão abordados pela pesquisadora por meio de um questionário (Apêndice A) e o áudio das respostas serão gravadas em meio eletrônico para posterior transcrição e análise temática. Serão realizadas o máximo de entrevistas possíveis por dia, com o maior número de funcionários. Caso algum funcionário não esteja presente ou disponível no dia, será marcada uma nova data para coleta, tentando coletar os dados com o maior número possível de participantes.

Um estudo piloto será realizado a fim de testar o método de coleta de dados, o instrumento da pesquisa e treinar a entrevistadora. Serão entrevistados 3 profissionais da área da saúde do ambulatório de clínica da UFFS situado na cidade Passo Fundo – RS, essa população não será incluída na amostra do estudo e seus dados não participarão dos resultados da pesquisa.

2.1.8.6 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados são oriundos de questionário semiestruturado e serão transcritos e analisados por análise temática (MINAYO, 2012), buscando verificar como a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Passo Fundo manejam o atendimento para situações de crise.

A análise temática de conteúdo, segundo Minayo (2012), desdobra-se nas etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos, por meio de análise e descrição de padrões. Na etapa de codificação, será dada igual atenção a cada fonte de dados e os dados serão analisados de forma interpretativa, não apenas descritiva.

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total (MINAYO, 2012).

2.1.8.7 Aspectos éticos

O projeto será submetido a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e, posteriormente, à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados iniciará somente após aprovação ética, conforme o estabelecido na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes serão convidados a ler e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B). A identidade participantes será mantida em completo sigilo durante todas as etapas de realização do estudo. Os materiais e dados desta pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora, em espaço seguro e privado durante o período mínimo de cinco anos, sendo posteriormente destruídos.

Risco aos participantes: são mínimos, envolvendo apenas a quebra de sigilo de sua identidade e algum desconforto ou constrangimento durante a aplicação do questionário. Os nomes dos participantes serão codificados e/ou substituídos por nomes fictícios, de modo a não divulgar suas identidades. A aplicação dos questionários será feita em espaço reservado visando a garantir a privacidade. Ainda, será reiterado o caráter voluntário de participação neste estudo, bem como a possibilidade de interrupção da participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum com as relações com a Universidade e com os serviços de saúde participantes. No caso de os riscos se concretizarem serão realizadas escutas qualificadas dos participantes lesados e será oferecido apoio psicológico, além disso, o estudo será interrompido.

Benefícios aos participantes: Os participantes da instituição selecionada serão informados sobre o desfecho da pesquisa e sobre as implicações do manejo adequado das situações de emergência psiquiátrica, propiciando uma visão mais ampla sobre os benefícios da utilização de um protocolo que auxilie e coordene a ação perante a crise. A devolutiva a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) será realizada por meio de apresentação em slides com os resultados da pesquisa.

2.1.9 Recursos

Os custos para a realização da pesquisa serão pagos pela própria autora.

Tabela 1 - Recursos

Itens	Quantidade	Custo unitário (R\$)	Custo total (R\$)
Canetas	10	1,00	10,00
Impressões	180	0,15	27,00
Prancheta	1	5,00	5,00

Total	R\$ 42,00
-------	-----------

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

2.1.10 Cronograma

- Revisão de literatura: de janeiro a dezembro de 2020;
- Coleta de dados: de setembro a novembro de 2020;
- Relatório parcial para o Comitê de Ética: janeiro de 2021;
- Processamento de dados: de novembro de 2020 a dezembro de 2020;
- Análise de dados: de novembro de 2020 a fevereiro de 2021;
- Relatório final para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: fevereiro de 2021;
- Divulgação dos resultados: fevereiro de 2021.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; LANCETTI, A. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Crise e Urgência em Saúde Mental**. Módulo 2: Fundamentos da Atenção à Crise e Urgência em Saúde Mental. Edição 4. Florianópolis - SC, 2015/2.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004.

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 álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2011.

DIMENSTEIN, Magda et al. **O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN**. Polis e Psique, v. 2, 2012.

SILVA, Maura Lima Bezerra e; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014 .

FOUCAULT, Michel. Loucura, literatura, sociedade. In: Motta, Manoel Barbosa (Org.). **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2001.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):621-626. Rio de Janeiro, 2012

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PERES, Girlane Mayara et al. **Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.27, p.34-52, 2018.

RIBEIRO, Paulo Renner Marçal. **Saúde Mental no Brasil.** São Paulo, 1999.

SILVA, Maura Lima Bezerra e; DIMENSTEIN, Magda Bezerra Diniz. **Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 66, n. 3, 2014.

APÊNDICE A – Questionário

QUESTIONÁRIO CAPSi

Caso Clínico: Paciente com 17 anos, dependente químico, no momento está agressivo, diz que está armado e que vem fazendo pequenos furtos nos últimos dias, relata não aguentar mais usar drogas e que pretende se matar hoje à noite. Parou com sua medicação há 20 dias.

- 1- Qual a sua conduta diante deste caso?
- 2- Como esse serviço age nesse caso?
- 3- Se houver a necessidade de recorrer a apoio externo, quem seria acionado?
- 4- Qual o papel do médico nesse caso?
- 5- Nesse caso, haveria segurança no atendimento para o paciente e para a equipe?

QUESTIONÁRIO CAPS AD

Caso Clínico: Paciente com 25 anos, dependente químico, no momento está agressivo, diz que está armado e que vem fazendo pequenos furtos nos últimos dias, relata não aguentar mais usar drogas e que pretende se matar hoje à noite. Parou com sua medicação há 20 dias.

