



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – MESTRADO PROFISSIONAL

CAROLINA CALDAS DE FREITAS

A GESTÃO DO CUIDADO À CRISE EM SAÚDE MENTAL EM UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO 24h

Florianópolis, SC
2019

CAROLINA CALDAS DE FREITAS

**A GESTÃO DO CUIDADO À CRISE EM SAÚDE MENTAL EM UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO 24h**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Mestrado
Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial.

Orientadora: Profa Joselma Tavares Frutuoso, Dra

Florianópolis, SC
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Freitas, Carolina Caldas de
A GESTÃO DO CUIDADO À CRISE EM SAÚDE MENTAL EM UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h / Carolina Caldas de
Freitas ; orientador, Joselma Tavares Frutuoso, 2019.
146 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Saúde Mental.
3. Atenção Psicossocial. 4. Unidade de Pronto Atendimento -
UPA. 5. Intervenção à Crise. I. Tavares Frutuoso, Joselma.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

CAROLINA CALDAS DE FREITAS
A GESTÃO DO CUIDADO À CRISE EM SAÚDE MENTAL EM UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO 24h

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Magda do Canto Zurba, Dr.(a)
Instituição UFSC

Prof. , Jeferson Rodrigues, Dr.
Instituição UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Prof. Sérgio Fernando Torres de Freitas, Dr.
Coordenador do Programa

Prof.(a) Joselma Tavares Frutuoso, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2019

Agradecimentos

Agradeço à Deus por sempre me oportunizar experiências que me elevam a alma, agregam conhecimento e que me possibilite contribuir com a sociedade.

À minha família que sempre me apoiou e acreditou no meu potencial, incentivando meus desafios pessoais e profissionais com muita maestria e amor.

Aos meus colegas da turma do mestrado, aos meus eternos “amigos ministros”: Antônio (Toninho), Ana Beatriz, Ana Lúcia, Carolina, Gabriela, Karina, Lívia, Marina, Mariana, Mariane, Milena, Renata e Simone.

À minha orientadora Joselma, que me auxiliou neste processo de crescimento pessoal e produção científica sempre acreditando no meu potencial nos momentos mais difíceis para mim. Obrigada pela paciência e dedicação durante estes dois anos.

Aos participantes que dedicaram seu tempo e interesse, contribuindo com suas experiências e possibilitando a realização desta pesquisa. Aos professores do mestrado que se dedicaram a compartilhar seus conhecimentos e a fomentar nosso sentimento de perseverança na luta pela garantia de direitos e qualidade na Atenção Psicossocial aos usuários e trabalhadores dos serviços de Saúde Mental no país, em especial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Muito Obrigada!

“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão.”

Nise da Silveira (1905-1999)

RESUMO

As pessoas com sofrimento psíquico (transtorno mental e com necessidades por uso de substâncias psicoativas) pela Política Nacional de Saúde Mental (Portaria nº 3.588/2017) são acolhidas nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, em pontos da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (UPA 24h, SAMU, Sala de Estabilização) e nas Unidades Básicas de Saúde. Esta pesquisa foi realizada na UPA 24h da 18ª Região de Saúde do Estado de Santa Catarina. O **objetivo**, descrever as estratégias e ações de cuidado por trabalhadores desta UPA às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de substâncias psicoativas. **Método**, pesquisa qualitativa e exploratória por se tratar de **estudo de caso**, e descritiva por utilizar algumas análises de estatística simples. **Procedimentos** foram aplicação de dois tipos de questionários e entrevistas. O questionário-1 para 03 trabalhadores da recepção com 15 perguntas e o questionário-2 para 09 profissionais da equipe de saúde com 25 perguntas. E um roteiro de entrevista com 10 perguntas para 02 gestoras. Totalizando 14 participantes. **Análise dos dados** ocorreu em duas etapas: a) estatística descritiva para os dados dos questionários e b) análise da temática de conteúdo - de acordo com Bardin (2010) - das entrevistas semi-estruturadas e das perguntas abertas dos questionários. Os **resultados** foram organizados em categorias e subcategorias de análise; sendo as categorias: 1) Acolhimento: Atenção e Cuidado em Saúde Mental; 2) Dificuldades no Atendimento à Saúde Mental; 3) Desafios para Ações de Articulação Intra e Intersetoriais e 4) Educação Permanente em Saúde: Oferta e Interesse em Capacitação em Saúde Mental. Os trabalhadores apresentam dificuldades na compreensão dos sintomas, comportamentos e manejo com pessoas que se apresentam em situação de crise em saúde mental na UPA; fragilidades no fluxo e nas ações de articulação em rede intra (com a Atenção Básica) e intersetorial (Serviços da Assistência Social) aos casos de saúde mental; ausência de profissional do Serviço Social; baixa oferta de capacitações em saúde mental pela EPS. **Conclusão** a UPA é um ponto de atenção às urgências e emergências em saúde mental nos casos de estabilização e naqueles que não há necessidade de internação psiquiátrica; podendo diminuir os encaminhamentos demasiados e que podem ser evitados ao Instituto de Psiquiatria. Compreendemos que a interdisciplinariedade é combustível nas ações e estratégias da Atenção Psicossocial quanto ao cuidado da saúde mental do sujeito no seu território. **Sugestões**: implementação de encaminhamentos com uso do memorando eletrônico e modelo impresso; contratação do profissional do Serviço Social; elaboração de um Protocolo de Fluxo de Saúde Mental do município para que as articulações entre os pontos de atenção da RAPS e os serviços da Rede Intersetorial ocorram de forma assertiva pois estes serviços são responsáveis em prover as demandas do usuário no seu território; cursos de capacitação em escuta terapêutica, acolhimento e manejo às pessoas em situação de crise em saúde mental para os profissionais (assistentes administrativos e equipe de saúde) da UPA.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Unidade Pronto Atendimento - UPA; Intervenção à Crise, Uso de Substâncias Psicoativas - SPA.

ABSTRACT

People with psychological distress (mental disorder and need for psychoactive substances) by the National Mental Health Policy (Ordinance No. 3.588 / 2017) are welcomed in the components of the Psychosocial Care Network, in points of the Emergency Care Network (UPA 24h, SAMU, Stabilization Room) and Basic Health Units. This research was conducted at UPA 24h of the 18th Health Region of Santa Catarina State. The **objective** is to describe the strategies and care actions by workers of this UPA to people in crisis situations in mental health and with problems arising from the use of psychoactive substances. **Method**, qualitative and exploratory research because it is a **case study**, and descriptive for using some simple statistical analysis. Procedures were application of two types of questionnaires and interviews. The questionnaire 1 for 03 reception workers with 15 questions and the questionnaire 2 for 09 health professionals with 25 questions. And an interview script with 10 questions for 02 managers. Totaling 14 participants. **Data analysis** took place in two stages: a) descriptive statistics for the questionnaire data and b) content theme analysis - according to Bardin (2010) - of the semi-structured interviews and the open questions of the questionnaires. The **results** were organized into categories and subcategories of analysis; being the categories: 1) Reception: Attention and Care in Mental Health; 2) Difficulties in Mental Health Care; 3) Challenges for Intra and Intersectoral Articulation Actions and 4) Permanent Health Education: Offer and Interest in Mental Health Training. Workers have difficulties in understanding symptoms, behaviors and management with people who are in a mental health crisis situation in the UPA; weaknesses in the flow and actions of articulation in intra (with Primary Care) and intersectoral (Social Care Services) network to cases of mental health; absence of social work professional; low supply of mental health training by EPS. **Conclusion** UPA is a point of attention to urgencies and emergencies in mental health in cases of stabilization and in those where there is no need for psychiatric hospitalization; reducing referrals that can be avoided and which can be avoided at the Institute of Psychiatry. We understand that interdisciplinarity is fuel in the actions and strategies of Psychosocial Care regarding the mental health care of the subject in its territory. **Suggestions**: implementation of referrals using the electronic memo and printed model; hiring the Social Work professional; elaboration of a Mental Health Flow Protocol of the municipality so that the articulations between the points of attention of the RAPS and the services of the Intersectoral Network occur assertively because these services are responsible for providing the demands of the user in its territory; training courses in therapeutic listening, care and management of people in crisis situations in mental health for professionals (administrative assistants and health team) of the UPA.

Keywords: : Mental health; Psychosocial Attention; Unit Ready Service - UPA; Intervention to the Crisis, Use of Psychoactive Substances - SPA.

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxograma do manejo à crise em Saúde Mental.....	34
Figura 2 - Relação dos riscos psicossociais no uso de SPA.....	48
Figura 3 - Conjunto de Legislações que regem UPAs 24h organização, financiamento, gestão para funcionamento e atendimento ao usuário no SUS.....	60
Figura 4 - Fluxograma da RAPS do município deste estudo em 2018-19.....	63
Figura 5 - Fluxograma da Rede Intersetorial do município.....	64
Figura 6 - Perfil da amostra com relação a atuar em outros lugares além da UPA.....	70
Figura 7 - Tempo de serviço na UPA para os 14 profissionais.....	70
Figura 8 - Respostas sobre ter ou não conhecimento da Portaria nº 3.088/2011.....	73

Lista de Quadros

Quadro 1 - Classificação de Risco.....	32
Quadro 2 - Passo a passo da avaliação da cena de crise em Saúde Mental.....	33
Quadro 3 - Descrição do perfil e manejo do paciente violento.....	35
Quadro 4 - Avaliação do paciente com risco de suicídio.....	35
Quadro 5 - Etapas na intervenção à crise em saúde mental.....	39
Quadro 6 - Tipos de dependência ao uso de SPA.....	43
Quadro 7 - Padrões de uso de SPA e sua relação com o sujeito.....	44
Quadro 8 - Classificação dos três tipos de porte de UPAs 24h por população com número de leitos de observação e sala de urgência.....	58
Quadro 9 - Apresentação das categorias de análise.....	74
Quadro 10 - Conceitos de sofrimento psíquico e crise.....	81

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Perfil dos participantes desta pesquisa: idade e sexo e tipo de contratação.....	68
Tabela 2- Registro de casos de internações hospitalares na 18ª Região de Saúde: Grande Florianópolis	82
Tabela 3 - Internações por diagnóstico no município.....	83

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial e suas diversas modalidades
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde
CEAP – Centro Especializado em Aconselhamento e Prevenção
CENTRI – Centro de Triagem
Centro POP – Centro de Referência Especializada para Pessoas em Situação de Rua
CFM – Conselho Federal de Medicina
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CT – Comunidade Terapêutica
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
DSM IV – Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
H1N1 – Influenza A subtipo H1N1
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPQ – instituto de Psiquiatria
LILACS -Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NEU - Núcleos de Educação em Urgências
NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NOB/SUAS – Norma Operacional Básica/ Sistema Único de Assistência Social
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA –Pronto Atendimento
PAC – Programa de Aceleração de Crescimento
PND – Política Nacional sobre Drogas
PNH – Política Nacional de Humanização e Gestão
PNMS – Política Nacional de Saúde Mental
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RUE – Rede de Atenção à Urgência e Emergência
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*
SISREG – Sistema Nacional de Regulação
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SDR – Secretarias de Desenvolvimento Regional
SPA – Substâncias Psicoativas
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

Listas de Anexos e Apêndices

APÊNDICES	114
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO 1: Assistente Administrativo.....	115
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO 2: Equipe de Saúde.....	118
APÊNDICE 3 - Roteiro de Entrevista: Gestores da UPA.....	123
APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	124
APÊNDICE 5 – Eixo Atenção Básica.....	126
ANEXOS	127
ANEXO 1 – Fluxograma Paciente com sofrimento agudo.....	128
ANEXO 2 – Fluxograma Paciente com queixas relacionadas ao uso de álcool.....	129
ANEXO 3 – Protocolo de atendimento ao paciente violento.....	130
ANEXO 4 – Protocolo de Tratamento da Abstinência Alcoólica.....	110
ANEXO 5 – Protocolo a Reação a Experiências Estressoras.....	132
ANEXO 6 – Drogas Depressoras: Álcool.....	133
ANEXO 7 – Drogas Depressoras: Solventes.....	134
ANEXO 8 – Drogas Depressoras: Ópio e derivados.....	135
ANEXO 9 – Drogas Depressoras: Barbitúricos.....	136
ANEXO 10 – Drogas Depressoras: Benzodiazepínicos.....	137
ANEXO 11 – Drogas Estimulantes: Cocaína.....	138
ANEXO 12 – Drogas Estimulantes: Anfetaminas.....	139
ANEXO 13 – Drogas Perturbadoras: Anticolinérgicos.....	140
ANEXO 14 – Drogas Perturbadoras: Canabinóides.....	141
ANEXO 15 – Drogas Perturbadoras: Alucinógenos.....	142
ANEXO 16 - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.....	143

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1 Saúde Mental no Brasil: História da Reforma Psiquiátrica e novas políticas de Saúde Mental.....	19
3.2 Protocolos de organização de serviços no âmbito do SUS e a Intervenção na crise em Saúde Mental	29
3.3 Breves considerações da crise em saúde mental.....	38
3.4 Saúde Mental e Substâncias Psicoativas.....	41
3.5 Rede Intersetorial e Saúde Mental.....	49
3.6 Educação Permanente em Saúde.....	52
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	54
4.1 Caracterização e delineamento da pesquisa.....	54
4.2 Caracterização do local da pesquisa.....	56
4.3 Contextualização da 18ª Região de Saúde: Grande Florianópolis	56
4.4 Caracterização da UPA 24h do município.....	58
4.5 Mapeamento da RAPS no município da 18ª Região de Saúde.....	62
4.6 Participantes da pesquisa.....	64
4.7 Instrumentos de coleta de dados.....	65
4.8 Procedimentos para coleta de dados.....	65
5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	66
6. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	114
ANEXOS	127

1. INTRODUÇÃO

A reforma da saúde no Brasil possibilitou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) mudanças na atenção e no cuidado à saúde integral de pessoas com sofrimento psíquico, transtorno mental e com necessidades decorrentes ao uso de álcool, crack e outras drogas ou, como definiremos neste trabalho: uso de substâncias psicoativas (SPA).

Os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial ocorridos na década de 70 do século XX no país, buscaram em suas lutas a garantia dos direitos às pessoas com sofrimento psíquico, assim como, a sua desinstitucionalização, desospitalização, promoção de reinserção social e reabilitação psicossocial.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) foi sendo construída sob o paradigma psicossocial em consonância a implantação do SUS pela Lei nº 8.080/1990 priorizando os serviços públicos à população. A primeira conquista da Reforma Psiquiátrica foi a promulgação da **Lei nº 10.216/2001** que priorizou os direitos às pessoas com transtorno mental; as conquistas continuaram, com a instituição da **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** pela **Portaria nº 3.088/2011** que estabeleceu a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no território brasileiro sob o paradigma psicossocial: atenção e cuidado em rede às pessoas com sofrimento psíquico e com problemas decorrentes ao uso de SPA.

A RAPS representa a estrutura da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que propõe a oferta de tratamento com Projeto Terapêutico Singular¹ (PTS) em pontos de atenção e cuidado à saúde mental organizados no município que o usuário do SUS reside, ou seja, no seu território e, sob o paradigma psicossocial com articulação do cuidado em rede. Há diferentes componentes e pontos de atenção à saúde mental na RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso SPA no âmbito do SUS.

Os atendimentos às situações de crise em saúde mental no âmbito do SUS apresentam a partir da portaria nº 3.088/11 o paradigma psicossocial que propõe propostas mais humanizadas: atenção e cuidado multidisciplinar, territorial, comunitário e intersetorial contando com leitos de saúde mental em Hospitais Gerais.

¹ “O projeto terapêutico singular é uma ferramenta de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário que deve considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso, ou seja, um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo, família ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.” (BRASIL, 2013,p.83)

Ressaltamos que na RAPS a atenção e o cuidado nas urgências e emergências em saúde mental são partícipes do componente² da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (**RUE**) composta por pontos de atenção como UPA 24h, SAMU, Sala de Estabilização e Unidades Básicas de Saúde. Foi local deste estudo o ponto de atenção Unidade de Pronto Atendimento (**UPA**), que têm como responsabilidade o acolhimento, a classificação de risco e o cuidado às pessoas em sofrimento (de ordem psíquica ou não). Para este estudo focamos nos atendimentos na UPA 24h de pessoas com sofrimento psíquico em geral, transtornos mentais e com problemas decorrentes ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA) em situações de urgência e emergência em saúde mental (BRASIL, 2011).

As UPAs foram instituídas pela **Portaria N° 1.601/2011**, que estabelece diretrizes para a implantação do componente da RUE denominada de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços disponibilizados durante 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. As diretrizes de modelo assistencial e financeiro de UPA 24h foram redefinidas pela **Portaria n° 10/2017**.

As unidades de pronto atendimento 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (BRASIL, 2013,p. 37).

A Portaria n° 1.863/2003 que institui a **Política Nacional de Atenção às Urgências**, consta no artigo 2º, “1 - garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, **psiquiátricas**, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, **violências e suicídios**)” (BRASIL, 2003, grifo nosso). Quando tomamos ciência de que este ponto de atenção é responsável por demandas que incluem o acolhimento às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA, tentativas de suicídio, refletimos na importância dos profissionais que atuam neste ponto de atenção receberem suporte ou formação para aprimorarem habilidades e competências técnicas e emocionais ao

²“Componentes compreendem um conjunto de ações e serviços com o objetivo de atender diferentes necessidades dos usuários e seus familiares nos seus territórios”. (SENAD, 2017, p.09)

acolhimento e cuidado com demandas de saúde mental visto que os atendimentos são para todos os tipos de urgências e emergências que não só àquelas caracterizadas como psiquiátricas. Contudo, partindo do princípio de que todo o despreparo ou dificuldade no manejo com pessoas em situação de crise em saúde mental aumenta o **sofrimento psíquico** tanto do usuário quanto do profissional de saúde, ressaltamos a compreensão de Amarante (2007) quando ele afirma que trabalhar com saúde mental deixou de ser um saber apenas da psiquiatria, pois a Reforma Psiquiátrica remeteu a construção de um novo **lugar social** para as pessoas com sofrimento psíquico, o que implicou na elaboração de um campo de conhecimento cuja atuação envolve diversos atores de âmbito intersetorial e com transversalidade de saberes justificando o conceito de *Atenção Psicossocial*.