- 1- Qual a sua conduta diante deste caso?
- 2- Como esse serviço age nesse caso?
- 3- Se houver a necessidade de recorrer a apoio externo, quem seria acionado?
- 4- Qual o papel do médico nesse caso?
- 5- Nesse caso, haveria segurança no atendimento para o paciente e para a equipe?

QUESTIONÁRIO CAPS II

Caso Clínico: Paciente com 35 anos, esquizofrênico, no momento apresenta-se choroso, por vezes agressivo, diz que “não aguenta mais essa vida” e que sua irmã está roubando dele. Parou com sua medicação há 20 dias. Pede por um remédio

para acabar com sua vida. Segundo o familiar que acompanha o paciente, ele está assim há 3 dias e a família não sabe mais como ajudar.

- 1- Qual a sua conduta diante deste caso?
- 2- Como esse serviço age nesse caso?
- 3- Se houver a necessidade de recorrer a apoio externo, quem seria acionado?
- 4- Qual o papel do médico nesse caso?
- 5- Nesse caso, haveria segurança no atendimento para o paciente e para a equipe?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFS

MANEJO DA EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA PELAS EQUIPES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Manejo da emergência psiquiátrica pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Desenvolvida por Milene de Resende Dumke, discente de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação do Professor Me. Luiz Artur Rosa Filho e coorientação da Professora Dra. Athany Gutierrez.

O objetivo central do estudo é: Descrever a organização da equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Passo Fundo- RS frente a situações de emergência em pacientes psiquiátricos.

O convite a sua participação se deve por ser funcionário regular do CAPS e estar trabalhando há pelo menos um ano. A sua participação é fundamental para visualizar a importância da equipe no atendimento de pacientes em crise.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de questionário à pesquisadora do projeto.

O local de coleta serão os Centros de Atenção Psicossocial de Passo Fundo - RS, o instrumento de coleta será um questionário com sete perguntas, no qual serão coletadas informações acerca da sua visão sobre o atendimento a crise, como este se dá e sobre os indivíduos da equipe que auxiliam neste momento. Serão entrevistados todos os funcionários regulares do CAPS, de ambos os sexos, que estejam trabalhando há pelo menos um ano e estejam disponíveis nos horários de coleta. Não foi necessário realizar o cálculo amostral visto que foram incluídos todos os funcionários regulares dos CAPS.

O tempo de duração da entrevista e realização do questionário é de aproximadamente dez minutos.

A entrevista será gravada somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.

Assinale a seguir conforme sua autorização:

Autorizo gravação Não autorizo gravação

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido, em arquivo físico ou digital, por um período de cinco anos.

Os participantes da instituição selecionada serão informados sobre o desfecho da pesquisa e sobre as implicações do manejo adequado das situações de crise, propiciando uma visão mais ampla sobre os benefícios da utilização de um protocolo que auxilie e coordene a ação perante a crise. A devolutiva para a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) será realizada por meio de apresentação em slides com os resultados da pesquisa.

Os riscos aos participantes são mínimos, envolvendo apenas a quebra de sigilo de sua identidade e algum desconforto ou constrangimento durante a aplicação do questionário. Os nomes dos participantes serão codificados e/ou substituídos por nomes fictícios, de modo a não divulgar suas identidades. A aplicação dos questionários será feita em espaço reservado visando a garantir a privacidade. Ainda, será reiterado o caráter voluntário de participação neste estudo, bem como a possibilidade de interrupção da participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum com as relações com a Universidade e com os serviços de saúde participantes. No caso de os riscos se concretizarem serão realizadas escutas

qualificadas dos participantes lesados e será oferecido apoio psicológico, além disso, o estudo será interrompido.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Passo Fundo, 2019.

Luiz Artur Rosa Filho

Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável:

e-mail: luiz.rosa@imed.edu.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS:

Tel e Fax - 49- 2049-3745

E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg

Endereço para correspondência: Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante:

Assinatura:

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

2.2.1. Apresentação

Com o objetivo principal de entender como ocorre o atendimento emergencial de pacientes psiquiátricos, visto que não há um serviço especializado que atue nessas situações na cidade de Passo Fundo – RS, o presente trabalho foi desenvolvido. Ao analisar que a principal unidade de acolhimento e acompanhamento de pacientes psiquiátricos se dá pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), objetivou-se descrever como ocorre a organização dessas equipes perante situações de emergência, além de observar se há um protocolo de atendimento e unidades que façam o suporte do CAPS nessas situações. Buscou-se, a partir disso, realizar uma pesquisa qualitativa, a qual preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado e compreende a realidade estudada pelos indivíduos que a vivenciam. O presente trabalho teve início no Componente Curricular (CC) “Pesquisa em Saúde”, no qual foi desenvolvido o projeto de pesquisa sob orientação do Prof. Me. Luiz Artur Rosa Filho e coorientação da Profª Drª Athany Gutierrez, durante o segundo semestre de 2019. Já no CC “TCC I”, durante o primeiro semestre de 2020, o projeto ganhou seguimento sendo enviado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Passo Fundo - RS para obtenção do Termo de Ciência Concordância. Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) no dia 18 de junho de 2020. No dia 18 de julho foi recebido o Parecer do CEP, com solicitação de algumas alterações. As alterações propostas pelo CEP foram feitas e então foi submetida uma nova versão do projeto ao CEP junto com a Carta de Pendências no dia 21 de julho, a qual foi aprovada no dia 25 de julho de 2020. Após aprovação pelo CEP, o projeto foi enviado novamente à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para autorizar o início da coleta de dados, que ocorreu no dia 3 de agosto de 2020.