Contudo, a precarização dos serviços e a insuficiência no oferecimento de capacitações para o manejo à crise psíquica e situações de urgência psiquiátricas, também são fatores que prejudicam a efetivação do paradigma da atenção psicossocial, favorecendo o encaminhamento da pessoa com crise em saúde mental aos Hospitais Psiquiátricos ou Comunidades Terapêuticas. Os Hospitais Psiquiátricos ainda existentes em larga escala no país, 167 instituições (BRASIL, 2017), como algo similar para o tratamento das urgências e emergências com resquício do modelo manicomial de caráter asilar, ou seja, isolamento ao invés de serem encaminhadas aos Hospitais Gerais e/ou UPAs. E as Comunidades Terapêuticas para internação com objetivo de tratamento sob o modelo de abstinência às pessoas em crise com problemas decorrentes ao uso de SPA. Frente a isto, na nossa percepção é urgente implantar a lógica do paradigma psicossocial nestes locais, pois conforme afirma Amarante (2016b) isolar não é a solução:

Ora, o louco que se asila e tutela e normatiza não é uma pessoa apenas, mas uma ‘classe de gente’ que é colocada sob essa percepção, que é submetida a essa intervenção técnica, a essa invalidação social e a esses interesses privados. (Idem,p.114)

Em pleno século vinte e um este paradigma de isolamento da “loucura, do louco” não é rompido; vivenciamos medidas que afetam a efetividade do paradigma psicossocial. Destacamos a Portaria nº 3.588/2017 que enfatiza o investimento financeiro em leitos de saúde mental em hospitais psiquiátricos ao invés de solicitar o fechamento destes, incentivando as internações de modo asilar.

Como trabalhadora na RAPS de um município da Região de Saúde da Grande Florianópolis, na minha prática identifiquei durante articulações que realizei no CAPS II

com a UPA 24h (da rede do município) que este último ponto de atenção apresentou dificuldades em compreender que é um dos dispositivos substitutivos dos hospitais psiquiátricos conforme PNSM/2017, no que competem as crises em saúde mental. Os profissionais da UPA deste estudo acolhem as pessoas em situação de crise psíquica e com problemas decorrentes ao uso SPA por demanda espontânea, porém, quando realizado articulação por contato telefônico para informar o encaminhamento do usuário ao serviço substitutivo que é a UPA, a resposta do profissional de enfermagem na triagem naquele contato foi de que devemos evitar o encaminhamento para lá e dar preferência ao encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico de referência da região (Instituto de Psiquiatria – IPQ).

O argumento foi de que IPQ apresenta melhor infra-estrutura, profissionais especialistas no manejo e conduta com urgências e emergências em saúde mental, visto que na UPA, segundo relato, não há psiquiatra. Também na realidade da rede local, desde estudo, identifiquei dificuldades pelos profissionais da saúde de diversos pontos de atenção da RAPS na identificação dos sintomas decorrentes do uso SPA em comparação aos dos sintomas que são característicos de transtornos mentais. Inferimos a necessidade do apoio via Educação Permanente em Saúde (EPS) para as capacitações e atualizações aos trabalhadores da RAPS na atenção e cuidado à crise em saúde mental e/ou problemas decorrentes ao uso de SPA.

Portanto, considerando a minha experiência profissional como psicóloga na RAPS do município há 05 anos, tive participação ativa na implantação do CAPS i, sendo sua primeira coordenadora, além de atuar como psicóloga em UBS, CAPS II; Coordenadora de Saúde Mental do município em 2018-19 e, atualmente, psicóloga no NASF; percebo que, mesmo após a inauguração da UPA 24h (que **atende urgências e emergências em saúde mental**) no município os profissionais continuam a encaminhar usuários em crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA para Instituto de Psiquiatria (IPQ). Sendo este referência para as situações de **emergência** em transtorno mental ou uso de substâncias psicoativas e não de urgência.

Compreendemos que para este estudo foi necessário conhecer o fluxo, as intervenções e os encaminhamentos das pessoas em situação de crise por transtorno mental e por uso de SPA neste ponto de Urgência e Emergência, que é a UPA 24h. Com o objetivo de compreender a gestão do cuidado a esses casos de saúde mental que possam ser acolhidos na UPA evitando o encaminhamento direcionado e prioritário ao IPQ; pois é praxe dos profissionais da rede do município um fluxo de rotina de encaminhamento ao IPQ. Uma das

autoras, desde estudo, atuando na RAPS deste município, teve oportunidade de observar encaminhamentos direcionados para o IPQ quando poderia ser acionados outros pontos e componentes desta rede. Inclusive foi um fato motivador para este estudo conhecer as estratégias de ações e de cuidado dos usuários em crise em saúde mental, no ponto de atenção UPA 24h. Para este estudo nos fundamentamos na Portaria nº 1.863/2003, que institui a **Política Nacional de Atenção às Urgências** para garantir que urgências em saúde mental (chamadas psiquiátricas) e as relacionadas às causas externas - **violências e suicídios** (BRASIL, 2003) sejam acolhidos neste ponto de atenção (UPAs 24h) que pertencem ao componente Rede de Atenção à Urgência e Emergência – RUE (BRASIL, 2011).

Identificamos durante fundamentação teórica que há pesquisas realizadas na 18ª Região de Saúde (SOUZA, 2014; BARRETO, 2013) e no Estado do Rio Grande do Norte (DIMENSTEIN et al, 2012) sobre o atendimento a pessoas em situação de crise com transtornos mentais e por uso de SPA em Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e demais pontos de atenção da RAPS, nesses estudos apenas incluíram profissionais da equipe de saúde. Porém neste estudo foram incluídos os profissionais da saúde e os **assistentes administrativos** que entram em contato direto com usuário na recepção. A proposta desta pesquisa foi investigar como ocorre o atendimento às pessoas em situação de crise em saúde mental em uma UPA 24h. Sendo assim, tínhamos um questionamento: Quais são as estratégias e ações utilizadas numa UPA 24h para atender demandas de situações de crise em saúde mental e com problemas por uso de SPA?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as estratégias ações e de cuidado por trabalhadores em uma UPA às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de substâncias psicoativas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar junto aos gestores e trabalhadores de uma UPA quais as ações desenvolvidas para o acolhimento e fluxo de pessoas em situações de crises em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA.

- Identificar ações do cuidado às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA por trabalhadores de uma UPA.
- Identificar os aspectos que facilitam e dificultam o acolhimento na UPA de pessoas em situação de crise em saúde mental e problemas decorrentes ao uso de SPA.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este estudo está fundamentado nas Políticas Públicas de Saúde Brasileira, como: Sistema Único de Saúde (SUS), Rede de Atenção à Saúde (RAS), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Urgência e Emergência (RUE), Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão. Tais escolhas proporcionaram a contextualização do cenário da Saúde Mental no país; permitindo a compreensão e reflexão do mesmo referente ao acolhimento de pessoas em situações de crise em saúde mental nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) – objeto deste estudo.

3.1 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: HISTÓRIA DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E NOVAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Os movimentos e reformas que ocorreram no Brasil sofreram influência das mudanças nas políticas de saúde na Europa e EUA com influentes ativistas, profissionais e pesquisadores como Phillipe Pinel, Erving Goffmann, Maxwell Jones, Michel Foucault, Franco Basaglia, Franco Rotelli. Citamos alguns, de muitos outros, que serviram de referência para a mudança de paradigma na atenção e cuidado as pessoas com sofrimento psíquico no Brasil.

Pinel (1745-1826) era médico e trabalhou em hospícios franceses como o Bicetrê e Salpêtrière, foi um dos percussores da Psiquiatria separando os alienados (doentes mentais) dos marginalizados para oferecer tratamento como profissional Alienista, como na época era denominado o médico que cuidava do sofrimento humano.

A obra de Pinel – estrutura sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) – representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos. Este percurso marca, a partir da assunção de Pinel à direção de uma instituição pública de beneficência, a primeira reforma da instituição

hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2016a, p.26)

Erving Goffman (1961) em sua obra *Manicômios, prisões e conventos* descreve os prejuízos e impactos aos sujeitos e à sociedade das instituições totais. Que as instituições totais “Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu” (pag. 22). E acrescenta:

A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. Na vida civil, a seqüência de horário dos papéis do indivíduo, tanto no ciclo vital quanto nas repetidas rotinas diárias, assegura que um papel que desempenhe não impeça sua realização e suas ligações em outro. Nas instituições totais, ao contrário, a participação automaticamente perturba a seqüência dos papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos. Por isso ocorre o despojamento dos papéis. [...], inicialmente se proibem as visitas vindas de fora e as saídas do estabelecimento, o que assegura uma ruptura inicial profunda com os papéis anteriores e uma avaliação da perda de papel (pag.24).

Portanto, Goffman trouxe-nos a reflexão sobre as conseqüências na subjetividade do sujeito ao ser mantido isolado totalmente da sociedade e de seus familiares sobre condições subumanas e de regras rígidas sem considerar a individualidade de cada pessoa.

A Comunidade Terapêutica é criada por Maxwell Jones (1972) na década de 50 do século XX na Inglaterra, com metodologia assistencial com participação da comunidade hospitalar com objetivo da transformação da dinâmica do hospital. Foi implantada a terapia ativa e ocupacional, participação dos familiares nas atividades com propostas à vida comunitária que contribuiu à lógica antimanicomial no Brasil com os serviços comunitários como os NAPS e CAPS.

Foucault (1972) contribuiu com a sua obra “*História da Loucura na Idade Clássica*” informando ao mundo como a “loucura” era compreendida e abordada nesse tempo histórico, com episódios de grandes internações na Europa, envolvendo diversos conceitos e estratégias de atenção e cuidado; sempre sob a lógica manicomial do isolamento e atendimento igualitário coletivo com maus tratos e estigmas.

Basaglia (1985) nos presenteou com o pensamento de que é importante enxergar o doente como um sujeito em sofrimento e não pela sua periculosidade; é colocar a doença em “parênteses”. Compreende que tanto a loucura quanto a doença não são condições toleradas pela sociedade e não são condições violentas, sendo assim, o foco é o tratamento. Ele

entende que para lidar com a loucura é necessário liberdade, o homem livre tem a posse de si e da própria vida.

Rotelli (et al 2001) acredita que a liberdade é um fato coletivo e não se deve deixar a pessoa só. A partir da ótica da liberdade terapêutica iniciou-se a discussão dos direitos humanos e ao acesso a formas substitutivas de tratamento que ofereçam a dignidade humana ao sofrimento. Contribui com sua visão de desinstitucionalização e a necessidade de criação de serviços diferentes da lógica hospitalocêntrica e manicomial para evitar a cronicidade da doença mental.

No Brasil o movimento da Reforma Sanitária iniciam na década de 70 do século XX contribuiu na promoção de mudança nos modelos de atenção e gestão de práticas de saúde, enfatizando a importância da saúde coletiva, assim como a equidade nos serviços, o protagonismo dos trabalhadores e dos usuários nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. O movimento da Reforma Psiquiátrica, também na década de 70, contribuiu na mudança da lógica asilar, manicomial e biomédica que era modelo único de assistência centrado no hospital psiquiátrico. Embora houvesse diferença nos princípios de cada uma, a Reforma Sanitária tinha o objetivo de promover a institucionalização densa, universal e inquestionável da saúde e assistência médica enquanto o movimento pela Reforma Psiquiátrica manteve o foco na transformação do ato de saúde, do papel normalizador das instituições implicando na desinstitucionalização como desconstrução – além da proposta de redução de leitos psiquiátricos havia a da ampliação de serviços ambulatoriais como hospitais-dia, centros de convivência, por exemplo - (AMARANTE, 2016 a).

O modelo clássico restringe o espaço da atenção à saúde à sua natureza biológica ou organicista (a doença torna-se simplesmente uma manifestação de desequilíbrio entre estruturas e funções); centra as estratégias terapêuticas no indivíduo, extraído do contexto familiar e social; incentiva a especialização da profissão médica, minimizando a importância da complexidade do sujeito para o diagnóstico clínico; fortalece a tecnificação do ato médico e estruturação da engenharia biomédica; consolida o curativismo, por prestigiar o aspecto fisiopatológico da doença em detrimento da causa. [...] (AMARANTE, 2016a, p.11)

Amarante (2016a) ressalta que Franco Basaglia contribuiu com o seu projeto de transformação institucional na desconstrução e invenção do conhecimento, das tecnologias científicas, ideologias até na função dos técnicos e intelectuais. E complementa que a desinstitucionalização vai além da desospitalização, que é a compreensão da instituição no

seu sentido dinâmico e na complexidade das práticas e saberes na produção das formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos históricos e sociais.

(...) A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórica-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento 'político': traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no conforto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam. (AMARANTE, 2016 a, p.47)

O movimento representado por trabalhadores, sindicalistas, associações de familiares e usuários com longo histórico de internações fomentaram mudanças nas políticas públicas e denunciou maus-tratos aos usuários internados nestes hospitais psiquiátricos. Esse movimento ficou denominado de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e abriu voz para além das denúncias de violência, a mercantilização da loucura, da crítica sobre o saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico às pessoas que tem transtorno mental. O movimento pode fomentar reflexões sobre o saber psiquiátrico e seus dispositivos disciplinares (AMARANTE, 2016a), possibilitando o desenvolvimento do conceito de Atenção Psicossocial (AP); atualmente o modelo da Política Nacional de Saúde Mental do país. A Atenção Psicossocial (AP) é um paradigma psicossocial de cuidados à Saúde Mental que foi construído a partir da trajetória político-social de lutas contra o sistema manicomial e do saber predominante a Psiquiatria no Brasil na década de 70. Assim, a lógica da atenção psicossocial surge como estratégia de transformação do sistema de saúde mental:

(...) é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades (AMARANTE, 2016 a, p. 94)

Os movimentos sociais e institucionais representantes desta trajetória são o movimento da Reforma Psiquiátrica, algumas classes trabalhadoras (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros) e usuários de serviços de Saúde Mental (os Hospitais Psiquiátricos) e seus familiares. A Reforma Psiquiátrica é “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento de

propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.” (AMARANTE, 2016a, p.87).

O marco na caminhada da Reforma Psiquiátrica foi o Manifesto de Bauru-SP, este movimento ocorreu durante o II Congresso Nacional do MTSM e foram discutidas as primeiras propostas e ações à mudança do modelo assistencial de saúde mental defendendo uma sociedade sem manicômios. Assim, sucessivamente foram ocorrendo outros encontros como conferências nacionais de saúde e serviços de acordo com o modelo de assistência psicossocial foram inaugurados (CAPS, NAPS); até que em 2001 é promulgada a **Lei 10.216/2001** sendo uma das grandes conquistas no Brasil, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e tem como proposta a extinção progressivamente de manicômios. Um ano depois, em 2002 é instituída a portaria GM/336 que estabelece os CAPS de diversas modalidades como CAPS I, CAPS II, CAPS III e especificidades como CAPS i (Infanto-Juvenil, CAPS II (Transtorno Mental) e CAPS AD (Álcool, Crack e outras drogas) para o atendimento sob o paradigma psicossocial, não manicomial e não asilar as pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2005). A Política Nacional sobre drogas no Brasil (2002) assim como no mundo, teve seu histórico por muito tempo pautado num paradigma proibicionista, repudiador, repressor, estigmatizante, incriminador e moralista focado na abstinência total. Este paradigma implica em responsabilizar o usuário como protagonista da escolha da dependência química e seus prejuízos agregados ao uso das substâncias psicoativas (ex: sociais, financeiros, mentais, orgânicos, emocionais, laborais etc). Ressaltamos que a Política Nacional sobre drogas (PNAD) foi revogada pelo Decreto nº 9.761/2019 (BRASIL, 2019b).

O processo de transformar questões sociais em biológicas é bastante conhecido na história da humanidade. Nos momentos de grande tensão social, de movimentos reivindicatórios importantes, a resposta da sociedade sempre foi biologizar as questões sociais que se haviam transformado em foco de conflito. Nesse processo, sempre houve o respaldo da ciência de matriz positivista, cujos interesses coincidem com os de uma determinada classe social. Ao biologizar as questões sociais, atingem-se dois objetivos complementares: isentar de responsabilidade todo o sistema social, inclusive em termos individuais e “culpabilizar a vítima”. Talvez por aí se possa entender por que essa concepção de ciência e seus resultados são tão facilmente aceitos e disseminados pela sociedade, até mesmo pelas próprias vítimas desta ideologia apresentada como ciência²⁸(Schneider, 2008, p.695).

A ótica da **Política de Redução de Danos** apresenta um novo paradigma ao cuidado e tratamento baseado na ética, na co-responsabilidade do profissional com o usuário no papel de protagonista do seu tratamento a partir da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). O usuário participa diretamente na construção do seu PTS que visa reduzir os danos, ou seja, diminuir o potencial de prejuízo ao usuário a partir de intervenções educativas, esclarecedoras e não proibicionistas. Grigolo et al (2015) define o PTS como uma tecnologia para a gestão do cuidado e descreve o motivo da nomenclatura: projeto por ter sua construção inacabada e flexível para as reconfigurações necessárias; terapêutico por experimentar o cuidado como uma construção de sentidos e práticas de saúde e singular por se referir ao sujeito/família na elaboração do cuidado de si.

Os Centros de Atenção Psicossocial que atendem pessoas com necessidades devido ao uso de álcool, crack e outras drogas (CAPS AD) de acordo com a Portaria nº 1.028/2005 que advoga a favor da política de **redução de danos sociais e a saúde**, prioriza a oferta de ações de informações, educação, aconselhamento com o objetivo de instruir o usuário na adoção de comportamento mais seguro no uso de SPA e durante as relações sexuais e, assim, reduzir os agravos à sua saúde de forma integral.

Em 2011 é instituída a nova **Política Nacional de Saúde Mental** (PNSM) pela **Portaria nº 3.088** que define os componentes e pontos de atenção necessários à atenção e ao cuidado de pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes de álcool, crack e outras drogas que devem contemplar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (BRASIL, 2011).