2.2.2. Desenvolvimento

2.2.2.1. Estudo piloto

A fim de testar o método de coleta de dados, o instrumento da pesquisa e treinar a entrevistadora foi realizado um estudo piloto no dia 3 de agosto de 2020 no

Ambulatório de Psiquiatria do Parque Farroupilha na cidade de Passo Fundo – RS com 3 profissionais de saúde. Foi concluído que o método de coleta e o questionário semiestruturado utilizado na entrevista estavam de acordo com o previsto e não foram necessárias alterações.

2.2.2.2. Coleta de dados

A coleta de dados iniciou-se no dia 11 de agosto de 2020 no CAPS II e no dia 12 de agosto CAPS ad. No dia 13 de outubro as entrevistas ocorreram no CAPSi. Foram necessárias duas idas ao CAPSi para realização das entrevistas com os funcionários do turno da manhã e da tarde, finalizando uma amostra de 24 entrevistas, contando todos os funcionários entrevistados.

2.2.2.3. Perdas e recusas

Devido a pandemia do Covid-19, o quadro de funcionários encontra-se reduzido e alguns funcionários foram afastados, além disso, 6 funcionários recusaram-se a participar da entrevista. Dessa forma, o N obtido foi menor do que o esperado.

2.2.2.4. Controle de qualidade dos dados

As entrevistas foram gravadas e guardadas em arquivo digital. A etapa de transcrição das gravações iniciou concomitantemente com o período de coleta de dados e a análise temática dos dados ocorreu ainda no segundo semestre letivo de 2020. A análise temática de conteúdo se desdobra nas etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos, por meio de análise e descrição de padrões.

2.2.3 Considerações finais

Conclui-se, assim, a apresentação da parte inicial do presente trabalho, expondo e detalhando as etapas desenvolvidas, juntamente com suas burocracias e relato de imprevistos. Os dados encontrados na pesquisa de campo foram analisados,

interpretados e expostos no artigo científico, escrito sob os moldes do Cadernos de Saúde Pública. Sua importância se dá num contexto municipal pela avaliação de um serviço de saúde e suas fragilidades, considerando que, a partir disso, haja a devolutiva para o serviço, possa-se interferir numa melhora dos serviços prestados e consequentemente do cenário da saúde mental em Passo Fundo.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

MANEJO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA PELAS EQUIPES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Milene de Resende Dumke¹

Athany Gutierrez¹

Luiz Artur Rosa Filho¹

¹Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, Brasil.

Contribuição dos autores

Milene RD: estudo, coleta, transcrição dos dados, análise e redação do texto.

Athany G: contribuições substanciais para a concepção da pesquisa e design do artigo, além de revisão crítica da versão final.

Luiz ARF: contribuições substanciais para a concepção da pesquisa e design do artigo, além de revisão crítica da versão final.

Conflito de interesse

Nenhum autor possui conflito de interesse.

Financiamento

Nenhum financiamento foi recebido para execução do projeto e do artigo científico.

RESUMO

A atenção à crise em saúde mental no Brasil ainda é um desafio para o modelo assistencial que instituiu a Reforma Psiquiátrica, baseado em um cuidado intersetorial e que aproxima o paciente do seu contexto familiar e comunitário. Nesse âmbito, este trabalho discute como é realizado o manejo da emergência psiquiátrica pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade de porte médio do norte

do Rio Grande do Sul, com o objetivo de analisar se existem protocolos que auxiliem o atendimento e quais as possíveis dificuldades do manejo. O estudo, caracterizado como uma pesquisa qualitativa, utilizou como método uma entrevista semiestruturada, realizada com a equipe multiprofissional dos CAPS no período de agosto a novembro de 2020. As entrevistas foram gravadas e guardadas em arquivo digital, com posterior transcrição dos dados e análise do material por meio da análise temática, buscando realizar a interpretação dos resultados e não apenas descrevê-los. A partir disso, identificou-se que a assistência ao paciente psiquiátrico em quadros agudos encontra algumas fragilidades, sendo as principais: a falta de um protocolo que direcione o atendimento, de treinamento e educação continuada aos funcionários do CAPS e a falta de corresponsabilização entre os setores de saúde. A partir disso, se verifica que o manejo da emergência psiquiátrica se configura como um obstáculo à integralidade do cuidado que preconiza a Reforma, sendo indispensável uma melhor articulação entre os sistemas de saúde e maiores investimentos em treinamento e educação, de forma a construir uma resposta a atenção à crise em saúde mental, de forma integral e contínua.

PALAVRAS-CHAVE: Emergência. Atendimento. Saúde Mental. Serviços de saúde mental.

ABSTRACT

Attention to the mental health crisis in Brazil is still a challenge for the care model that brought the Psychiatric Reform, based on intersectoral care and bringing patients closer to their family and community context. In this circumstance, this final paper discusses how psychiatric emergency management is carried out by teams from the Psychosocial Care Centers (CAPS) in a medium-sized city in the north of Rio Grande do Sul, with the aim of analyzing whether there are protocols that assist the care and what the possible difficulties of the management are. The study, defined as a qualitative research, has used a semi-structured interview as the methodological instrument, applied to a multidisciplinary team from the CAPS from August to November 2020. The interviews were recorded and kept in a digital file, with subsequent data transcription and material analysis through thematic analysis, seeking to interpret the results and not just describe them. From that, it was identified

that the assistance to psychiatric patients in acute situations finds some weaknesses, the main ones being: the lack of a protocol that directs care, training and continuing education for CAPS employees and the lack of co-responsibility among the health sectors. As a result, it is verified that the handling of the attention to the crisis is configured as an obstacle to the integrality of the care that the Reformation advocates, being necessary a better articulation between the health systems and greater investments in training and education, in order to build response to the crisis attention in mental health, in an integral and continuous way.