Cabe-nos ressaltar que a PNSM apresenta 07 componentes de atenção e cuidado à saúde mental no território; porém os seguintes componentes VI Estratégias de Desinstitucionalização e VII Reabilitação Psicossocial têm a função de executar a reinserção social e promoção de autonomia dos usuários que precisam egressar dos hospitais psiquiátricos e aos que ingressam em serviços de atenção psicossocial.

Dallari e Pitta (1992, p.95) fazem analogia sobre o cuidado à saúde mental a necessidade de atrelar ao cuidado ampliado da saúde, numa visão integral do ser humano: “[...] as pessoas transitam em níveis de saúde e doença que as fazem ter necessidades diferentes de cuidados, na dependência de onde e como se encontra.” No contexto da reabilitação psicossocial, conforme aponta Pitta (2016) é preciso criar um conjunto de meios que envolvem programas e serviços que se desenvolvem com o propósito de facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Esta autora sugere a definição de reabilitação psicossocial está baseada em iniciativas que buscam a redução do poder

cronificador e desabilitante dos tradicionais tratamentos, podendo se desenvolver dentro ou fora dos hospitais desde que se utilizem técnicas para esse propósito. O processo de transformação dos antigos hospitais psiquiátricos em novos espaços de acolhimento e tratamento, de acordo com a autora tem sido um processo com custos econômicos e tecnológicos. Destaca que os serviços da RAPS têm apresentado tentativas de articulação para estabelecerem um sistema reabilitador.

Os contextos onde essas práticas reabilitadoras acontecem tem variado de *settings* e ideologias. As práticas territoriais têm sido mais coerentes com os propósitos reabilitadores articulando diferentes serviços comunitários: centros ou núcleos de atenção psicossocial, cooperativas de trabalho, moradias assistidas, ateliês terapêuticos e centros de ajuda diária de diferentes tipos. (Pitta, 2016, p.3)

Saraceno (2016, p. 22) compreende que a reabilitação é uma exigência ética que deve pertencer a um grupo de profissionais e que envolve todos os atores do processo de saúde-doença: usuários, familiares e comunidade. Ressalta que é “(...) um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.” A pessoa pode entrar em crise e adoecer quando há um desequilíbrio ou ausência de um desses três pilares.

Tykanori (2016) ao definir a contratualidade do usuário, relata que ela é determinada pela relação estabelecida pelos profissionais que o atendem e pela capacidade de elaborar projetos, ações práticas que possam modificar as condições concreta de vida de modo que a subjetividade do usuário seja enriquecida e que permita a contextualização das abordagens terapêuticas. Em outras palavras, a pessoa em crise precisa de ajuda profissional em várias áreas do saber. Emoções, sentimentos, pensamentos mudam quando as condições responsáveis e/ou sustentadoras da crise mudam também, o estado psicológico de sofrimento muda quando as condições responsáveis são alteradas para promover saúde, evitar adoecimento. O poder público precisa está presente e fazer cumprir o que é estabelecido nas políticas públicas, na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), pois é dever do Estado Brasileiro independente do governo eleito e dos partidos políticos no poder, cumprir sua responsabilidade para com os cidadãos de prover Saúde, Educação e Segurança.

Segundo Venturini (2016), o processo de desinstitucionalização ou o processo reabilitador implica na relação do usuário e o profissional, distanciando-se do foco de dados quantitativos supervalorizados pelos gestores. Ressalta que o usuário e a doença “não podem

mais ser classificados como crônicos ou como agudos, mas somente como passíveis de transformação (p.33).” Partindo desta lógica, compreendemos que a PNSM veio contribuir com a proposta de Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial, com a implantação dos componentes e pontos de atenção substitutivos aos manicômios, agregando a prática da elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com o usuário e familiares/responsáveis, por exemplo. No entanto, há alguns obstáculos a serem superados, como o próprio autor citou há uma predominância na ênfase de registrar dados (ações e diagnósticos) ao invés de prioridade na construção de vínculo com o usuário, no fortalecimento do protagonismo do usuário, no estabelecimento de articulações intersetoriais em prol da possibilidade de estabelecer estratégias de reabilitação psicossocial e inserção social no território e entre outras propostas que a Reforma Psiquiátrica busca garantir até os dias atuais.

Publicações ministeriais mais recentes, como a **Resolução nº 32/2017** apresenta diretrizes que afirmam ser para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Quando identificamos que há um enfraquecimento da RAPS visto que tem territórios com número de habitantes compatíveis para implantação de CAPS III e outras modalidades de CAPS. Somado a isto, os CAPS já existentes, alguns deles correm o risco de serem reestruturados se transformando em CAPS IV conforme a **Portaria nº 3.588/2017** que aprova a implantação de **CAPS IV**(novos ou reestruturados) nos territórios em cena denominados de espaços de *cracolândia*. Nesta portaria há aspectos positivos quanto ao fortalecimento financeiro do processo de desinstitucionalização dos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, que precisam de moradias na comunidade, há um incentivo a ampliação no número de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

Na contramão dos objetivos originários da Reforma Psiquiátrica, as Comunidades Terapêuticas (CTs) foram aprovadas e incluídas como serviço extra-hospitalar pelo Ministério da Saúde. Elas continuam fazendo parte da rede e recebendo custeio para beneficiar parte da população que não aprecia ou não compreende a Política de Redução de Danos que os CAPS AD oferecem. A própria Política Nacional sobre Drogas apresenta fragilidades no que compete aos incentivos à manutenção desta opção privada de tratamento que não prioriza a **Redução de Danos** e funciona, às vezes dentro, do paradigma do isolamento.

É de suma importância destacar que tanto os Hospitais Psiquiátricos (manicômios) e as Comunidades Terapêuticas estão ingressos no contexto do paradigma asilar da loucura, cada serviço em seu tempo na história, porém, ainda presentes na Política Nacional de Saúde

Mental vigente. Para compreendermos sua presença no contexto social da loucura, a seguir descrevemos o período de ingresso na rede de saúde sob a ótica de cuidado asilar e manicomial no Brasil. Os **Hospitais Psiquiátricos** no Brasil se inseriram no contexto da saúde com o foco priorizado na atenção à loucura e na lógica da administração privada. Em 1966 foi criada a Federação Brasileira de Associações de Hospitais (FBH) e em 1973 é criada a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), que estabelece a concorrência nas verbas e recursos da Previdência Social (AMARANTE, 2007). Com isso, identificamos o retrato das instituições privadas em domínio no país há muitas décadas, visando o interesse privado, a lucrabilidade com o “a loucura”, com características manicomiais, higienistas e de controle social. As **Comunidades Terapêuticas** (CT’s) se tornaram atores na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas de 2003; foram regulamentadas em 2001, pela publicação da Resolução nº 101/2001, pela Diretoria Colegiada da ANVISA, que estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas (BRASIL, 2003). De acordo com Nota Técnica Nº 21 de 2017 do IPEA há 120 CT’s no Estado de Santa Catarina (IPEA, 2017). As CT’s são instituições não governamentais que recebem recursos financeiros para abrigar em residências coletivas temporárias pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA) e que apresentam uso problemático às drogas. Essas pessoas permanecem isoladas do seu contexto social e familiar, são submetidas às práticas terapêuticas com rotina disciplinar; participam de atividades de trabalho (laborterapia), práticas religiosas ou espirituais, terapias psicológicas e reuniões de grupo de ajuda mútua com o objetivo de alcançar o *estado de abstinência* de SPA (IPEA, 2017). Esta prática terapêutica se assemelha ao modelo manicomial, não condizendo e não caminhando com os objetivos da Política Nacional de Saúde Mental/2017(PNSM) e da Política Nacional sobre Drogas/2008 (PND) que priorizam o paradigma psicossocial sem visar o isolamento como proposta de tratamento. Amarante, em seu livro *Loucos pela vida*, ressalta que a lógica manicomial promove o distanciamento do coletivo social e prioriza as internações:

O paradigma psiquiátrico clássico transforma a loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade (AMARANTE, 2016 a, p.46-47).

Em contrapartida, mais recentemente, em meados do século XX em diante, ‘a loucura’ na linguagem médica passou a ser considerada pela ocorrência de sintomas comuns e/ou mais freqüentes recebendo nomes/conceitos diversos para uma variedade de transtornos mentais. A necessidade de uma linguagem comum para facilitar a comunicação entre os diferentes profissionais da saúde até mesmo entre os pacientes/familiares, pois todos podem acessar as definições e classificações. Dois reconhecidos são utilizados, a saber: manual internacional de classificação e diagnósticos de doenças (*Diagnosticand Statistical Manual of mental disorders*) - denominado de DSM V em sua quinta edição - e o manual de Classificação Internacional das Doenças - denominado como CID-10 em sua décima edição.

O diagnóstico de transtorno mental deve ter utilidade clínica: deve ajudar os clínicos a determinar o prognóstico, os planos de tratamento e os possíveis resultados do tratamento para seus pacientes. Contudo, o diagnóstico de um transtorno mental não é equivalente à necessidade de tratamento. A necessidade de tratamento é uma decisão clínica complexa que leva em consideração a gravidade dos sintomas, a importância dos sintomas (p. ex., presença de ideação suicida), o sofrimento do paciente (dor mental) associado ao(s) sintoma(s), deficiência ou incapacidade relacionada aos sintomas do paciente, riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis e outros fatores [p. ex., sintomas psiquiátricos complicadores de outras doenças] (APA, 2014, p.20)

Porém adoecimento psíquico ou mental, sofrimento psíquico, crise em saúde mental são conceitos utilizados e atrelados a um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, sociológicos, antropológicos, psicológicos dentre outros. Pensar em saúde ‘mental’ é pensar em um conceito de saúde ampliado para além dos sintomas, ou das causas e manifestações orgânicas. É refletir sobre a multi determinação que envolve diferentes causas que são produto da interação da pessoa com seu ambiente/mundo. Ambiente sem saneamento, sem emprego, sem oportunidades, sem um Estado presente nos três pilares básicos da seguridade social: saúde, educação e segurança. Diante do exposto, nós pensamos e concebemos saúde para além da ausência de doença, mas principalmente, com foco em promoção e prevenção, nós apreciarmos e defendemos a definição do conceito ampliado de saúde advindo de movimentos sociais, acadêmicos que convergiram no encontro da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde vai além de ausência de doenças, considera o conjunto de bem-estar físico, mental e social de uma pessoa e que diversos fatores podem colocar em risco a saúde mental como, por exemplo, rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão

social, estilo de vida não saudável, diferentes tipos de violência e violação dos direitos humanos (OPA/OMS, 2016).

3.2 PROTOCOLOS DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO SUS E A INTERVENÇÃO NA CRISE EM SAÚDE MENTAL

O acolhimento de acordo com a **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão** (PNH) do SUS é uma ação de aproximação e estabelecimento de relação com o outro; está presente em todas as relações cotidianas das pessoas. Através do acolhimento que são estabelecidos os vínculos, aonde as pessoas envolvidas serão afetadas com essa troca de contato. Estabelecer uma relação com o outro com postura empática e prestativa para, ao acolher, buscar estratégias a atenção a ao cuidado a esta(s) pessoa(s) (BRASIL, 2009).

O **acolhimento** é uma das diretrizes da PNH nas dimensões política, ética e estética. Política, pois implica no compromisso coletivo e no protagonismo durante as relações estabelecidas. Ética pelo reconhecimento do outro e suas diversidades. Estética pelas invenções de estratégias nas relações cotidianas que contribuem para a dignidade da vida do ser humano. (BRASIL, 2009)

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (idem, p.20-21)

A PNH prioriza o princípio da universalidade e equidade do SUS, referente ao acesso aos serviços de saúde e na responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Destaca os seguintes acessos: às unidades e serviços - **garantia do cuidado**; à qualidade da/na assistência - **escuta/vínculo/responsabilização/resolutividade**; à continuidade do cuidado; à participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde - **autonomia e protagonismo do cidadão** – usuário e sua rede social; à saúde como bem com “valor de uso” e não como mercadoria - **formas dignas/potentes de viver a vida com autonomia**. (BRASIL, 2009)

A proposta acima é para que seja estabelecido entre os profissionais e a população durante o estabelecimento das relações e dos vínculos nos serviços de saúde do SUS. São

estratégias de construção coletiva de práticas de co-responsabilidade e de autonomia às pessoas implicadas. Portanto, o acolhimento no campo da saúde é um modo de produção de saúde “e ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.” (BRASIL, 2009, p.15)

Nos **serviços de urgência**, a PNH estabelece que as pessoas que procuram o atendimento pressupõem que serão acolhidas por um profissional de saúde e, espera-se que:

Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar o risco e a vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, a para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução (BRASIL, 2009, p.21).

A **classificação de risco** é uma ferramenta que permite estabelecer critérios de prioridade no atendimento baseado em informações técnicas utilizadas pelos profissionais da enfermagem. De acordo com o Ministério da Saúde (2002) a classificação de risco é uma prática dos profissionais de enfermagem que classificam os atendimentos, durante a triagem, por meio de protocolos que visa identificar de forma rápida e científica critérios clínicos para determinar a ordem de atendimento de cada usuário proporcionando agilidade e segurança nos serviços de urgência (COFEN, 2011).

A Portaria GM/MS nº 816/2005 que constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências; considera necessário o estabelecimento de critérios para a avaliação, aprovação e incorporação, de protocolos clínicos e assistenciais, diretrizes terapêuticas; reconhecendo os seus impactos na saúde da população e na organização dos serviços (BRASIL, 2005a). Os protocolos são instrumentos orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política fundamentadas pelos pressupostos de evidências científicas; que auxiliam no enfrentamento de problemáticas tanto na assistência quanto na gestão dos serviços. (WERNECK, 2009)

Há dois tipos de protocolos: os **protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**, que são específicos para casos clínicos (síndromes, doenças ou transtornos mentais) e são “instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários apresentando características voltadas para a clínica, as ações preventivas, promocionais e educativas.” (WERNECK, 2009, p.31). E há os **protocolos de organização dos serviços**; que são instrumentos que auxiliam na gestão dos serviços, organizando o trabalho a unidade de saúde no território e os

fluxos administrativos da rede, assim como também, os processos de avaliação e a constituição de sistemas de informação e sua comunicação em rede. Ambos apresentam diretrizes de funcionamento, seja terapêutica ou prática-funcional que representam os processos de trabalho e oferecem resolutividade nas ações e são denominados de protocolos de cuidado à saúde.

Com a descentralização, a autonomia dos municípios tem sido um dos mais importantes avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em muitos deles, a construção do sistema de saúde vem se consolidando à medida que se alcança um processo estruturado de gestão, no qual entre outros, o emprego de protocolos tem sido uma maneira de efetivar o modelo de atenção proposto pelo SUS (WERNECK, 2009, p.19).

Em defesa ao uso dos protocolos é que eles contribuem com a organização do trabalho, protegem os trabalhadores porque seguem as diretrizes do SUS. Entretanto, é preciso que juntos, gestores e profissionais, construam e programem os protocolos para que estes sejam de fato eficazes e efetivos nos processos de e no ambiente de trabalho. Possibilitando atingir as metas e objetivos estipulados, através da implementação de ações que venham modificar o processo de trabalho dos trabalhadores de saúde (WERNECK, 2009).

No Brasil o protocolo de classificação de risco mais utilizado no SUS é o protocolo Manchester ou adaptações deste; nem todos os serviços costumam ter financiamento para adquirir este protocolo que exige aplicação de tiras ou fitas com as cores de classificação para aplicar nos usuários enquanto aguardam o atendimento médico após a triagem. No entanto, todos os serviços fazem uso do modelo da classificação de cores deste protocolo: Vermelho indica que o atendimento deve ser imediato, inclui casos de situações clínicas graves como politraumatismo grave, estados de coma, crise convulsiva, **intoxicação endógena** ou **tentativas de suicídio** etc. Amarelo para casos urgentes é recomendado tempo de espera de até 30 minutos, inclui politraumatismo sem alterações de sinais vitais, cefaléia intensa, desmaios e **alteração aguda de comportamento** – agitação, letargia ou confusão mental etc. Verde aos casos de menor gravidade, recomendado tempo de espera até 60 minutos, inclui casos de idosos (pessoas acima de 60 anos), gestantes com complicações na gravidez, asma fora da crise, enxaqueca etc. Azul aos casos de menor gravidade sendo recomendado tempo de espera de até duas horas (120 minutos), inclui os casos de queixas crônicas sem alterações agudas e procedimentos como curativos, resultado de exames e etc.

Esta classificação pode ser melhor visualizada no quadro abaixo:

Quadro 1 – Classificação de Risco

Classificação	Intervenção Médica	Reavaliação do Enfermeiro	Prioridades
Vermelho (emergência)	Intervenção médica imediata	Cuidados contínuos	Tratamento médico imediato
Amarelo (urgência)	Avaliação médica < 30 minutos	A cada 30 minutos	Aguardam atendimento médico prioritário
Verde (semi-urgência)	Avaliação médica < 1 hora	A cada 60 minutos	Aguardam consulta com prioridade em relação ao azul
Azul (não urgência)	Avaliação médica < 2 horas	A cada 2 horas	Atendimento por ordem de chegada

Fonte: (COFEN, 2011)

Em linhas gerais acolher com classificação de risco implica:

[...] garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009, p.24).

O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém ele não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde (2013) elaborou fluxogramas para os trabalhadores da Atenção Básica podemos visualizá-los no Anexo 1 (paciente com sofrimento mental agudo) e Anexo 2 (paciente com queixas relacionadas ao uso de álcool).

Há diferença nos conceitos de urgência e emergência, de acordo com a Resolução CFM nº 1451/1995. Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Sendo a **urgência** uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cuja pessoa necessita de assistência imediata. E a **emergência** uma constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto tratamento médico imediato.

De acordo com Fialho (2015) o Manual de Regulação Médica de Urgências (2006) orienta que seja definida urgência como os caso agudos que necessitem de cuidado imediato e cita os quatro níveis de urgências:

Nível 1: Urgência de prioridade absoluta: casos em que haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediata ou secundária.

Nível 2: Urgência de prioridade moderada: casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas.

Nível 3: Urgência de prioridade baixa: casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas.

Nível 4: Urgência de prioridade mínima: situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos (Idem, p.29) Grifo nosso.

Campos (2014) recomenda que o profissional ao se deparar com uma situação de crise em saúde mental possa ter condições de avaliar a cena da situação. Descreve *ACENA* como padrão de orientação e define cada letra:

Quadro 2 – Passo a passo da avaliação da cena de crise em Saúde Mental

<p>A – ambiente material e social da crise;</p> <p>C – conflito e crise na rede social e familiar;</p> <p>E – entrada em cena da equipe;</p> <p>N – nível de consciência neuropsiquiátrica e subjetiva e</p> <p>A – agressividade, autoagressão e suicídio, álcool e outras drogas.</p>
--

Fonte: (CAMPOS, 2014) Adaptado pela autora.

De acordo com o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), o conceito de intervenção na crise é:

Abordagem terapêutica breve que procura proporcionar melhorar (ao invés de cura) das emergências psiquiátricas agudas. Usada em contextos, como dos pronto-socorros de hospitais psiquiátrico ou geral, na casa ou local de ocorrência da crise, esta abordagem focaliza fatores interpessoais e intrapsíquicos e a modificação ambiental (DeCS,2018).

Campos (2014) contribui com o passo a passo do manejo dos profissionais em situação de crise em saúde mental:

Figura 1 – Fluxograma do manejo à crise em Saúde Mental



Fonte: (CAMPOS, 2014, p. 39)

O Ministério da Saúde (2002) desenvolveu um Manual de Protocolos da Unidade de Emergência e nele constam procedimentos técnicos para o manejo de pessoas em situações de crise em saúde mental e com problemas decorrentes de SPA. Consta no capítulo intitulado de Emergências Psiquiátricas: Avaliação do Paciente Violento e Tratamento da Abstinência Alcoólica (vide protocolos em anexos 3 e 4). Vale apenas lembrar que a Lei nº 10.409/2002 e a portaria 1.028/2005 são políticas que tratam da redução de danos em oposição à abstinência (Brasil, 2005). Há defensores das duas práticas, sem consenso. Implantar uma política de redução fica difícil quando alguns profissionais da saúde e setores da sociedade (ex. seguimentos religiosos, interesses econômicos) defendem abertamente abstinência, temos como resultado avanços e retrocessos, ora verba é alocada na redução, ora verba na ampliação das comunidades terapêuticas, ou há uma ‘divisão’ de verbas onde uma estratégia será privilegiada em detrimento da outra.

A proposta de fluxograma de atendimento ao paciente violento é sob uma lógica do atendimento e procedimentos baseados no modelo manicomial, somado a intervenção policial. A compreensão de que a crise está associada a comportamentos violentos, insinuando que a doença mental (lembramos que no DSM-V usar-se transtorno mental) está vinculada a característica de periculosidade é pertencente do paradigma do século XIX. Quando os médicos costumavam elaborar pareceres de criminosos para os tribunais buscando explicar que os atos criminais era característica: de monomania (pessoa que pratica um crime sem razão ou justificativa aparente) que é uma doença monossintomática com manifestação única, ou seja, ocorre uma vez na vida da pessoa. Reforçando, com isso, a associação direta entre loucura e potencial de violência (JARDIM, 2014).

A pessoa que procura ajuda apresentando comportamento violento acaba confirmando o que Jardim (2014) destaca, loucura atrelada a violência, e seu acolhimento é diferenciado, pois diante da violência o conceito ampliado de saúde aqui apresentado fica nublado e os profissionais acabam fazendo a contenção e medicação do 'louco violento'. No anexo 4 consta o fluxo de procedimentos para a avaliação do paciente violento, está explícito presença de alguém durante o atendimento e contenção física.

O protocolo ainda descreve o perfil e como deve ser o manejo com o paciente violento conforme o Quadro - 3 abaixo.

Quadro 3 – Descrição do perfil e manejo do paciente violento

Indicadores verbais:

- pensamentos homicidas, fantasias de violência, tortura e mutilação; discurso de raiva intensa, impulsos coléricos.
- comportamento agitado, psicótico, encolerizado, paranóide, intoxicado ou delirante, voz alta, estridente ou gritada, comentários pejorativos, difamatórios ou sexualmente agressivos (considerar qualquer ameaça feita pelo paciente).

Indicadores não-verbais:

- olhos arregalados, comportamento exigente e tenso, postura inclinada para frente e em estado de hipervigilância;
- histórico de atos violentos, baixa auto-estima ou paranóia.

Indicadores de maior risco:

- sexo masculino com idade entre 14-24 anos, baixa escolaridade, histórico de abuso de drogas, violência familiar, registro de detenções, história recente de vários empregos.

Sugestões:

- Recomendação de presença de segurança ou acompanhamento de outra pessoa da equipe durante a entrevista, manter a porta aberta. Impedir do paciente ande pelos corredores ou permaneçam sozinhos em uma sala quando estiverem agitados ou muito irritados.

Contenção Física:

- Tentativa de contenção voluntária, solicitar que o paciente deite e explicar o motivo da ação. Caso o paciente negue, não negociar. Solicitar apoio de cinco (05) pessoas para a contenção, cada um responsável por cada membro do corpo do paciente e uma para a cabeça.
- Finalizada a contenção, supervisionar a cada 15 minutos e manter diálogo com o paciente a cada 2 (duas) horas.
- Realizar nova entrevista médica após a contenção.
- Decidir pelo uso ou não da medicação.

Fonte: (BRASIL, 2002)

No capítulo Emergências Psiquiátricas, o protocolo ainda dispõe de modelo da Escala Sad Pearsons para avaliação ao paciente com risco de suicídio. Como consta no quadro abaixo:

Quadro 4 – Avaliação do paciente com risco de suicídio

Sexo	1 se masc;0 se fem.
Idade	1 se < 19anos ou > 45 anos
Depressão	1 se presente

Tentativa anterior	1 se presente
Abuso de álcool	1 se presente
Perda do pensamento racional	1 se paciente psicótico
Perda do apoio social	1 se presente(principalmente perda recente)
Plano organizado de suicídio	1 se presente e método letal
Não casado	1 se divorciado,viúvo,separado ou solteiro
Doença	1 se doença crônica, debilitante e severa

Procedimento conforme o número de indicadores de risco	
0 a 2	Não hospitalizar, acompanhamento ambulatorial
3 a 4	Acompanhamento estreito, considerar hospitalização
5 a 6	Hospitalização deve ser fortemente considerada
7 a 10	Hospitalização

Fonte: (BRASIL, 2002) Adaptado pela autora.

O protocolo ainda ressalta os fatores preditores de suicídio após tentativa de suicídio, destacando os seguintes fatores: evidência de intenção séria; transtorno depressivo; abuso de álcool e outras drogas; tentativa de suicídio prévia; isolamento social; idoso (mulher apenas); sexo masculino e sentimento de falta de esperança.

O fenômeno do suicídio recebeu ênfase a prevenção no ano de 2006 com a Portaria nº 1.876 que institui as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas da gestão. Uma das diretrizes é a garantia de promoção da educação permanente aos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive o Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das **unidades de urgência e emergência**, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006 a).

Em Santa Catarina, o Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio /2017 se pauta nas estratégias do Plano de Ação da OMS 2013-2020: redução de 10% da taxa global de suicídio. De acordo com dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES), o estado tem a segunda maior taxa de suicídio de 2010-2017 (SES, 2017). O Objetivo do plano é:

[...]ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, com vistas à **redução de tentativas e mortes por suicídio**, considerando os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade a esse fenômeno e os municípios e grupo de municípios com alta concentração de suicídio, no período de 2017-2020 (SES, 2017).

O plano inclui a ampliação e fortalecimento de estratégias da Educação Permanente para sensibilizar e capacitar gestores e profissionais de saúde e da vigilância no que compete a qualificação no cuidado e na prevenção do suicídio. Outra orientação de manejo que

consta no capítulo Emergências Psiquiátricas deste protocolo citado até este momento, é para reação a experiências estressoras. Como podemos observar no anexo 5.

O olhar para a saúde mental foi se distanciando da nomenclatura loucura e se aproximando da compreensão de crise psíquica em saúde mental. Antes o tratamento era igualitário, sem considerar alguma singularidade do sujeito, quiçá identificá-lo como pessoa. Foucault (1972) retrata a história da loucura em uma de suas obras referenciando a Idade Clássica:

O homem instaura um novo relacionamento com a loucura, num certo sentido um relacionamento mais imediato e também mais exterior. Na experiência clássica, o homem comunicava-se com a loucura pelo caminho da falta, o que significa que a consciência da loucura implicava necessariamente uma experiência da verdade. A loucura era o erro por excelência, a perda absoluta da verdade. Ao final do século XVIII, esboçam-se as linhas gerais de uma nova experiência na qual o homem, na loucura, não perde a verdade, mas *sua* verdade; não são mais as leis do mundo que lhe escapam, mas ele mesmo é que escapa às leis de sua própria essência(...). (FOUCAULT, 1972, p.415)

A 'loucura' agora vista como crise psíquica é um resultado do acúmulo - em forma de escape - de sofrimento psíquico intenso que a pessoa tem frente a situações de diversidades da vida; é quando a pessoa apresenta dificuldades de enfrentamento (recursos emocionais e cognitivos) com baixa capacidade de resiliência, apoio familiar e/ou social prejudicado, vulnerabilidade psicossocial presente ou estado de saúde mental comprometido ou alterado (surto psicótico, despersonalização, estado de pânico, crise de choro, processo de luto, delírio persecutório, sentimento intenso de vazio, desejo de morte ou tentativa de suicídio, perda do auto-controle com ou sem ato agressivo a si ou aos outros e etc.). Um estado de perturbação associado a sentimentos de angústia, desconforto, medo, culpa, vergonha quando o indivíduo é exposto a um problema no qual não identifica superação pelos seus meios habituais de solução de problemas e que podem ocorrer de tempos em tempos na vida do sujeito. E, em muitos casos, a situação enfrentada é real, ou seja, apresenta fenômenos presentes no campo da realidade e não da fantasia da pessoa.

O alvoroço, a desorganização, a confusão, o comportamento violento são algumas das características mais facilmente associadas a situações de crise na saúde mental. O choro, o isolamento, a tristeza, a apatia, a insegurança são algumas das expressões que igualmente denotam que algo não vai bem com o sujeito, e que o fazem merecedor da atenção daqueles que convivem com ele. A incerteza, a ameaça, a insegurança e o medo são alguns dos sentimentos que podem fazer-se presentes nessas situações, tanto para o sujeito dito em crise quanto para os que convivem com ele, produzindo uma configuração social, marcada por severas dificuldades de comunicação e expressão entre os envolvidos, o que termina por amplificar o problema e gera uma sensação de urgência profundamente mobilizadora (BRASIL, 20013 p. 99).

3.3 BREVES CONSIDERAÇÕES DA CRISE EM SAÚDE MENTAL

“A palavra crise vem do grego *krísis*, que significava, na sua origem, momento de decisão, de mudança súbita; separar, decidir, julgar” (BRASIL, 2013, p. 100). E a crise pode ser uma oportunidade de mudança de paradigma ou manutenção do estado de vulnerabilidade emocional.

Crise tem o sentido de dificuldade, de vulnerabilidade, um ponto decisivo quando se tem que optar por uma ou outra direção, podendo levar à adaptação ou à desadaptação. A crise, neste enfoque, passa a conter um duplo sentido: pode significar doença, como, também, pode significar saúde, apresentando-se como um momento privilegiado para a ação psiquiátrica (ZEFERINO et al, 2013, p.25).

Há diferentes compreensões da crise em saúde mental conforme, Caplan (1980 apud Kondo et al, 2011) divide o processo de crise em quatro fases:

[...] fase I, corresponde à exposição ao fator de estresse precipitante; na fase II, ocorre o aumento da ansiedade, sentimentos de confusão e desorganização diante da não resolução do estresse precipitante; na fase III, os recursos possíveis são mobilizados para resolver o problema e aliviar o desconforto; e, na fase IV, as *funções cognitivas se desorganizam, as emoções mostram-se instáveis e o comportamento pode refletir* manifestações psicóticas, quando não se consegue resolver em tentativas anteriores⁽⁴⁾(IDEM, p.502).

Serrano (2008) ressalta que em Saúde Mental há duas definições para crise: a vital e a acidental. A crise vital é aquela decorrente de processos naturais da vida humana (adolescência, luto etc.) e a crise acidental ou situacional é aquela que ocorre sobre o impacto de fatos externos (desemprego, doenças, diagnósticos impactantes, catástrofes etc.). E que o acolhimento nos serviços de saúde é uma atividade de inclusão e aproximação do profissional da saúde com o usuário e exige uma postura de atenção, disposição para escuta e interesse ativo e avaliação de risco. Nos serviços da RUE a classificação de risco exige uma prática de acolhimento com visão sistêmica e diálogo aprofundado para compreender a crise, principalmente nos casos de tentativas de suicídio ou como o próprio autor define: óbito autoprovocado. Serrano (2008) defende e nós concordamos que é extremamente importante que o sistema de saúde tenha profissionais atuando e que estejam preparados, com visão de conjunto, de forma multi e interdisciplinar para que “ajudem a regular o fluxo

entre os vários serviços da rede, desde o ambulatório mais simples ao Centro de Atenção Psicossocial, às emergências e aos hospitais”. (p.203)

Pichon-Riviére (2009) que foca relação da pessoa com o coletivo (grupo), entende que o sujeito pode desencadear a sensação de insegurança e impotência ao depara-se com situações complexas que lhe exige a realização de uma tarefa e isso vem repercutir na saúde mental das pessoas e dos grupos. O autor contribui ao paradigma psicossocial com sua compreensão de que nos Grupos Operativos ocorrem o estabelecimento de vínculo entre os sujeitos transformando a realidade dos integrantes a partir das relações grupais e os objetivos em comum que vão se estabelecendo (Pichon-Riviére, 1988). Identificamos essas práticas pelos profissionais da RAPS como ofertas terapêuticas de cuidado aos usuários dos diversos pontos de atenção.

De acordo com Jardim (2014), a pessoa em situação de crise em saúde mental apresenta alteração no seu estado mental em virtude dos quadros psicóticos, neuróticos, orgânicos (como por exemplo, neurológicos, metabólicos, vasculares, traumáticos).

Ainda ressalta, que os recursos para o acolhimento da crise são determinados pelo tipo de crise e da verificação da estratificação de riscos que é de acordo com a autora, uma estratégia adotada pela Rede de Atenção às Urgências para separar a demanda em categorias, referentes aos riscos decorrentes da situação apresentada. Portanto, tem a finalidade de diminuir o tempo de atendimento aos casos mais graves.

Sá, Werlang e Paranhos (2008) compreendem que faz parte da vida vivenciar uma crise, que nada mais é do que a reflexão de oscilações no indivíduo na tentativa de buscar um equilíbrio entre si e o que está a sua volta. Este equilíbrio quando rompido a crise se instaura, ela é uma manifestação violenta e repentina de ruptura do equilíbrio, gerada pelo fracasso na resolução dos problemas e causa sentimentos de desorganização, desesperança, tristeza, confusão e pânico; pela ausência de estratégias prévias de enfrentamento.

Os autores ressaltam que ao ocorrer a resolução da crise em forma adaptativa, surgem três oportunidades que são a dominação da situação atual; a elaboração dos conflitos passados e o aprendizado de estratégias futuras. E que estas novas habilidades para a resolutividade de problemas são úteis ao manejo de situações posteriores.

Também descrevem no quadro abaixo as etapas na intervenção à crise mental.

Quadro 5 - Etapas na intervenção à crise em saúde mental

Fases	Objetivos
Estabelecer contato psicológico	Contato para estabelecer empatia e sintonização com os

	sentimentos das pessoas durante uma crise. A tarefa principal é escutar como as pessoas em crise visualizam a situação e como se comunicam. Deve-se convidar as pessoas a falar sobre o evento e a escutar-se umas as outras a respeito do mesmo assunto estabelecendo momentos de reflexão. As pessoas devem sentir-se escutadas, aceitas, compreendidas e apoiadas para assim diminuir a intensidade da ansiedade, diminuir o sofrimento e o sentimento de solidão.
Analisar o problema	O foco de análise centra-se em três áreas: passado mediato, presente e futuro mediato. O passado imediato remete aos acontecimentos que conduziram ao estado de crise (episódio de violência, ameaça de morte etc.). A indagação sobre a situação presente implica nas perguntas de “quem, o que, onde, quando e como”. É necessário saber quem está implicado, o que aconteceu, quando, etc. O futuro imediato foca-se nas eventuais dificuldades que se estabelecem nas pessoas e suas famílias. O objetivo, então, é conhecer quais são os conflitos ou problemas que necessitam de manejo imediato e quais podem ficar para uma intervenção posterior.
Analisar as possíveis soluções	Verificar o que as pessoas têm tentado fazer até o momento para enfrentar o problema, assim como, o que podem ou poderiam fazer. Propor novas alternativas viáveis para alcançar soluções
Assistir para executar ações concretas	Ajudar a realizar uma ação concreta para gerenciar a crise. O objetivo é limitado, O responsável pela intervenção deverá ter uma atitude facilitadora e diretiva para ajudar a alcançar ações concretas.
Seguimento para verificar o progresso	Colaborar com o estabelecimento das redes de apoio social que podem estar danificadas, prejudicadas ou destruídas por causa do acontecimento catastrófico. Estabelecer procedimentos que permitam o seguimento das pessoas para verificar o progresso pessoal, em termos psicológicos. O seguimento pode se realizar através de novos encontros ou contato telefônico. O objetivo é complementar o circuito de retro-alimentação, ou determinar se alcançaram ou não as metas estabelecidas quando do início da intervenção.