KEYWORDS: Emergency. Attendance. Mental health. Mental health services.

INTRODUÇÃO

A resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019 da Reforma Psiquiátrica dispõe que a política de saúde mental “deve apontar para uma substituição gradual, mas completa de todos os serviços e dispositivos de tratamento baseados no isolamento, internações prolongadas e anulação dos direitos civis”, garantindo uma assistência que promova a liberdade, a autonomia e o consentimento prévio dos usuários e seus familiares, além de inseri-los nos espaços comunitários em que vivem. No que se refere à crise, os dispositivos de referência são os Centros de Atenção Psicossocial, “voltados para usuários em grave sofrimento psíquico e/ou uso problemático de drogas, no próprio território do usuário e preservando seus vínculos comunitários e a relação com sua equipe clínica de referência”¹, além dos leitos em saúde mental em Hospitais Gerais e unidades de acolhimentos vinculadas à rede de atenção psicossocial.

Segundo Dias, Ferigato e Fernandes², atenção à crise “é o nome dado a um conjunto de práticas de cuidado desenvolvidas no âmbito do modelo comunitário de atenção e se desenvolve junto a usuários em situações consideradas agudas e graves”. A partir disso, verifica-se que encontrar um equilíbrio para a assistência à crise é um aspecto crucial para a concretização de um novo modelo de saúde mental pois, em alguns casos, a internação hospitalar é um caminho essencial e insubstituível e, desse modo, a falta de leitos e hospitais psiquiátricos torna-se um obstáculo para a integridade da atenção psiquiátrica, fundamentando que qualificar

os serviços que fazem parte da rede de atenção psicossocial é imprescindível para sustentar a Reforma.

Nesse contexto, segundo Dimenstein e Silva ³, a atenção à crise revela-se como uma estratégia importante do cuidado, visto que sua viabilização garante que os usuários fiquem longe das internações em hospitais psiquiátricos e próximos aos seus contextos familiares e sociocomunitários, possibilitando uma territorialidade do cuidado, desde que seja oferecido um serviço de atenção à crise que atue com a mesma resolutividade das internações.

É nesse cenário que o CAPS aparece como protagonista do manejo da emergência psiquiátrica. Na lógica da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o CAPS é um serviço estratégico, “funcionando como compositor e reorganizador da rede de saúde mental do território de sua abrangência e como articulador de outros recursos comunitários, através de parcerias intersetoriais” ⁴. Por ser um serviço especializado em atendimento de pacientes que sofrem de doença mental grave e que estão em dificuldade para manutenção do exercício integral de suas vidas, este torna-se um refúgio em situações extremas, tanto por parte do usuário do sistema quanto por parte do familiar que busca ajuda. Dentro da Rede de Atenção Psicossocial, o CAPS é um serviço de referência para atendimento da crise e, como indica o Ministério da Saúde ⁴, à reintegração dos usuários em seus territórios familiares, sociais, afetivos: nos espaços de contratualidade e cidadania.

Sabendo do processo de expansão da rede do CAPS que está em curso desde a Reforma; entendendo esse serviço como articulador de um novo modelo que preconiza o bem-estar daquele que sofre com a doença mental; compartilhando da visão de que o CAPS é um serviço especializado em atendimento psiquiátrico e, portanto, deve realizar a atenção à crise; e reconhecendo que, na prática, esse serviço encontra desafios para resolver tais situações, este trabalho foi desenvolvido, discutindo as estratégias utilizadas no atendimento de casos agudos e entendendo como a teoria funciona na prática, sob a luz daqueles que estão frente à frente ao problema: os trabalhadores.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Como recurso metodológico foi escolhida a pesquisa qualitativa, a qual busca aproximar-se do sujeito em estudo, observá-lo e indagá-lo sobre as questões que norteiam o trabalho. “A pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado”⁵, o que vai ao encontro do presente estudo. Segundo Minayo⁶, o principal verbo da análise qualitativa é compreender. “Compreender significa exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista a singularidade de cada indivíduo e levando em conta que a sua subjetividade é uma manifestação do viver total”. Esta pesquisa trata-se, portanto, de um estudo empírico, qualitativo, exploratório e transversal. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob parecer número 4.173.265.

A indagação inicial surgiu após visita ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma conversa informal sobre as dificuldades encontradas entre os servidores. Foi possível concluir posteriormente que uma das principais dificuldades encontradas entre a equipe era relacionada com a atenção à crise e a intersetorialidade do cuidado. A partir disso, da busca de objetivos e de justificativa para o estudo, iniciou-se a pesquisa de campo, realizada nos três CAPS da cidade de Passo Fundo – RS, no período de agosto a novembro de 2020, sendo eles o CAPS álcool e drogas, CAPS II e CAPS infantil. Para tal, utilizou-se uma entrevista semiestruturada baseada em casos clínicos adaptados para a realidade de cada CAPS, sendo, portanto, 3 questionários que avaliam as mesmas variáveis, porém focados no contexto de cada lugar. A entrevista foi realizada com a equipe dos CAPS de Passo Fundo – RS, na qual foi incluída toda a equipe multidisciplinar, de ambos os sexos, que trabalhavam há pelo menos 1 ano e aceitaram participar da pesquisa assinando um termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados oriundos das entrevistas foram gravados e guardados em arquivo digital, mantendo o sigilo sobre a identidade de cada participante. Além disso, um estudo piloto foi efetuado a fim de testar o método de coleta de dados, o instrumento da pesquisa e treinar a entrevistadora.

As variáveis que foram analisadas são: a conduta da equipe multiprofissional diante de um caso de emergência psiquiátrica, como o serviço age nesse caso, se há necessidade de recorrer a apoio externo e quem seria acionado nesse caso, qual é o papel do médico nessa situação e também uma variável relacionada à sensação pessoal de cada trabalhador diante de um atendimento à crise.

Os dados oriundos das gravações foram transcritos em software específico e analisados por análise temática, buscando verificar como a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Passo Fundo – RS maneja o atendimento de casos agudos. A análise temática de conteúdo, segundo Minayo⁶, desdobra-se nas etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos, por meio de análise e descrição de padrões. Na etapa de codificação, foi dada igual atenção a cada fonte de dados e os dados foram analisados de forma interpretativa, não apenas descritiva. A interpretação das entrevistas se baseia fundamentalmente na compreensão da realidade de cada indivíduo, na sua linguagem, relações sociais e interesses. “Interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido”⁶.

RESULTADOS

Uma análise detalhada das transcrições das entrevistas foi realizada e, a partir dela, foi possível descrever de que forma os CAPS da cidade de Passo Fundo – RS atuam frente a situações de emergência de pacientes psiquiátricos, elencadas a seguir baseadas nas perguntas formuladas no questionário.

Após apresentação de um caso clínico referente a um paciente psiquiátrico que chega ao CAPS agitado, agressivo e pedindo por ajuda, a primeira indagação feita aos funcionários dos CAPS foi: Qual a sua conduta diante desse caso? A grande maioria dos trabalhadores de saúde relatou que a primeira conduta seria pedir apoio. Esse apoio poderia ser de algum colega mais capacitado, da família do paciente ou, mais frequentemente, um apoio externo. Em relação à dinâmica interna da equipe, os resultados obtidos foram de que nessas circunstâncias a atitude seria chamar ao médico, realizar uma reunião da equipe multiprofissional para que juntos tomassem a decisão de qual serviço externo seria acionado ou ainda que a decisão viria de um “profissional mais capacitado”, definido pelos entrevistados como aquele profissional que trabalha há mais tempo no serviço, independentemente da sua função, pois possui maior prática clínica.

Alguns funcionários relataram que o primeiro passo seria a acolhida do paciente ao serviço, seguida da tentativa de acalmá-lo verbalmente e, caso a situação continuasse sem controle, seria feito o encaminhamento do paciente para outro serviço; porém, até mesmo quando questionados sobre qual seria a unidade de

destino do paciente, houve divergências. Entre as unidades mais citadas estão: a emergência hospitalar, o serviço do SAMU, a Brigada Militar, a Secretaria Municipal de Saúde para transportar o paciente até o serviço de emergência, e também a família do indivíduo, demonstrando, sob a ótica da equipe entrevistada, que não há uma conduta específica para atendimento deste tipo de situação, tampouco há um protocolo estruturado que facilite e organize a conduta.

Quando questionados sobre como o serviço do CAPS age nesse caso, novamente houve muitas respostas divergentes. Dentre as ações que mais apareceram, verificou-se que geralmente o serviço faz o encaminhamento do paciente para uma emergência hospitalar da cidade e solicita ajuda da Secretaria Municipal de Saúde para o transporte do indivíduo, havendo, portanto, a delegação da responsabilidade do paciente de um serviço especializado em atendimento psiquiátrico, o CAPS, para outros serviços destinados à população em geral ou, até mesmo, de volta para a família.

Além disso, os relatos sugerem que, ao esperar pelo transporte da prefeitura para levar o indivíduo a outro serviço, surgem dificuldades em relação a como manter o paciente isolado e seguro, visto que não há um espaço específico para mantê-los e frequentemente eles encontram-se agitados, sob uso de substâncias psicoativas ou até mesmo armados. Dessa forma, são mantidos em espaços improvisados, desprovidos de segurança para si mesmos e para os funcionários ou são mantidos na área da recepção, junto com os demais pacientes.

Em relação às dificuldades que se manifestariam para esta equipe, foi possível verificar que, segundo os funcionários, a principal dificuldade seria quanto à contenção do paciente, visto que não há infraestrutura adequada para mantê-lo, não há uma segurança disponível que possa ajudar a controlá-lo e tampouco medicação que possa ser feita. Assim sendo, o paciente frequentemente fica próximo a outros pacientes, e o serviço deve lidar não só com o paciente que está em surto, mas também com os outros pacientes que estão ali e correm risco, além de primar pela segurança pessoal.