Fonte: Sá et al (2008, p.7)

Dell’Aqua e Mezzina (2004, apud Dimeinstein et al 2012) destacam que há parâmetros de identificação e reconhecimento à situação de crise que remete o encaminhamento à internação em hospital psiquiátrico: 1-grave sintomatologia psiquiátrica; 2-intensa ruptura no plano familiar e/ou social; 3-resistência ao tratamento; 4-recusa obstinada de contato; 5-incapacidade de enfrentar as situações de alarme surgidas em seu contexto de vida. O usuário que estiver apresentando três destes cinco sintomas, os autores recomenda o encaminhamento à internação. Entretanto, isolar via internação para tratar será a solução? Defendemos que não, pois vai contra os avanços da reforma psiquiátrica. É preciso explorar e utilizar os recursos do território, ações intersetoriais. A internação deveria ser o último recurso de intervenção na crise em saúde mental. Há casos que a presença do Estado reverteria o quadro desta prática de internação e/ou contenção, oferecer moradia, emprego, ofertar cursos profissionalizantes é mais barato e efetivo para conter a crise em saúde mental

do cidadão migrante, cidadão que a crise é o retrato da sua situação de vulnerabilidade social, cidadão sem instrução formal, sem qualificação profissional para o mercado de trabalho etc, por exemplo.

3.4 SAÚDE MENTAL E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

As drogas estão inseridas no contexto social, cultural e histórico da humanidade. No Brasil, o período colonial já registrou o uso cotidiano de substâncias psicoativas (SPA). Os portugueses descobriram que os indígenas faziam uso de tabaco e produziam uma bebida forte, fermentada da mandioca chamada de “Cauim”; até que os portugueses descobriram que a cana-de-açúcar produziria a cachaça. “Para tudo, na alegria, o brasileiro justifica o álcool, da branquinha à amarelinha, do escuro ao claro do vinho, sempre com diminutivos.” (BRASIL, 2016a, p.14)

No Brasil, a partir de 1998 iniciaram-se ações direcionadas a atenção a construção de uma política específica para a redução da demanda e oferta de drogas (ações a prevenção ao uso de drogas lícitas e ilícitas/ ações ao tratamento recuperação, redução de danos reinserção social e repressão a produção e ao tráfico). Com a realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas as discussões resultaram na transformação do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e, conseqüentemente, foi criada a Secretaria Nacional Antidroga (SENAD) qual apresentava a missão “coordenar a política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade” e incentivou a elaboração do Decreto nº 4.345/2002 que instituiu a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) no país. Em 2004 foi atualizada a política com base em dados epidemiológicos e a nova política ficou nomeada de Política Nacional sobre Drogas – PNAD, permanecendo a mesma sigla. Esta foi promulgada por meio do Decreto nº 6.117/2007 no objetivo do estabelecimento de princípios para a orientação de estratégias ao enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, considerando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução de danos sociais (violência e criminalidade), à saúde e à vida que o consumo da substância pode implicar. Em 2008 foi implementada a Lei Seca – Lei nº 11.705, ela implicou na inclusão de penalidades no Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503/1997) ao condutor que dirigir sob a influência de álcool ou SPA (BRASIL, 2016a)

No ano de 2011 o Governo federal lançou o Programa “Crack, é possível vencer”. Os serviços especializados em saúde foram incluídos nas estratégias de cuidado: CAPS AD,

Unidade de Acolhimento Adulto e Infantil, Consultório na Rua, Centro de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS, leitos de saúde mental em hospitais gerais (BRASIL, 2016a)

O uso de álcool faz parte da vida social dos indivíduos, está inserido culturalmente no cotidiano das pessoas; o que diferencia é a forma individual que cada um faz uso e define a função que ele tem em sua vida; assim como, para cada indivíduo haverá um efeito colateral do uso da substância ingerida. E isso se refere também ao uso de drogas ou substâncias psicoativas (BRASIL, 2016a)

As drogas consideradas substâncias psicoativas são aquelas utilizadas pelas pessoas para a promoção alterações nas sensações, no grau de consciência ou no estado emocional sob forma intencional ou não. As alterações variam de acordo com as características de cada pessoa, a quantidade usada o efeito que se espera e as circunstâncias em que a droga é utilizada. As drogas podem ser lícitas ou ilícitas; as lícitas são legalizadas e estão à disposição para compra em estabelecimentos de comércio de maneira livre e legal. Por exemplo: anorexígenos, tabaco, álcool, analgésicos e entre outras. Já as drogas ilícitas são aqueles não aprovadas ao consumo por lei, proibidas para comercialização e são denominadas de drogas “pesadas ou fortes” que causam dependência. Por exemplo: maconha, heroína, crack, cocaína e entre outras.(SENAD,2017a)

Há três tipos de efeitos que as SPA podem provocar: efeito depressor, efeito estimulante e efeito alucinógeno.

Drogas depressoras são drogas que diminuem a atividade cerebral afetando as funções psíquicas como a atenção, concentração, tensão emocional, capacidade cognitiva/intelectual. São exemplos: ansiolíticos, álcool, inalantes (cola) e narcóticos como a morfina e heroína.

As drogas estimulantes são aquelas que aumentam e acelera a atividade cerebral e geralmente são utilizadas para gerar um estado de euforia na pessoa, manutenção de estado de vigília ou diminuição de apetite. Alguns exemplos são: cafeína, tabaco, anfetamina, cocaína, crack.

As drogas alucinógenas conhecidas também como psicodislépticas são aquelas que alteram a percepção. Temos como exemplo: o LSD, *ecstasy*, maconha, drogas derivadas de plantas ou cogumelos - ayahuasca, ibogaína, sálvia, mescalina, psilocibina (SENAD, 2017a, p.03). Em anexo os efeitos e quadros clínicos e cada tipo de substância psicoativa: Anexo 6- Drogas Depressoras: Álcool; Anexo 7 – Drogas Depressoras: Solventes; Anexo 8 - Drogas Depressoras: Ópio e derivados; Anexo 9 – Drogas Depressoras: Barbitúricos; Anexo10-

Drogas Depressoras: Benzodiazepínicos; Anexo 11 – Drogas Estimulantes: Cocaína; Anexo 12- Drogas Estimulantes: Anfetaminas; Anexo 13 – Drogas Perturbadoras: Anticolinérgicos; Anexo 14 – Drogas Perturbadoras: Canabinóides; Anexo 15 – Drogas Perturbadoras: Alucinógenos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) os padrões de uso de substâncias psicoativas (SPA) apresentam os seguintes critérios: **uso, abuso e dependência**. Sendo uso a forma que o usuário consome que não implica em resultado patológico ou problemático; porém não se descarta o risco de danos à saúde física e mental. Abuso (uso nocivo) é o tipo de consumo de substâncias psicoativas que causa danos à saúde, não são identificados critérios para o diagnóstico de dependência, transtorno psicótico por uso de SPA ou outro transtorno relacionado ao uso de drogas. Já a síndrome de dependência é caracterizada pela apresentação de três ou mais requisitos durante a maior parte do tempo em um período de um ano. **São eles:** 1) Forte desejo ou compulsão para consumir a substância, 2) Dificuldade em controlar o comportamento de consumo (início, término ou níveis - quantidades), 3) Estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância for reduzido ou interrompido, 4) Evidência de tolerância, quando quantidades crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, 5) Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, 6) Aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou consumir a substância ou para se recuperar de seus efeitos, 7) Persistência no uso da substância, mesmo diante de conseqüências visivelmente prejudiciais (SENAD, 2017b)

A OMS alerta que o conceito de dependência não está diretamente relacionado a quantidade e frequência de uso; ela é determinada pela falta de controle do impulso que leva o usuário a usar a SPA, de forma contínua ou periódica no objetivo de obter prazer. Destaca que há dois tipos de dependência: física e psicológica (SENAD, 2017b):

Quadro 6 – Tipos de dependência ao uso de SPA

Dependência Física e seus sintomas:	Dependência Psicológica e seus sintomas:
Os sintomas ou sinais físicos surgem quando o usuário interrompe ou diminui bruscamente o uso da SPA. Os sinais de abstinência aparecem em horas ou dias. Alguns dos sintomas são: náuseas, vômitos, tremores nas mãos, delirium tremes com risco de morte (psicose decorrente da abstinência ou suspensão de SPA ou	É um estado de mal-estar e desconforto em virtude da interrupção do uso de SPA. Sintomas mais comuns: ansiedade, sensação de vazio e dificuldade de concentração. Sintomas psicológicos podem ser variados para cada pessoa por estarem relacionados diretamente ao contexto, histórico de vida, função da droga na vida da pessoa e

medicações provocando alucinações e tremores).	sofrimento psíquico anterior ao uso de SPA que constitui a <u>comorbidade psiquiátrica (transtorno mental associado ao uso de SPA)</u> .
--	--

Fonte: SENAD, 2017b,p.05 adaptada pela autora.

Estes padrões são utilizados tanto para o uso considerado ou não patológico ou problemático de substâncias lícitas quanto ilícitas. A OMS destaca que independente do padrão de uso sempre há a probabilidade de riscos com o uso de SPA; porém nem todo usuário desenvolve padrão de dependência.

A porcentagem de usuários de drogas que desenvolvem dependência após um período de dez anos de uso é de: 12 a 13% para o álcool, 15 a 16% para a cocaína e 8% para a maconha. Para efeitos de diagnóstico, a *Classificação Internacional de Doenças*(CID-10) propõe critérios que permitem diferenciar o abuso (uso nocivo) e a dependência,[...]. (SENAD, 2017b,p. 05)

A OMS considera os padrões de uso de SPA como um dos padrões de autoadministradas sem haver correspondência aos padrões de classificação de transtornos e doenças. E a avaliação destes padrões sempre seguem a lógica da tríade: **sujeito-contexto-droga (SPA)**. “O uso de substâncias psicoativas acompanham o ser humano desde os tempos mais remotos, apresentando características e significados diversos de acordo com as particularidades de cada população e com o seu momento histórico.” (SENAD, 2017b, p.07)

Os padrões citados no quadro abaixo estão relacionados na forma de uso e na relação que o sujeito estabelece com a substância e suas eventuais conseqüências.

Quadro 7 – Padrões de uso de SPA e sua relação com o sujeito

Uso Experimental	Usuário experimenta a droga algumas vezes por curiosidade e tem perda do interesse em repetir a experiência.
Uso ocasional	Faz uso de diversas drogas em ambientes favoráveis a exposição. Sem ocorrer ruptura afetiva, social ou profissional.
Uso Habitual	Faz uso freqüente sem ruptura afetiva, social e laboral; sem perda de controle no consumo.
Uso Recreativo	Uso em momentos sociais que não causam dependência ou problemas relacionados ao consumo.
Uso Controlado	Uso regular não compulsivo, sem interferência na funcionalidade do sujeito.
Uso Social	Uso de maneira sociável e aceitável na companhia de outras pessoas.
Uso Binge	Consumo de grande quantidade em curto período de tempo e freqüência esporádica.
Escalada	Transferência do uso de droga considerada “leve” para “pesada” ou de consumo ocasional (esporádico) para intenso (freqüente).
Tolerância	Aumento da dose da droga para alcançar os mesmos efeitos do consumo inicial.

Poliusuário	Faz uso de combinações de drogas simultaneamente ou em curto período de tempo (mesmo tendo uma predileta).
Overdose	Uso de dose excessiva com agravos físico e mental podendo ocasionar a morte da pessoa.

Fonte: (SENAD, 2017b, p. 06) Adaptado pela autora

Agregado ao uso e/ou abuso de SPA pelo sujeito, o estigma e preconceito estão implícitos. Estes adjetivos com teor negativo e com poder de denegrir a imagem da pessoa o colocando no “contexto marginal” da sociedade.

A estigmatização ocorre quando se atribui “rótulos” e “estereótipos” negativos a determinados comportamentos. Tal situação influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, provocando diversas conseqüências, inclusive o agravamento da situação (BRASIL, 2016a, p.32)

A realidade brasileira aponta que além da sociedade adotar um comportamento preconceituoso e de estigmatização às pessoas que fazem uso de SPA ou sofrem da dependência química; há o retrato de profissionais da saúde que cometem este comportamento na atenção e cuidado destas pessoas ao invés de serem os profissionais acolhedores como a PNH implementada nos serviços e recursos humanos do SUS propõe. Muitas vezes a conotação atribuída ao usuário de drogas é de ele ser uma pessoa “fraca”, “sem força de vontade” ou “mal caráter”; ou da compreensão que não se refere a Política Nacional sobre Drogas: “drogas matam”, a “droga leve é porta de entrada para drogas pesadas” ou que a pessoa está envolvida com a criminalidade (BRASIL,2016a). “Essa tendência é prejudicial tanto ao profissional, que deixa de perceber ou conhecer o problema mais a fundo, quanto ao paciente, que deixa de receber uma intervenção adequada ao seu problema.” (BRASIL, 2016a, p.33).

O Ministério da Justiça e Cidadania ressalta que o tratamento e a prevenção devem ser adequados e com base científica; sempre considerando o nível de conhecimento, a capacidade de compreensão e as escolhas da população a que se destinam. Assim como, recomenda que os profissionais devem desconsiderar os estigmas de que o usuário de drogas apresenta baixa auto-estima ou que faz parte do cotidiano de pessoas em situação de rua como uma referência pejorativa (BRASIL,2016a).

É importante que os profissionais compreendam que a dependência de substâncias psicoativas é resultado de uma alteração cerebral que é “(...) provocada pela ação direta e prolongada de uma droga de abuso no encéfalo. Essas alterações são influenciadas por aspectos ambientais (sociais, culturais, educacionais), comportamentais e genéticos.”

(BRASIL, 2016b, p.14) Assim como, é essencial ter a ciência de que cada substância psicoativa tem seu mecanismo de ação particular, porém todas as drogas atuam de forma direta ou indireta no sistema de recompensa cerebral do indivíduo. O consumo de droga aumenta a Dopamina (neurotransmissor do prazer no Sistema Nervoso Central) que proporciona a sensação de prazer ao indivíduo e este, pode, consumir com maior frequência a droga na tentativa de reviver a sensação prazerosa oferecida pela substância psicoativa. São as ações das drogas de abuso sobre o sistema de recompensa cerebral que pode levar o indivíduo a ter dependência da substância psicoativa. Pois além do neurotransmissor dopamina, outros também estão presentes na ação do sistema de recompensa, como a serotonina, noradrenalina, glutamato e o GABA (BRASIL, 2016 b).

De acordo Ministério da Justiça e Cidadania (BRASIL, 2016a) alguns grupos de pessoas apresentam maiores potenciais de fatores de risco, são eles: adolescentes, idosos, mulheres e indígenas.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento que apresenta vivências em cenários que podem oferecer diversas formas de experimentação de situações sociais com ou sem riscos à saúde física ou mental. “A adolescência é um período do desenvolvimento humano em que ocorrem importantes transformações de ordem física, emocional, cognitiva e social, e o uso de substâncias pode comprometer este processo.” (BRASIL, 2016a, p.72)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta o álcool como sendo a substância psicoativa mais consumida por crianças e adolescentes. A média de idade, no Brasil, para o primeiro uso de álcool é de 12,5 anos. A forma mais comum de uso do álcool por adolescentes é o *binge* (abuso episódico e em grandes quantidades). Além disso, estudos epidemiológicos têm mostrado que o início do consumo de álcool, cigarro e outras drogas ocorre predominantemente durante a adolescência. (BRASIL, 2016a, p.72)

A terceira idade (idosos) é uma fase do desenvolvimento humano que implica no processo de envelhecimento e implica em profundas mudanças orgânicas, sociais, familiares e ocupacionais. O processo de aposentadoria, o distanciamento social, as implicações de doenças crônicas do envelhecimento podem deixar a pessoa mais vulnerável a quadros de transtornos mentais e proporcionar a predisposição de uso de SPA, benzodiazepínicos, tabaco entre outras substâncias psicoativas que podem “mascarar” a solidão, a baixa auto-estima, autoconfiança e induzir o sono e proporcionar relaxamento (BRASIL, 2016a).

Mulheres apresentam características orgânicas diferentes ao dos homens no que compete ao consumo de álcool, por exemplo. O corpo da mulher tem menos quantidade de água que ao corpo do homem, assim a concentração do álcool será maior no corpo feminino.

Alguns fatores que impulsionam as mulheres a fazer consumo abusivo de álcool estão relacionados aos fenômenos psicossociais: histórico familiar de problemas com álcool, idade, estado civil, ambiente de trabalho com predominância masculina, ter parceiro (a) com problemas com o consumo de álcool, vítima de violência física, sexual ou emocional, uso precoce de álcool, nicotina e drogas, problemas na infância com o controle dos impulsos, fatos estressores relacionados a perda de parentes ou pessoas importantes durante infância ou adolescência. Já os fatores que influenciam no uso de SPA são: fatores genéticos - maior predisposição genética para abuso ou dependência, psicológicos - comorbidades psiquiátricas são mais comuns, biológicos - ciclo hormonal interfere no efeito das drogas, socioculturais (controle de peso) e satisfação com a imagem corporal (BRASIL, 2016a).

Os indígenas apresentam fatores de risco relacionados a perda de identidade cultural, vulnerabilidade social extrema, falta de autonomia. De acordo com estudos da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), os agravos à saúde estão relacionados ao uso e abuso de álcool e substâncias psicoativas de plantas medicinais em rituais característicos. A população indígena conta com programas do Ministério da Saúde: a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) responsável pela gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e Política Nacional de Saúde Indígena (BRASIL, 2016a)

Considerando as populações adversas que temos em nosso país, é de suma importância para que as estratégias de atenção e cuidado aos usuários de SPA sejam contempladas assertivamente, os componentes e pontos de atenção instituídos pela PNSM sejam acessadas. Como temos, por exemplo, no Componente Atenção Básica em Saúde as equipes para populações específicas; equipe de Consultório na Rua; equipe de apoio aos serviços do componente Atenção residencial de Caráter Transitório (BRASIL, 2011). Assim como, de acordo com a **Portaria nº 3.124/2012**, temos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) - vinculados as Equipes Saúde da Família - e suas modalidades: NASF 1, NASF 2 e NASF 3 (BRASIL, 2012).