“Olha, em tempos normais uma das dificuldades é que aqui está cheio de gente, aí nós temos dificuldade em conter os pacientes, porque eles agem muito por identificação. Então a gente precisa tomar muito cuidado com o comportamento porque depende muito do paciente, da fase em que eles estão, me parece que além de primar pela própria vida eu vejo que uma das dificuldades é essa: de manejar os outros pacientes”. Funcionária 1 – CAPS AD

Os relatos evidenciam que a equipe se sente fragilizada, pois não possui um treinamento que possibilite o atendimento do paciente e resolução do caso de forma rápida, também não há um transporte que possa levar o paciente para outro serviço, tampouco infraestrutura para mantê-lo em segurança enquanto aguarda, o que coloca em risco a segurança e a integridade da equipe. Além disso, mesmo após resolução do quadro agudo, há dificuldade em incorporar esse paciente no serviço devido à fila de espera para agendamentos, causando frustração.

Quando questionados sobre o papel do médico nesse caso, a resposta majoritária foi de que este é limitado pelo tempo em que o médico está presente no CAPS. Quando disponível, o médico é essencial pois está mais capacitado e familiarizado com este tipo de situação, o que torna o atendimento mais resolutivo. No entanto, como a carga horária do médico é limitada, na maioria das vezes em que tais situações ocorrem, o manejo é realizado pela equipe técnica, representada por enfermeiros (as), psicólogos (as) e técnicos (as) de enfermagem.

Outro ponto citado nas entrevistas como dificuldade para o manejo é de que grande parte da equipe técnica dos CAPS é formada por mulheres, sendo até mesmo as porteiras do sexo feminino. Isso gera certo medo por parte da equipe pois, no CAPS álcool e drogas, por exemplo, a maioria dos pacientes são homens e contê-los se torna um desafio ainda maior quando aliado à falta de treinamento e protocolos de atendimento. Quando o questionamento foi referente à sensação pessoal diante de uma crise aguda do paciente psiquiátrico, a relação com o gênero ficou ainda mais evidente, demonstrando que um dos fatores que causam insegurança para a equipe é presença majoritária de mulheres.

“Nós não dispomos de guarda armado, isso por si só nos traria mais segurança. Até porque a maioria da nossa equipe é feminina, então pensando por mim eu me sentiria ameaçada, não tenho preparo para conter um paciente assim. Acho que num primeiro momento seria uma sensação de impotência, por não ter guarda, por não ter medicação injetável, por não ter um espaço para colocar esse paciente”. Funcionária 1 – CAPS AD

Ainda sobre a sensação pessoal diante de uma crise:

“Então eu sinto impotência em ver uma cidade grande, referência em saúde, com um hospital psiquiátrico, com residência em psiquiatria e não temos uma emergência psiquiátrica na cidade. Isso é o que mais me frustra. Um paciente grave e a família não tem pra onde correr”. Funcionária 2 – CAPS II

Pode-se perceber, a partir dessa questão, que o sentimento que prevalece nessas circunstâncias é a impotência, relatada em 67% dos entrevistados. Impotência por sentirem-se pouco preparados para lidar com a situação, por acreditarem que mesmo havendo o encaminhamento para outro serviço o paciente não terá o atendimento necessário e, por consequência, não haver o suporte adequado desse indivíduo que está em grande sofrimento.

DISCUSSÃO

Como referido no início deste trabalho, a Reforma Psiquiátrica trouxe mudanças que modificaram o curso da saúde mental no país. A ampliação do CAPS “confere valor estratégico para a mudança do modelo de assistência [...] e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil”⁷, mantendo a proximidade do paciente com a família e comunidade e sendo responsável pelo modelo de atenção comunitária.

No que se refere à atenção a crise, a presente pesquisa revelou uma situação preocupante na cidade de Passo Fundo – RS. Foram identificados diferentes pontos que facilitam a precarização do atendimento, sendo eles: a inexistência de um protocolo que auxilie o manejo, a falta de infraestrutura e funcionamento do serviço, a escassez de insumos e medicamentos disponíveis, a limitação da figura do médico pela pequena carga horária, a formação inadequada da equipe técnica e falta de educação continuada visando à qualificação dos servidores, a falta do apoio psicológico para os funcionários e, por fim, a ineficaz desresponsabilização deste atendimento, centrada apenas na atitude de referenciar esse paciente à outro serviço.

Constatou-se, a partir disso, que a equipe multiprofissional do CAPS se sente, por vezes, incapacitada de gerir situações agudas e, para não deixar o paciente desassistido, opta pela ajuda de outros serviços que nem sempre estão disponíveis. Em relação à dinâmica interna, percebe-se que a equipe depende de um protagonista para manejar o atendimento; alguns consideram chamar os profissionais que trabalham a mais tempo no serviço, pois os consideram mais capacitados, e outros responsabilizam apenas o médico, mas referem que o papel deste é limitado pela carga horária. Tais fatos elucidam que não há uma responsabilização individual por parte do trabalhador pois este depende de um profissional específico que seria, em

tese, mais qualificado para o serviço, quando na verdade o manejo da crise é uma atribuição indiferenciada.

Ainda mais preocupante, a palavra utilizada em 67% dos entrevistados para denominar a sua sensação diante de tais situações foi impotência. Quando questionados por quais motivos se sentiam impotentes, as respostas, que nas perguntas anteriores divergiam, agora eram certas: o sentimento de impotência era resultado da percepção de que o paciente não teria seu problema solucionado e, que seria da família, o fardo de manejar o que o sistema de saúde não consegue.