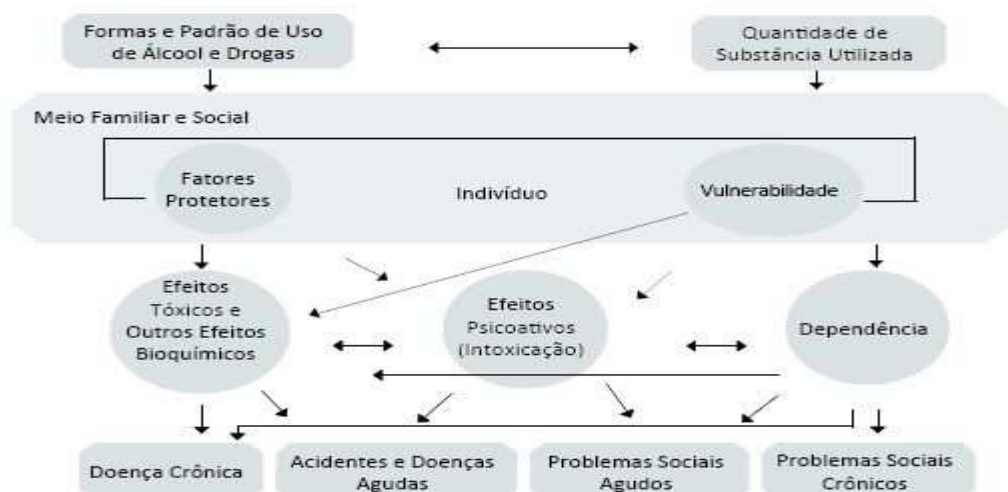
A Redução de Danos (RD) incorporada a Política Nacional sobre drogas contempla estratégias com ações e práticas humanistas no objetivo de diminuir os danos ocasionados pelas diversas substâncias psicoativas; os usuários são orientados sobre práticas de consumo que diminuam os riscos de contágio de doenças transmissíveis por via venosa ou sexual, por exemplo, sem que aumente o consumo de SPA. É uma política que considera a singularidade do sujeito e proporciona inclusão social com tentativas de resgate de vínculos e laços familiares, laborais, conjugais e sociais; em ambiente não asilar em convivência com a sociedade no território no qual habita (BRASIL, 2016 a). Também é uma das diretrizes

ministeriais clínico-política para a atenção e o cuidado aos usuários de SPA que acessam os serviços do SUS, tanto na Atenção Primária – UBS - quanto na Secundária - os CAPS AD. Neste último ponto de atenção da RAPS o tratamento não é baseado apenas no alcance como meta a abstinência da substância psicoativa; mas sim de ofertar a proposta de redução de riscos e de danos causados pelas SPA's orientando o usuário e propondo seu protagonismo e responsabilidade a partir da consciência de sua relação com a substância psicoativa durante o seu processo de tratamento no serviço especializado e para além dele. “[...] Esses serviços objetivam assumir, como sua responsabilidade central, a mobilização social para as tarefas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras de cidadania.” (BRASIL, 2016a, p. 100).

Estado de abstinência é aquele que o sujeito apresenta sintomas opostos aos do estado de uso da SPA, por exemplo, diminuição dos níveis de Dopamina, podendo desencadear um forte desejo ou fissura (*crawing*) quase incontrolável de fazer uso da SPA alimentando seus pensamentos como força impulsionadora provocando alterações orgânicas, no humor e no comportamento. Este fenômeno ocorre pelo fato do uso agudo ou crônico de SPA provocar mudanças na função cerebral modificando a modalidade metabólica, a sensibilidade e quantidade de receptores sinápticos ocasionando diferentes respostas aos estímulos ambientais. Síndrome de abstinência às SPA é comum aos usuários e para cada sujeito poderá ter uma reação diferenciada cada tipo de substância. No geral, podem ter sintomas como oscilações no humor, depressão, enjôo, insônia, agitação, aumento de apetite, perda de prazer nas coisas, irritabilidade, exaustão, alucinações, convulsões, vômitos, alterações cardíacas, sudorese e entre outros (BRASIL, 2016b).

O uso freqüente ou excessivo de SPA pode gerar riscos psicossociais e agravos à saúde do sujeito como podemos visualizar na figura abaixo:

Figura 2 – Relação dos riscos psicossociais no uso de SPA



Fonte: (BRASIL, 2016b, p.128)

A partir da elaboração do PTS do sujeito, os atores responsáveis pelo seu acolhimento e tratamento – profissionais, familiares e o usuário – podem ofertar propostas de atenção e cuidado de acordo com os riscos psicossociais que o usuário apresenta ou mantém contato; buscando-se, com isso, estratégias de promoção e prevenção à saúde integral e psicossocial do sujeito e às pessoas com quem convive. Estratégias em consonância a PNSM e PRD vigentes no país.

3.5 REDE INTERSETORIAL E SAÚDE MENTAL

A Atenção Psicossocial além de incluir o cuidado multidisciplinar, busca a distância das amarras hierárquicas do saber que a medicina e a psiquiatria ao longo de suas histórias buscaram impor sobre as demais áreas profissionais da saúde. Os saberes se completam e encontram uma direção estratégica de cuidado assertivo. Paviani (2008, p.8) ressalta que a interdisciplinariedade tem a capacidade de promover a articulação dos saberes, “pois não é possível alcançar a ciência, *episteme*, sem considerar que o conhecimento é igualmente um fazer, um *techne*, e um agir, uma *fronesis*.”. Este autor destaca que a origem da interdisciplinariedade está nas transformações dos modos de produzir ciência e de se perceber a realidade; assim como, no desenvolvimento dos aspectos político-administrativos do ensino e da pesquisa nas organizações e instituições científicas formadoras.

Frente ao processo de trabalho dos profissionais da saúde, na RAPS de forma em geral, identificamos a necessidade em destacar a importância do termo interdisciplinariedade no que compete ao acolhimento do usuário da rede.

A interdisciplinariedade é um conceito que emergiu de estudos voltados ao processo ensino-aprendizado da Pedagogia – especificamente na formação de professores. É um termo definido como uma nova atitude frente à questão do conhecimento no que compete a expansão da compreensão que exige, na prática, profunda imersão no trabalho cotidiano. É caracterizada como um movimento tendo como pressuposto a metamorfose, a incerteza. (FAZENDA, 2001)

O princípio da educação, que considera a interdisciplinariedade parte essencial do seu processo de aprendizagem, é frente ao despreparo ter a sabedoria de olhar o fenômeno por vários enfoques sob a ótica de possível mudança no conceito do mesmo. É refletir e reconhecer que apesar da “resposta estar pautado por conceitos como formação, disciplina,

competência, ensino, aprendizagem, didática, prática, como conceitos dados.” (FAZENDA, 2001, p.18) Em suma, a autora ressalta que ser interdisciplinar é superar a visão fragmentada além das disciplinas, de nós mesmos e da realidade que nos cerca. Que há a necessidade de se estabelecer conexões entre os conhecimentos para que possam vir a adquirir significado e sentido.

Temos que ressaltar que a importância do desenvolvimento desta visão coerente, complexa e sistêmica não se circunscribe apenas ao campo do conhecimento acadêmico, mas é necessária à preservação da própria humanidade, do próprio universo, pois possibilitará ao homem o diálogo compreensivo consigo mesmo e com o outro, com a natureza, integrantes e integrados em busca da humanização” (FAZENDA, 2001, p.39)

A interprofissionalidade foi desenvolvida pelo Centro para o Avanço da Educação Interprofissional – CAIPE no Reino Unido nos anos 70 do século XXI e tem como tema “Aprender juntos para trabalhar juntos através das práticas colaborativas em Saúde”. Define Educação Interprofissional em Saúde como o processo de aprendizagem do encontro de duas ou mais profissões da área da saúde que através da prática colaborativa compartilham entre si seus conhecimentos com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Em de 2010, a Organização Mundial de Saúde publicou um documento divulgando a educação interprofissional em saúde e no intuito de encorajar os países a adotarem essa abordagem no processo de mudança da lógica de formação dos profissionais de saúde, incorporando o conceito do CAIPE (AVASUS, s/d) . A interprofissionalidade é o tema do Pet-Saúde 9ª Edição (BRASIL, 2019a).

Práticas interprofissionais para o efetivo trabalho colaborativo em equipe, também são entendidas como ferramentas que valorizam e potencializam a atuação do usuário/paciente/sujeito, famílias e comunidades na tomada de decisões e na elaboração de ações e políticas que possam dar respostas às suas necessidades (TOASSI,2017, p.06)

A PNH tem como princípios: a *transversalidade* que implica na ampliação do grau de comunicação intra e intergrupos e na transformação dos modos de relação e comunicação dos sujeitos que estão inseridos no processo de produção em saúde repercutindo nos modos de interações que constituem as relações de trabalho; a *indissociabilidade entre atenção e gestão* que propõe que haja alterações no modo de cuidar desde que não haja alterações nas formas de gerir e de se apropriar do trabalho, assim como, não deve haver separação entre *clínica e política*, entre produção de saúde e produção de sujeitos e que a *integralidade* do

cuidado e integração dos processos de trabalho seja preservada; *protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos* onde enfatiza que trabalhar é sinônimo de produção de si e no mundo, das realidades sociais (econômicas, políticas, institucionais e culturais), crença de que sujeitos com autonomia se co-responsabilizam nos processos de gerir e de cuidar e, com isso, promovem mudanças na gestão e na atenção (BRASIL, 2010). Compreendendo que o trabalho em equipe e em rede necessita do apoio e envolvimento conjunto dos núcleos pedagógicos das universidades, gestão dos serviços e políticas públicas; tanto a interdisciplinariedade quanto a interprofissionalidade irão influenciar na dinâmica dos princípios da Atenção Psicossocial.

Yasui (2009) afirma que é no cotidiano que a Atenção Psicossocial inventa permanentemente as suas ações capazes de construir estratégias de cuidado e de organizar os modos de se habitar no mundo. E que é esta arte do cuidar que produz relações sociais orientadas pelos valores da solidariedade e da coletividade, fomentando o sentimento de inconformidade.

Acompanhando esta linha de pensamento, Tykanori (2014) ressalta que a importância do trabalho em rede é pela possibilidade de compartilhar os conhecimentos, as potencialidades, as capacidades que cada profissional possui e não deve ser sinônimo de burocracia dos fluxos ou hierarquização das relações; pois ele permite o surgimento de fenômenos que isoladamente são impossíveis de acontecer. E que a rede é composta por pontos de atenção e para cada indivíduo - de acordo com a sua demanda e Projeto Terapêutico Singular (PTS) - serão acionados os serviços e os profissionais que a eles pertencem para a realização das articulações necessárias para se atingir o objetivo comum que é a atenção e o cuidado da pessoa (usuário).

A rede não é somente o conjunto dos pontos de atenção. De acordo com Tykanori (2014):

A rede só existe enquanto os indivíduos estão interagindo entre si. [...] Em interação sincrônica e coordenada por um objetivo comum [...] Quando a rede se desfaz é quando esses objetivos comuns, essas metas em comuns são superadas ou encontram-se bloqueadas; é possível refazer uma nova conexão, uma nova estratégia. (Saúde Mental e trabalho em rede, 2014)

Na rede encontram-se todos os componentes e seus pontos de atenção da RAPS, assim como, os serviços da Rede Intersetorial (Secretaria de Assistência Social – CRAS, CREAS, Conselho Tutelar; Ministério Público, Secretaria de Educação; Secretaria de Habitação e etc.) com quem devem se articular para que Gestão do Cuidado na elaboração

do PTS do usuário seja contemplado e assertivo na construção das estratégias de atenção e cuidado ao usuário com demandas em saúde mental. É essencial que os profissionais dos serviços considerem a importância de, também, acolher e orientar a família do usuário com demandas em saúde mental para que ela também possa, além de receber atenção e cuidado, compreenda o seu papel fundamental no tratamento do usuário.

A família, de acordo com a visão da Assistência Social, é considerada com o núcleo social de acolhida, convívio social, autonomia, sustentabilidade, assim como de protagonismo social. E entende, também, que além do direito protetivo que a família tem e deve receber dos serviços da Assistência Social. A concepção de família como núcleo social:

(...) supera o conceito de família como unidade econômica, mera referência de cálculo de rendimento per capita e a entende como núcleo afetivo, vinculada por laços consangüíneos, de aliança ou afinidade, onde os vínculos circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e gênero; [...] A proteção social especial tem por objetivos prover as articulações socioassistenciais a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. (NOB/SUAS,2012, p. 18)

Assim como o usuário tem sua expectativa frente ao acolhimento e estratégias de atenção e cuidado para que o seu tratamento seja contemplado da melhor maneira, os profissionais também apresentam suas expectativas frente a sua adesão aos serviços e práticas terapêuticas propostas em conjunto ao seu PTS pelas equipes envolvidas nessa rede de serviços ofertados no município que está inserido. Os quesitos de comunicação, comprometimento e adesão devem ser adquiridos e cumpridos por todos os atores envolvidos na Atenção Psicossocial ao usuário de serviços à Saúde Mental na RAPS.

3.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

A Educação Permanente pode ser compreendida como a relação aprendizagem-trabalho, onde o processo do aprender e ensinar ocorre no ambiente de trabalho no cotidiano das organizações e dos trabalhadores. Tem como objetivo transformar as práticas profissionais e das próprias organizações, a partir das problemáticas cotidianas considerando as experiências que as pessoas já possuem. Considerando que as necessidades de formação e

desenvolvimento dos trabalhadores da saúde estejam em consonância com as necessidades de saúde das pessoas e das populações.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações. As Comissões de Integração Ensino-Serviço devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a gestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde (BRASIL, 2009b, p.20).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pela **Portaria nº 198/2004**, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. A condução regional desta política é realizada através dos Colegiados de Gestão Regional com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), como consta em citação acima. E de acordo com a **Portaria nº 1.996/2007** que dispõe sobre diretrizes para a implementação da PNEPS, o *art. 5º* essas comissões deverão ser constituídas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e conforme as especificidades de cada região por gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e de controle social do SUS. É a partir da educação que o indivíduo e o trabalhador podem vivenciar experiências e adquirir conhecimentos necessários para a transformação do ser humano, assim como, no seu contato com outrem através do convívio social, familiar, acadêmico e laboral. A educação como instrumento para a promoção e produção do saber e bens de serviços resulta nas transformações e mudanças necessárias na sociedade. E no caso da EPS o processo de capacitação implica na melhora do desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do processo de produção; contribui ao desenvolvimento de novas competências (liderança, auto-gestão, gestão de qualidade) e serve de nutriente para transformações culturais (BRASIL, 2009).

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Caracterização e delineamento da pesquisa

Esta pesquisa é de caracteriza-se como exploratória por tratar-se de **estudo de caso**. Também descritiva, no sentido, que foram utilizadas algumas análises de estatística descritiva. O método de observação indireta por utilizar questionário/entrevista. Para a análise dos dados desta pesquisa foram realizadas as seguintes etapas: **a)** estatística descritiva dos dados obtidos com aplicação dos questionários e **b)** conduzida análise temática de conteúdo - de acordo com Bardin (2010)- das respostas abertas dos questionários (vide apêndice 1 e 2) e entrevistas semi-estruturadas (ver roteiro apêndice 3).

A técnica utilizada para a elaboração desta pesquisa qualitativa será o estudo de caso e acordo com Minayo et al (2005), é uma estratégia de investigação qualitativa com o objetivo em aprofundar os questionamentos de como e o por quê de uma situação ou episódio qual o pesquisador pouco tem controle. A técnica de Estudo de Caso é classificada como explicativa, cognitiva e expositiva visando o aumento do entendimento sobre o fenômeno social e complexo.

Em sua essência, o estudo de um caso, no âmbito da investigação avaliativa, visa a apresentar ou a esclarecer por que e como determinada decisão ou conjunto de decisões foram tomadas. Objetiva, também, evidenciar ligações causais entre intervenções e situações de vida real; bem como ressaltar o contexto em que uma intervenção em curso e como modificá-la (MINAYO ET AL, 2005, p.93).

O estudo de caso pode ser definido como um método de investigação com característica empírica que se concentra em fenômenos contemporâneos selecionados com o objetivo em proporcionar descrições aprofundadas de suas dimensões e processos essenciais (FAVERO e RODRIGUES, 2015.)

Em relação à análise dos dados, escolhemos como método a análise de conteúdo. A análise de conteúdo “se refere a um método das ciências humanas e sociais destinado à investigação de fenômenos simbólicos por meio de várias técnicas de pesquisa.” (DUARTE e BARROS, 2009, p.280). Os autores ainda ressaltam que a análise de conteúdo é um método de pesquisa que se difere por cumprir os requisitos de sistematicidade e confiabilidade, frente a outros métodos (análise semiológica e análise do discurso). Os autores referenciam a pesquisadora francesa Laurence Bardin e destacam que a mesma

estruturou o método análise de conteúdo em cinco etapas: organização da análise, codificação, categorização, inferência e tratamento informático. Para ficar mais claro, abaixo citamos as compreensões da pesquisadora citada pelos autores.

Para Bardin (2010) os casos de ciências humanas e da busca de compreensão sobre o ato de se comunicar exigem do pesquisador o uso do recurso da análise de conteúdo como método de investigação. De acordo com a autora, este método corresponde a dois objetivos: a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura; ambos representam o rigor e a necessidade de descoberta além das aparências. Ressalta que a análise de conteúdo agrega valor a tentativa exploratória, aumentando a propensão para a descoberta (o que se investigará) e pode ter a função de administrar a prova a partir das hipóteses estabelecidas como diretrizes ao método de análise sistemática para confirmar ou infirmar o que se é estudado. A respeito da inferência que a análise de conteúdo se propõe, Bardin (2010) destaca que a análise de conteúdo se apresenta como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. “A intenção da análise do conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)(p.40).”

As diferentes fases que ocorrem na análise de conteúdo, denominadas de inquérito sociológico ou experimentação, se organiza em (03) três pólos cronológicos: pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. (BARDIN, 2010).

A análise de conteúdo temática de acordo com Bardin (2010) é a descoberta de “núcleos de sentido”, denominado pela autora, que compõem a comunicação e, que tal frequência de aparição podem trazer significado ao objetivo analítico escolhido.

O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas a questões abertas, as entrevistas (não directivas ou mais estruturadas), individuais ou de grupo, de inquérito ou de psicoterapia, os protocolos de testes, as reuniões de grupo, os psicodramas, as comunicações de massa, etc., podem ser, e são frequentemente, analisados tendo o tema por base (BARDIN, 2010, p.131).