Verifica-se, a partir desse ponto, que os CAPS da cidade de Passo Fundo – RS não estão absorvendo a demanda da atenção à crise, que existe e é frequente. No que concerne aos resultados de outros trabalhos, o presente estudo está em concordância. Segundo uma pesquisa realizada por Dimenstein et. al ⁸ na cidade de Natal - RN, a conduta da equipe do CAPS é encaminhar ao hospital psiquiátrico ou ao CAPS III todo e qualquer usuário que chegue em surto, o que demonstra, segundo os autores, total ausência de hospitalidade nesse dispositivo. Além disso, caso o paciente esteja acompanhado de um familiar, esse se responsabiliza por chamar o SAMU para que se realize o atendimento.

Ademais, também houve concordância com a literatura em relação à falta de preparação e de organização do manejo do atendimento à crise. Ainda segundo Dimenstein et. al ⁸, outro aspecto preocupante é a inexistência de orientação em relação a esse atendimento, há pouca concordância quanto às formas de acolhimento, aos critérios diagnósticos para identificação dos quadros agudos de sofrimento psíquico e para aferição dos riscos apresentados pelos usuários como suicídio e condutas violentas.

Consideramos indispensável o estabelecimento de alguns norteadores ou linhas de cuidado pela necessidade de qualificar a atenção, de adotar modos mais eficientes de utilização dos recursos humanos e materiais e de garantir responsabilização clínica, eficácia e resolução das situações⁸.

Fica evidente, diante disso, que diversos são os pontos que fragilizam o atendimento à crise e, que a conclusão desta pesquisa, em se tratando de um cenário municipal, traduz também a realidade de outras cidades do país. É necessário articular melhor a corresponsabilização dos setores de saúde, de forma com que haja uma melhor articulação entre si. O CAPS, sozinho, não deve ser considerado o responsável absoluto por assistir os casos agudos, mas deve saber como manejar

tais circunstâncias e primar por manter o contato com o paciente mesmo após a resolução do quadro, mantendo a longevidade do cuidado e evitando assim novas crises. Rebecca Dorneles Roquette⁹ refere, em sua dissertação, a importância de trabalhar em rede para prevenir situações de crise.

Não se espera que um serviço sozinho seja capaz de prevenir uma crise, mas o serviço reconhecendo seus limites, pode identificar e lançar mão de outros recursos do território para compor uma rede de cuidados que verdadeiramente ampare o sujeito. Logo, saber que o serviço “não dispõe de psiquiatra 24hrs” e que não funciona aos finais de semanas e no período noturno, são pontos que exigem dos profissionais a responsabilização do cuidado através da construção de uma articulação em rede⁹.

Em contraponto a isso, foi possível identificar que há muito empenho por parte dos trabalhadores da saúde em solucionar as diversas demandas que recebem e, o que consegue ser resolvido, está pautado nos esforços individuais, havendo pouco investimento público em oferecer recursos básicos como treinamento, educação e equipamentos.

É possível inferir, de forma geral, que o pilar que sustenta o atendimento à emergência psiquiátrica não são os Centros de Atenção Psicossociais - ainda que sejam estas as unidades especializadas em atender o paciente que sofre de doença mental grave e instituídos por lei como responsáveis pelo manejo do paciente em crise; é, então, a emergência hospitalar municipal que, muitas vezes, não dispõe de um psiquiatra e, não obstante, a família. Isso se dá por um conjunto de fatores que traduzem a fragmentação do atual cenário da Saúde Mental no país, no qual desfaleçam-se leitos e hospitais psiquiátricos e delegam a responsabilidade ao CAPS, sem que haja treinamento adequado, suporte psicológico para os funcionários que lidam diariamente com uma enorme carga emocional, infraestrutura suficiente e uma equipe inteiramente capacitada para lidar de fato com toda e qualquer necessidade de atendimento que o paciente e a família necessitam, integralizando o cuidado.

Tratando-se do cenário municipal, a análise da pesquisa de campo leva a crer que a demanda do atendimento do paciente psiquiátrico em crise não está sendo cumprida. O paciente que busca ajuda no CAPS encontra uma equipe que não se sente qualificada para realizar esse manejo e o encaminhará para outros serviços ainda mais distantes da saúde mental, ou seja, há uma desresponsabilização por parte do serviço. No entanto, esta demanda não deixa de existir por não estar sendo cumprida, o que traduz de forma clara que outra instituição está absorvendo-a e,

muitas vezes, essa instituição é a família, já há muito esgotada pelas atribuições que deveriam ser conferidas ao Estado.

CONCLUSÃO

Por fim, a conclusão deste estudo mostra que a importância que se dá para o atendimento à crise revela uma crise dentro dela própria. Além disso, demonstra que a Reforma foi indispensável para a mudança da saúde mental no país, porém, atua muito mais no plano teórico do que no prático. Nessa direção, ampliar a detecção precoce das doenças mentais, articular melhor os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, investir na educação continuada para as equipes dos CAPS, na sua infraestrutura, e fazer com que este se constitua, de fato, numa rede de apoio para a comunidade e a família, são estratégias que podem auxiliar não só no acolhimento e na resolução de quadros agudos, mas na qualidade de vida de quem sofre e da sua família, de forma a reduzir a sobrecarga e ampliar a corresponsabilização.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019**. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Brasília, 2019.
2. DIAS, Marcelo Kimati; FERIGATO, Sabrina Helena; FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 595-602, Feb. 2020.
3. SILVA, Maura Lima Bezerra e; DIMENSTEIN, Magda Bezerra Diniz. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 66, n. 3, 2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004.
5. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
6. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626. Rio de Janeiro, 2012.
7. BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2005.
8. DIMENSTEIN, Magda et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, v. 2, 2012.
9. ROQUETTE, Rebecca Dorneles. **A atenção à crise em saúde mental: refletindo sobre as práticas a organização do cuidado e os sentidos da crise**. Rio de Janeiro, 2019.