A autora ainda acrescenta que a análise qualitativa tem validade no que compete a elaboração das deduções específicas sobre um conhecimento ou uma variável de inferência precisa. Sendo assim, Compreendemos que a escolha do método análise de conteúdo venha satisfazer nossos objetivos nesta pesquisa considerando o pensamento da autora citada acima

e acrescentando a sua definição sobre a análise de conteúdo que justifica nossa escolha por este método: “[...] como um conjunto de técnicas de análise das comunicações.” (BARDIN, 2010, p.33)

Minayo (2014) nos deixa uma reflexão sobre a importância de uma pesquisa qualitativa em saúde:

Em resumo, saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como por suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências. Portanto, todas as ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção ou de planejamento a quem a ação se dirige. É preciso entender que, ao ampliar as suas bases conceituais incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos “científicas”, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam. (MINAYO, 2014, p. 31)

E com essa reflexão construímos nossa pesquisa baseada nos conceitos acima apresentados pela autora.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Para a realização deste estudo foi escolhido ponto de atenção UPA 24h de um município da 18ª Região de Saúde do Estado de Santa Catarina: Grande Florianópolis, pelo fato de uma das pesquisadoras trabalhar na RAPS deste município e, em virtude de ações de articulações em rede ter identificado que após a inauguração deste serviço pertencente à Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE) do município - ponto de atenção de referência municipal às situações de urgência e emergência, inclusive em saúde mental e necessidades decorrentes ao uso de substâncias psicoativas (SPA) - deste estudo este o ponto de atenção **pertencer RAPS e ser substituto de hospitais psiquiátricos**, no caso, o Instituto de Psiquiatria (IPQ) que é referência de emergências psiquiátricas do Estado de Santa Catarina.

4.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA 18ª REGIÃO DE SAÚDE: GRANDE FLORIANÓPOLIS

Será apresentada abaixo breve contextualização estadual da Região de Saúde Grande Florianópolis de acordo com dados cedidos pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras drogas e dados disponíveis no portal da Secretaria Estadual de Saúde³ (SES).

³ Fonte: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5313%3Aprotocolos-da-rede-de-atencao-psicossocial&catid=1019%3Aprotocolos-e-diretrizes-terapeuticas&Itemid=460

Segundo o **Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina**, a implantação da RAPS no Estado iniciou-se com a instituição do Grupo Condutor no ano de 2012 constituído por técnicos da SES, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); que recebeu o apoio do Ministério da Saúde. O desenho da RAPS seguiu o modelo de diretrizes que a portaria nº 3.088/11 preconiza. O Estado de Santa Catarina é dividido geograficamente em 09 macroregiões e contém 36 regiões de descentralização administrativa que correspondem às Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR); sendo assim, o delineamento destas regiões foi avaliado pelos colegiados de gestores municipais de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) que estabeleceu as **16 Regiões de Saúde** no Estado em conformidade com os critérios exigidos pela portaria nº 3.088/11 (SANTA CATARINA, 2016). Segundo a Portaria nº 399/2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do referido Pacto, o conceito de Regiões de Saúde é:

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território;
A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;
A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social [...] (BRASIL, 2006 b)

A 18ª Região de Saúde contempla 22 municípios e o município deste estudo pertence à Região da Grande Florianópolis. Todos os municípios desta região de saúde são contemplados com o ponto de atenção da alta complexidade o Instituto de Psiquiatria (IPQ), antigo Hospital Colônia Santana, para as emergências e internações psiquiátricas. Alguns municípios têm no seu território ou nas localidades próximas Hospitais Gerais, UPAs ou serviços de urgência e emergência públicos ou privados; no entanto, às demandas psiquiátricas (demandas de saúde mental) continuam sendo referenciadas ao IPQ. De acordo com dados atualizados na SES (2019) pela Coordenação Estadual de Saúde Mental há 576 leitos psiquiátricos (de saúde mental) nos hospitais do estado; sendo 160 deles somente no IPQ e 14 leitos de Saúde Mental no Hospital Infantil Dr. Jessor Amarante Faria em Joinville; sendo este, hospital infantil referência estadual às internações infanto-juvenil do município deste estudo. As vagas são reguladas pelo Sistema de Regulação Estadual e são vinculadas ao SUS. Sabemos que o Hospital Universitário - HU (no município de Florianópolis) através da Organização Social (OS) EBSEH apresentou proposta de 07 novos leitos em saúde

mental para contemplar a Política de Enfrentamento ao Crack e outras drogas conforme a Portaria nº 148/2012 no documento Dimensionamento de Serviços Assistenciais (BRASIL, 2016c).

4.4 CARACTERIZAÇÃO DA UPA 24H DO MUNICÍPIO

A **UPA 24h** deste estudo, localizada no Distrito Oeste do município funciona 24 horas, conta com 110 profissionais plantonistas de diferentes categorias que trabalham nos plantões diurnos (das 07h às 19h) e noturnos (das 19h às 07h) ambos com escala de 12x60. As categorias profissionais são enfermeiro, técnico de enfermagem, médico clínico geral, médico pediatra, assistente de serviços operacionais, vigia, motorista e assistentes administrativo. As escalas de plantão são constituídas por 02 enfermeiros, 05 técnicos de enfermagem, 02 vigias, 02 assistentes administrativos, 02 agentes de serviços operacionais, 02 motoristas, 03 médicos clínico geral e 01 médico pediatra quando disponível para agregar no plantão. Na gestão da unidade há 1 diretora administrativa, 1 coordenadora, 1 gerente de enfermagem.

Tem capacidade para atender aproximadamente 400 pessoas por dia e de 8 a 10 mil pessoas por mês; a estrutura física da unidade é de 1,6 mil m² e possui 16 leitos, laboratório para coleta e *raio x* digitalizado.

A UPA 24h é de **Porte I** (ver Quadro nº 18) está habilitada desde 2009, porém, iniciou suas atividades em 30 de Junho de 2016. Funcionando e no momento em processo de análise pelo Ministério da Saúde para a habilitação do **custeio** (tem investimento municipal) de acordo com a Nota Técnica COSEMS/SC – Número: 028/2017, cujo estudo retrata a situação das UPAS 24h no Estado. O mesmo destaca a existência de outra UPA habilitada em 2012 pelo Programa PAC 2 (Programa de Aceleração de Crescimento) de Porte I registrada como *obra em andamento*. Segundo informações da Secretaria de Saúde do município deste estudo, o ponto de atenção está localizado no Distrito Sul. Assim no município deste estudo, há duas UPAs, ambas Porte-I, uma habilitada em 2009 e outra em 2012.

Quadro 8 – Classificação dos três tipos de porte de UPAs 24h por população com número de leitos de observação e sala de urgência

Definição dos Portes Aplicáveis às UPA 24h	População recomendada para as áreas de abrangência da UPA 24h	Número mínimo de leitos de observação	Número mínimo de leitos sala de urgência
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	7 leitos	2leitos

PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	11 leitos	3 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	15 leitos	4 leitos

Fonte: Portaria nº 10/2017 - Capítulo V Dos Recursos de Investimento (BRASIL, 2017)

Anteriormente a população contava com o Pronto Socorro 24h, denominado de Centro de Triagem – **CENTRI** – inaugurado no ano de 2009 e localizado na região central. Após a inauguração da UPA 24h este serviço foi desativado e a estrutura foi reutilizada para ampliação da Unidade Básica de Saúde próxima ao local. O **CENTRI**, de acordo com o **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**⁴, foi inaugurado em virtude do Protocolo para o enfrentamento à Pandemia de Influenza Pandêmica (H1N12009): Ações da Atenção Primária à Saúde e a própria necessidade epidemiológica do Estado pelo **DECRETO nº 2.491/2009** que declara situação de emergência no Estado referente ao surto da **Gripe H1N1**. O Ministério da Saúde apoiou a manutenção do serviço pelas **Portarias; nº 1.556/2010** (que estabelece recursos de custeio destinados às ações de Atenção Primária, de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados aos estados, Distrito Federal e municípios para o enfrentamento da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009); **nº 2.693/2011** (que estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e Municípios, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção de Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Influenza); **nº 183/2014**(que regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art.18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/SM, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação). Com a ampliação das demandas atendidas no **CENTRI**, denominado pela população carinhosamente de “PA”- o município percebeu a necessidade em ampliar a complexidade do serviço e a UPA 24h foi implantada em outro local e habilitada em 2009.

As normativas que a orientam o funcionamento de uma UPA constam na figura abaixo:

⁴ Documento não disponível no site da prefeitura em questão. Documento fornecido via e-mail por profissional da Secretaria de Saúde do município.

Figura 3 – Conjunto de Legislações que regem UPAs 24h organização, financiamento, gestão para funcionamento e atendimento ao usuário no SUS



Elaborado pela própria autora.

O **acesso** ao ponto de atenção da rede pelo usuário é por condição própria ou por veiculação institucional (SAMU, Auto-Pista Litoral Sul), encaminhamento de outros pontos de atenção como pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), clínicas particulares entre outros. O estabelecimento é porta-aberta, com acolhimento por demanda espontânea ou referenciada.

Sobre o **processo de trabalho** em saúde visa os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) no quesito cuidado integral e humanizado ao usuário. As comunicações se dão por sistema informatizado, por contato telefônico ou comunicação pessoal. Há duas formas de acesso ao usuário, pela porta de entrada principal aonde ocorre o acolhimento ou pela porta lateral que vai ao encontro da *sala vermelha* (sala para emergências), geralmente a porta lateral é utilizada pelas equipes do SAMU ou Auto-Pista Litoral Sul.

A UPA tem um Regimento Interno de Enfermagem constando as atribuições por categoria, organização do setor. Até então, não há protocolos clínicos, somente o Protocolo de Classificação de Risco.

O acolhimento⁵ (BRASIL, 2013) se inicia pela recepção, o usuário após realizar o seu registro de entrada (cadastro) e apresentar sua queixa e sintomas é referenciado aos

⁵ Acolhimento é um modo de organização do trabalho que as equipes de saúde realizam para atender os usuários que os procuram nos serviços de saúde. Este modo de organização inclui a escuta e análise da demanda apresentada e a elaboração de respostas adequadas e articulação com a rede social no qual o usuário está inserido, assim como, o estabelecimento do comprometimento com os usuários fortalecendo os vínculos nestas relações.

profissionais de Enfermagem que realizam a *Triagem*, **classificam os riscos** (pelo modelo de Protocolo *Manchester*⁶) e direcionam ao médico para a avaliação e atendimento ou ao profissional referente à demanda específica. Havia um painel eletrônico (Televisão), para identificação da pessoa, a classificação de risco e a ordem de chamada para o atendimento; devido a problemas técnicos no sistema o uso do painel foi cessado há alguns meses. No momento os usuários aguardam o chamado de voz do profissional médico para o seu atendimento. O município implantou o sistema de prontuário eletrônico em todos os pontos de atenção à saúde, a UPA 24h contém este sistema para facilitar seu processo de trabalho e articulação com os serviços da rede. A rede de referência de alta complexidade com a qual a UPA 24h estabelece é composta pelos Hospitais Gerais da região e com o Instituto Psiquiátrico (IPQ) que é referência estadual especializada em crise em saúde mental e/ou problemas decorrentes ao uso de SPA. O médico plantonista responsável pelo atendimento é quem articula com os hospitais para referenciar o caso através do traslado da ambulância própria da UPA 24h até o hospital referenciado para dar continuidade ao atendimento.

Na UPA os profissionais realizam o acolhimento, estabilizam o quadro e encaminham ao Hospital Geral ou ao Instituto Psiquiátrico do Estado - **IPQ**, se necessário. Conforme o que preconiza a Portaria nº 10/2017 no que compete ao tempo de atendimento do usuário na unidade:

art. 5º VIII - manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. (BRASIL, 2017)

O Instituto de Psiquiatria (IPQ) é referência estadual na atenção à emergência psiquiátrica e fica localizado no município de São José, no estado de Santa Catarina. Contém de 160 leitos na sua constituição, caracterizado pelas seguintes atividades: tratamento psiquiátrico, tratamento de dependência química (álcool e drogas), atendimento clínico, psicológico e odontológico, centro de convivência, programa de atenção à portadores de transtornos afetivos, esquizofrenia, triagem e atendimento de emergência e terapia ocupacional e fisioterapia⁷.

⁶Maiores informações em: <<http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/>>

⁷ Fonte: http://www.saude.sc.gov.br/geral/orgaos_vinculados/hospitais/ipsc.htm

4.5 MAPEAMENTO DA RAPS NO MUNICÍPIO DA 18ª REGIÃO DE SAÚDE

O município deste estudo de acordo com os dados do IBGE (2017) tem uma população de 137.334 habitantes de acordo com o último censo realizado em 2010; é localizado no Estado de Santa Catarina e é pertencente a um dos municípios que fazem parte da 18ª Região de Saúde. De acordo com os dados da pesquisa realizada no ano de 2009, foram registrados 18 estabelecimentos de saúde do SUS.

A RAPS é registrada no Ministério da Saúde pelo Sistema de Planejamento da Prefeitura. A atenção secundária é formada pelos serviços especializados da Policlínica do município gerenciada por uma Universidade Privada, sendo constituída de profissionais e estudantes que prestam atendimento ao público local, ofertam consultas ambulatoriais de especialidades médicas e odontológicas, como por exemplo: Pediatria, Cardiologia, Urologia, Ginecologia, Psiquiatria, Dermatologia, Neurologia, Geriatria, Fisiatria, Alergia, Cirurgia Torácica, Endocrinologia, Gastro, Nefrologia, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Pneumologia, Reumatologia, Nutrologia, Mastologia, Proctologia. A organização da demanda é realizada pelo Sistema de Regulação do SUS (Sisreg), orientando o fluxo de atendimentos ambulatoriais, referenciados pela atenção básica. Os serviços oferecidos podem ser através de contratos, convênios e/ou, ainda, pactuados com outros municípios⁸.

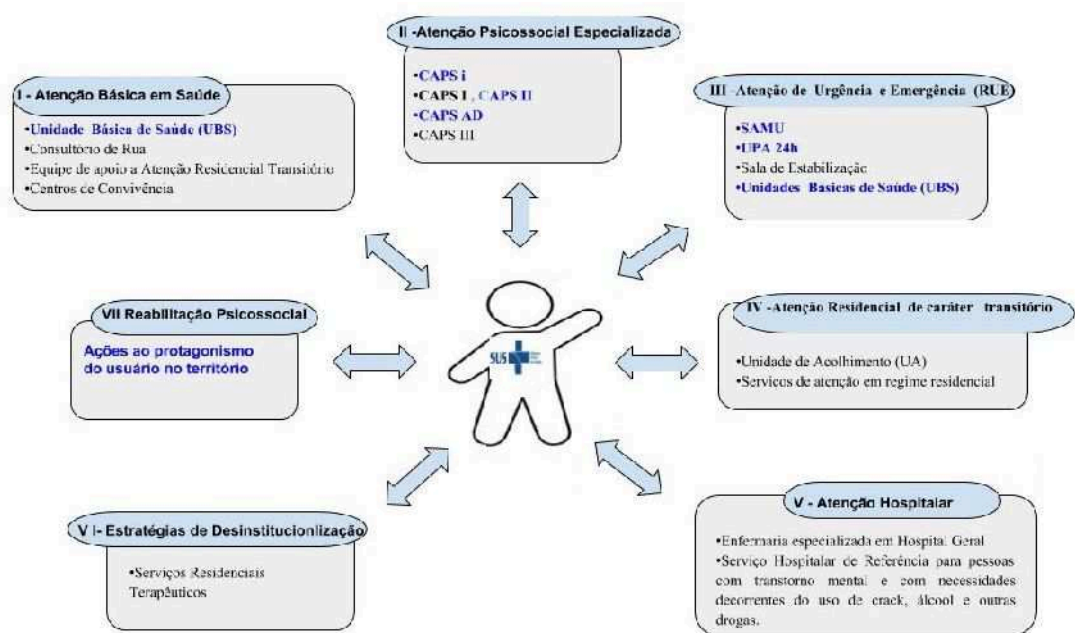
No município deste estudo contamos com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) inaugurado 2015 e responsável pelo processo local de formação e capacitação dos profissionais da RAPS e com frequência cursos de capacitação aos profissionais da RAPS. Sendo uma ferramenta essencial de proposta ao processo de ensino-aprendizagem aos profissionais da rede e de avaliação formativa dos serviços de saúde proporcionando, com isso, qualidade aos usuários do SUS (BRASIL, 2014).

O modelo de RAPS proposto pela Portaria nº 3.088/2011 está retratada na figura a seguir com uma figura inanimada representando o usuário do SUS que acessa aos pontos de atenção dos componentes que a PNSM preconiza. Destacamos os componentes e seus respectivos pontos de atenção e para melhor identificação na **cor azul** os pontos de atenção que estão presentes na RAPS do município deste estudo.

Aprecie os componentes e pontos de atenção da RAPS do município deste estudo na figura abaixo:

⁸ Dados extraídos do Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

Figura 4: Fluxograma da RAPS do município deste estudo em 2018-19



Elaborado pela própria autora.