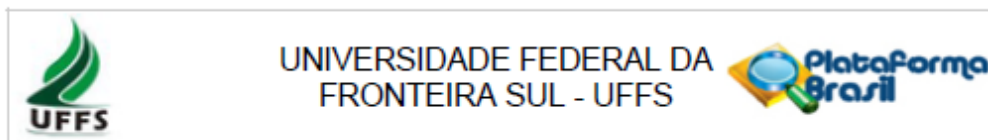
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a execução do projeto de pesquisa e da apresentação dos resultados no artigo científico, concluiu-se que a atenção à crise em saúde mental na cidade de Passo Fundo – RS pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) necessita de melhorias para o seu aperfeiçoamento e para resolução das fragilidades, confirmando as hipóteses estabelecidas anteriormente à pesquisa e cumprindo integralmente os objetivos. A revista escolhida para nortear as normas do artigo foi Cadernos de Saúde Pública, no entanto, alguns ajustes ainda devem ser feitos no artigo científico de maneira a obedecer às normas da revista.

Os resultados obtidos são de extrema relevância para o contexto municipal, pois demonstram que uma parcela da demanda de atendimentos em psiquiatria necessita de mudanças. Com isso, após a devolutiva da pesquisa para o serviço de saúde pesquisado, será possível contribuir para uma melhora no sistema público de saúde e consequentemente na qualidade de vida daqueles que dele dependem. A conclusão deste trabalho trata-se, portanto, de um serviço social no qual une-se a teoria acadêmica à prática da saúde pública e deve resultar numa nova práxis de ambos os atores.

5 ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO PELO CEP



Continuação do Parecer: 4.173.265

identidades. A aplicação dos questionários será feita em espaço reservado visando a garantir a privacidade. Ainda, será reiterado o caráter voluntário de participação neste estudo, bem como a possibilidade de interrupção da participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum com as relações com a Universidade e com os serviços de saúde participantes. No caso de os riscos se concretizarem serão realizadas escutas qualificadas dos participantes lesados e será oferecido apoio psicológico, além disso, o estudo será interrompido.

Benefícios:

Os participantes da instituição selecionada serão informados sobre o desfecho da pesquisa e sobre as implicações do manejo adequado das situações de emergência psiquiátrica, propiciando uma visão mais ampla sobre os benefícios da utilização de um protocolo que auxilie e coordene a ação perante a crise. A devolutiva a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) será realizada por meio de apresentação em slides com os resultados da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador realizou as adequações éticas solicitadas pelo CEP/UFFS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

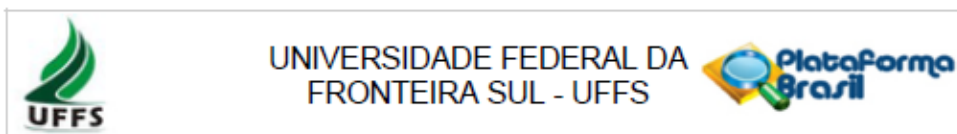
Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.173.265

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

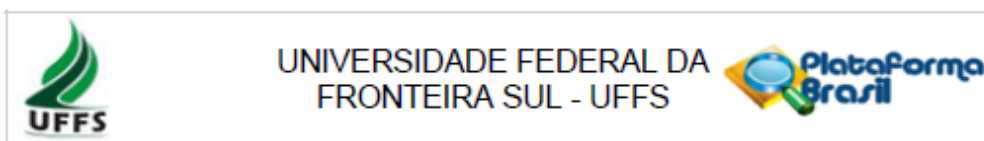
Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1554576.pdf	21/07/2020 10:48:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	21/07/2020 10:47:10	LUIZ ARTUR ROSA FILHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_1_MANEJO_DA_EMERGENCIA.docx	21/07/2020 10:46:56	LUIZ ARTUR ROSA FILHO	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	21/07/2020 10:46:41	LUIZ ARTUR ROSA FILHO	Aceito
Outros	pendencias.docx	21/07/2020 10:36:11	LUIZ ARTUR ROSA FILHO	Aceito
Outros	questionario.docx	21/07/2020	LUIZ ARTUR ROSA	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.173.265

Outros	questionario.docx	10:20:07	FILHO	Aceito
Orçamento	recursos.docx	18/08/2020 13:45:23	LUIZ ARTUR ROSA FILHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	secretaria.pdf	18/08/2020 13:35:50	LUIZ ARTUR ROSA FILHO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosta.pdf	18/08/2020 13:28:52	LUIZ ARTUR ROSA FILHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 25 de Julho de 2020

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

INSTRUÇÃO PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUENTES SEÇÕES:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o [PROSPERO](#). O [Editorial 32\(9\)](#) discute sobre as revisões sistemáticas ([Leia mais](#)).
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)). O [Editorial 29\(6\)](#) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.
- 1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)).
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#). Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o [Editorial 32\(8\)](#).
- 1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).
- 1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.
- 2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- 2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).
- 2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

- 3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.
- 3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [Clinical Trials](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Nederlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

- 4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

- 5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

- 6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.
- 6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do [ORCID](#) no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.
- 6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

- 7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

- 8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.
- 8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
- 8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

- 9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

- 10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao

cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao [COPE](#) (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o [Editorial 34\(1\)](#).