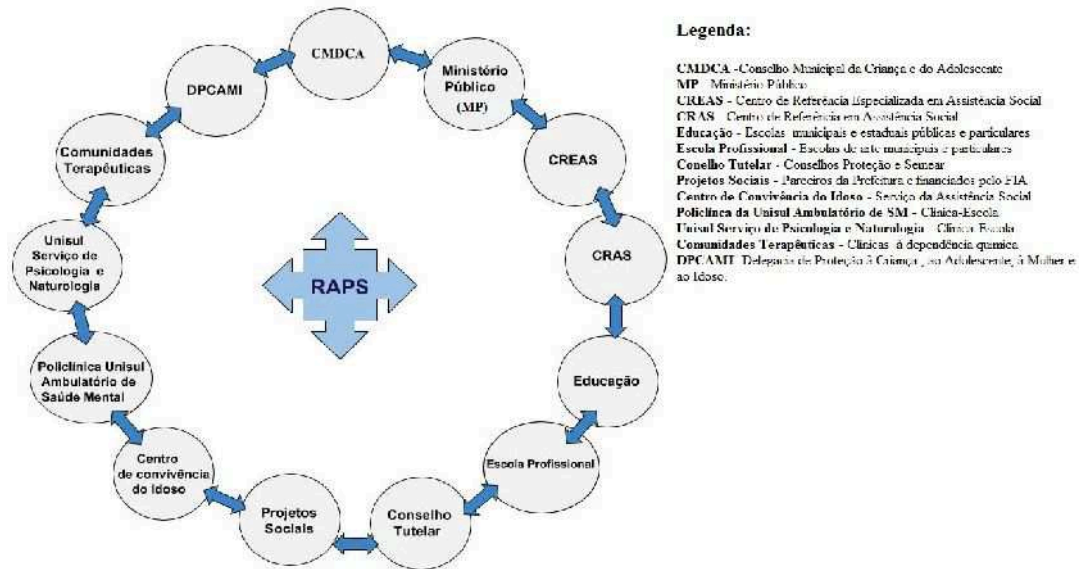
Ressaltamos que na Portaria nº 3.088/2011 não consta como devem ser realizadas as ações das estratégias de Reabilitação Psicossocial, sendo assim, incluímos na figura o que é apresentado no texto do site do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2018)

Na figura acima, as setas representam as articulações possíveis entre os componentes e seus respectivos pontos de atenção com a demanda do usuário. Os profissionais dos pontos de atenção são responsáveis pelas ações, encaminhamentos e acolhimentos específicos ao usuário que se encontra no meio de toda essa rede de possibilidades de articulações e prestação de atenção e cuidado à saúde mental. No município destacamos a importância da articulação entre os serviços paralelos a RAPS e considerando a importância e o papel da UPA nas articulações em rede consta na citação abaixo:

As UPAs e os Pronto-Socorros [...] realizam o atendimento das demandas de urgência e emergência, incluindo aquelas consideradas de saúde mental. [...] **Articula-se a outros pontos de atenção, garantindo a continuidade do cuidado, de acordo com a necessidade. Deve prover retaguarda para a observação das situações limite, para a definição de encaminhamento mais adequado.** É importante identificar se o usuário em questão realiza acompanhamento em CAPS, de forma que esse serviço seja acionado para o compartilhamento da responsabilidade e a continuidade do cuidado. [...] Essa articulação entre os serviços propicia o adequado atendimento aos usuários e famílias sem recorrer ao recurso da internação de forma desnecessária. (Campos, 2014, p.18) Grifo nosso.

Elencamos na figura abaixo os serviços existentes na rede intersetorial do município deste estudo.

Figura 5: Fluxograma da Rede Intersetorial do município



Elaborada pela própria autora.

4.6 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram os trabalhadores da UPA 24h de um município da 18ª Região de Saúde: Grande Florianópolis. Foram incluídos os profissionais da UPA que atendem diretamente pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas do uso SPA.

Nesta pesquisa o critério de inclusão dos participantes foi considerado aqueles trabalhadores da UPA 24h, deste estudo, que voluntariamente manifestaram-se a favor de participar da entrevista e/ou questionário. E como critério de exclusão foi os trabalhadores desta UPA 24h que por falta de agenda ou de interesse não quiseram participar desta pesquisa.

A UPA conta com 01 diretora administrativa, 01 coordenadora, 01 gerente de enfermagem na gestão. Há 110 funcionários contemplando o quadro de pessoal nas escalas de plantão de 12h/dia; sendo 77 deles são Assistentes Administrativos da recepção e equipe de saúde: Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos. Há mais 33 trabalhadores de outras categorias, como por exemplo, motorista, vigia, agente de serviço operacional, esses não fizeram parte desta pesquisa. Para a realização desta pesquisa dos 77 profissionais das

categorias Assistente Administrativo e da equipe de saúde escolhemos 14 participantes, que corresponde a 18% dos trabalhadores destas categorias profissionais.

4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram elaborados dois tipos de questionários; um para os profissionais assistentes administrativos (Apêndice 1) e outro para os profissionais da equipe de saúde (Apêndice 2). E elaborada entrevista semi-estruturada para as gestoras da UPA.

O questionário do Apêndice 1 com quinze questões, sendo 08 perguntas fechadas e 07 perguntas abertas; o questionário do Apêndice 2 com vinte e cinco questões, sendo 11 perguntas fechadas e 14 perguntas abertas. Entrevista semi-estruturada com 10 perguntas fechadas.

Algumas questões foram adaptadas ao perfil dos cargos, e algumas perguntas se repetem em ambos os questionários, outras não (vide Apêndice 1 e 2). E foram realizadas duas entrevistas semi-estruturadas para os gestores.

4.8 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

As identidades dos participantes foram preservadas conforme a compromisso ético atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde; assim, iremos identificar os participantes com siglas que referentes aos seus cargos desempenhados na UPA: Assistentes Administrativos – ADM; e a equipe de saúde por Técnico de Enfermagem - TE; Enfermeiro (a) - Enf e médico (a) – Med e as gestoras como G-1 e G-2.

A coleta de dados ocorreu entre Janeiro a Junho de 2019 e foram necessárias 04 visitas. Os participantes foram 14 pessoas, sendo que 02 da Gestão da UPA e 12 os profissionais (ADM 01, ADM 02, ADM 03; TE 01, TE 02, TE 03; Enf 01, Enf 02, Enf 03 e Med 01, Med 02, Med 03). Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos éticos através do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido, ver Apêndice 4). Para as gestoras foi solicitada a permissão para gravar em áudio as entrevistas para fins de transcrição literal para a etapa da análise.

5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa submetida e aprovada do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), parecer nº **3.037.237**, atende a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

6. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Gostaríamos de iniciar falando um pouco dos ‘bastidores’ da coleta, imprevistos que ocorreram, das três gestoras que há na UPA, uma profissional não apresentou disponibilidade para participar da pesquisa. Incluímos mais um assistente administrativo igualando o número de participantes, três para cada cargo (entre assistente administrativo e equipe de saúde). E mantendo um total de 18% das categorias profissionais participantes desta pesquisa.

Ressaltamos que optamos em anular a análise dos dados das questões 15 e 18 do questionário 02 (vide apêndice 02) em virtude dos profissionais técnicos de enfermagem terem rasurado as respostas nos impossibilitando de obter uma análise assertiva. Provavelmente não houve uma compreensão do enunciado por estes profissionais, pois colocaram várias vezes a intensidade número 10 para mais de um item, em alguns casos deixando alguns itens sem indicação numérica de avaliação com relação à frequência. A questão nº 15 abordava identificar a ordem de maior frequência das ações de intervenção à crise no que compete aos quadros de transtornos mentais e a questão nº 18 no que compete aos casos de uso de substâncias psicoativas.

Feito estes esclarecimentos, pois o fazer pesquisa nem sempre ocorrerá exatamente como o planejado, iremos agora apresentar os resultados obtidos em dois blocos: um com os dados quantitativos referente ao perfil e a atuação dos participantes para as questões fechadas (12 participantes questionário 1 e 2) e também dados das entrevistas dos gestores, ou seja, aquelas informações comuns a todos os 14 participantes desta pesquisa. Um outro bloco referente às perguntas abertas dos questionários 1 e 2 e das entrevistas semi-estruturadas - organizado na forma de categoria e sub-categoria, onde iremos destacar parte das respostas fazendo citação direta e no final identificar com as siglas os participantes.

O primeiro bloco de resultados refere-se a perguntas fechadas sobre: noção da demanda de saúde mental nos atendimentos, atuação em outras atividades laborais, tempo de atuação na UPA, se tem ou está em formação em saúde mental, conhecimentos das portarias nº 1.863/2003 e 3.088/2011.

Como já informado, iniciaremos com o bloco de dados quantitativos os quais serão retratados e analisados a seguir. Na tabela nº 1 consta o sexo, idade e a forma de contratação dos participantes. Ressaltamos que um dos profissionais não informou sua forma de contratação.

Tabela 1 – Perfil dos participantes desta pesquisa: idade e sexo e tipo de contratação

Categoria Profissional	Idade	Sexo	Tipo de Contrato
ADM 01	30	Feminino	Estatutário
ADM 02	30	Masculino	Estatutário
ADM 03	32	Feminino	Temporário
TE 01	30	Feminino	Temporário
TE 02	32	Feminino	Sem Resposta
TE 03	42	Feminino	Temporário
Enf 01	30	Feminino	Temporário
Enf 02	31	Feminino	Estatutário
Enf 03	38	Feminino	Temporário
Med 01	28	Masculino	Temporário
Med 02	32	Feminino	Temporário
Med 03	33	Feminino	Temporário
G-1	40	Feminino	Temporário
G-2	34	Feminino	Temporário

Elaborado pela autora

Legenda:

ADM – Assistente Administrativo

TE – Técnico(a) de Enfermagem

Enf – Enfermeiro(a)

Med – Médico(a)

Visualizamos que dos 14 participantes apenas dois são homens, apenas três são efetivos (contrato estatutário) e as idades variam de 28 a 42 anos; havendo mais prevalência da faixa etária dos trinta anos.

No que compete aos dados dos questionários 1 e 2, dos doze trabalhadores que responderam verificamos que todos da equipe de saúde tinham ciência que iriam entrar em contato com usuários em crise em saúde mental ao responderam ter conhecimento da **demanda em Saúde Mental**. E dos três ADM apenas 02 não. Isto reflete que os profissionais da equipe de saúde por terem ciência de que UPA 24h é um serviço de urgência e emergência, possivelmente estarão acolhendo este tipo de demanda. Porém, os assistentes administrativos por serem de outra área de atuação apresentaram ter pouca informação no momento da contratação.

Ressaltamos que descrever as funções e demandas do cargo é primordial no momento da contratação, para se preparar e permanecer ou não no local de trabalho ofertado. Compreendemos que o serviço público, em muitos casos, não segue a proposta do setor privado onde há processos de recrutamento e seleção e de treinamento, que são fundamentais e são realizados pela equipe de Recursos Humanos (RH) no momento que o colaborador passa a exercer o seu cargo. Segundo Weiss (2006, p. 117) o processo de integração é “adaptar o novo colaborador à empresa contratante, facilitando seu processo de

socialização no novo cenário de aprendizado no qual ele inicia suas atividades profissionais”. Neste processo inclui: ritual de boas vindas; apresentação da estrutura física do local, dos gestores e colaboradores; missão, visão e valores institucionais; políticas, normas e procedimentos (manual do colaborador); descrição do cargo e salário, ofertas de treinamento e desempenho esperado. Representam os conteúdos essenciais do Planejamento Estratégico da Gestão de Pessoas (Weiss, 2006 e Chiavenato, 1999)

Concordamos com a necessidade de implantar no serviço público, em especial, nesta UPA, a integração. Pois o processo de integração é responsável pela apresentação institucional e contribui na diminuição do *turnover* (rotatividade) de funcionários dentro da instituição (Weiss, 2006 e Chiavenato, 1999). Para Chiavenato (1999) a rotatividade de pessoal dentro de uma organização é o resultado entre os colaboradores admitidos e desligados e pode ser de dois tipos: desligamento por iniciativa do funcionário ou da organização. Que no caso da UPA deste estudo, a rotatividade é em virtude da quebra de contrato. Dez profissionais são contratados, seja por processo seletivo ou cargo comissionado.

Outro processo também importante e eficaz é o treinamento, que na saúde pode vir na forma de Educação Permanente. O treinamento segundo Chiavenato (1999) pode ser sob Estratégia conservadora e defensiva: individual, no cargo, específico e para comparar habilidades ou Estratégia prospectiva e ofensiva: treinamento em equipe, externo, genérico para flexibilidade e para construir habilidades. Conforme experiência própria de uma das autoras, em muitos casos, profissionais na saúde, o treinamento é informal, não planejado, não supervisionado, dado pelo funcionário com mais de experiência para quem recém foi contrato (não há nenhum problema nisto, é louvável). Entretanto se tratando de pessoas que chegam a UPA com crise em saúde mental (transtornos mentais e problemas decorrentes ao uso de SPA) um treinamento planejado oferece condições de trabalho mais adequada para acolhimento conforme preconiza a **PNH**: acesso às unidades e serviços como garantia do cuidado; à qualidade da/na assistência - escuta/vínculo/responsabilização/resolutividade; à continuidade do cuidado; à participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde - autonomia e protagonismo do cidadão – usuário e sua rede social; à saúde como bem com “valor de uso” e não como mercadoria - formas dignas/potentes de viver a vida com autonomia (BRASIL, 2009).

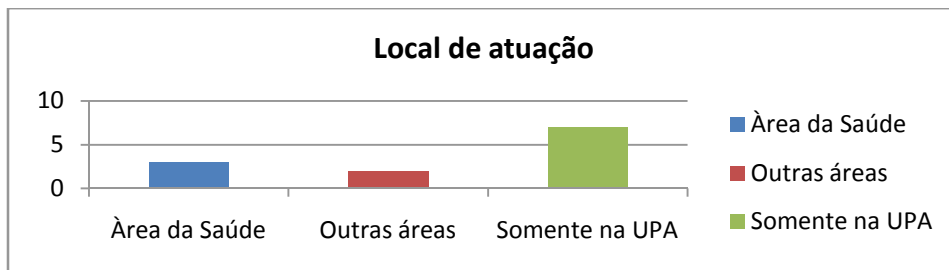
Considerando que o papel do assistente administrativo desta UPA é: acolher o usuário e seus familiares ou responsáveis, realizar o cadastro e encaminhá-lo para o setor de triagem. Diante de demandas em saúde mental seria importante a integração e o treinamento

também a estes profissionais para a melhoria no acolhimento; por serem – geralmente - o primeiro contato com a pessoa em situação de crise em saúde mental.

Quanto ao questionamento dos 12 **trabalhadores exercerem outras atividades laborais além daquela na UPA**, sete profissionais trabalham somente na UPA. Dentre eles 01 médico, 03 TE, 02 Enf e 01 ADM. E cinco profissionais trabalham em outros locais, 02 médicos (um em UBS e outro em Hospital Geral) e 01 enfermeiro (em UBS, CAPS, Clínica Médica de setor privado) e 02 ADM (um como advogado e assistente financeiro).

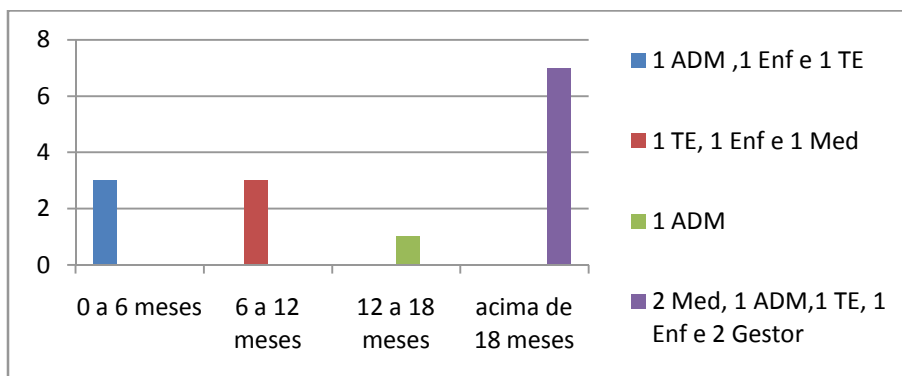
Os dados acima citados podem ser visualizados abaixo na Figura 6:

Figura 6 - Perfil da amostra com relação a atuar em outros lugares além da UPA



Por ser uma UPA ‘jovem’ (inaugurada em Julho de 2016) a respeito do tempo de atuação na UPA dos 14 participantes da pesquisa, na Figura n.7 03 estão trabalhando **até 06 meses**; 03 **entre 06 a 12 meses**; 01 **de 12 a 18 meses** e 07 **acima de 18 meses**. Ou seja, estão atuando desde a inauguração neste ponto de atenção. O gráfico abaixo representa estes dados:

Figura 7 – Tempo de serviço na UPA para os 14 profissionais



Para além do tempo de trabalho na UPA também foi verificado o tipo de contratação e identificamos que dos 07 profissionais que trabalham na UPA há mais de 18 meses (dois

são concursados e cinco são contratos temporários de 12 meses, podendo ser renovado por igual tempo). Ou seja, isto é uma condição que gera rotatividade a cada 12 meses ou 24 meses. Concluímos que foi rico ter na amostra pessoas com pouca e muito tempo de atuação o que permite mapear a percepção dos profissionais com relação às demandas em saúde mental e com problemas recorrentes ao uso SPA que chegam a UPA.

Quando foi investigado sobre se **possuíam ou estavam em formação em Saúde Mental**, os profissionais não gestores, 11 deles responderam que não e apenas um que fazia formação em Saúde Mental (era da Enfermagem).

É intrigante, ter apenas um profissional com formação em saúde mental (Redução de Danos) quando todos estão num ponto de atenção da rede para urgência e emergência às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de substâncias psicoativas. Considerando que nove profissionais são da área da saúde (técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) podemos concluir que é um resultado que indica a **importância da oferta de Educação Permanente em Saúde** visto que os profissionais não possuem formação em saúde mental. Podemos supor que estes profissionais não tiveram a oportunidade e ou interesse de se capacitar para esta demanda (saúde mental).

Ainda com relação à formação em Saúde Mental as duas gestoras entrevistadas (G-1 e G-2) informaram que não estão e não possuem formação nesta temática. Uma possui Pós-Graduação em Especialização em Saúde da Família e Gestão em Auditoria em Saúde. A outra é formada em Administração.

Com relação à importância de ter ofertas de capacitação nenhum dos 03 **assistentes administrativos** fizeram capacitação e dos nove profissionais da **equipe de saúde**, apenas 03 deles receberam durante sua atual permanência laboral na UPA oferta de capacitação pelo Programa da Educação Permanente em Saúde do município deste estudo. Sendo os seguintes profissionais e as correspondentes capacitações: 02 Enfermeiros (PEP- Profilaxia Pós-Exposição ao HIV, Primeiros Socorros e RCP- Ressucitação Cardiopulmonar) e 01 Médico (PEP). As capacitações ofertadas estão relacionadas para atenção e cuidado aos casos de urgência e emergência de ordem física e orgânica e não especificamente na área de saúde mental.

De acordo com dados informados pela Superintendente do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) do município, no ano vigente (2019) foram oferecidos cursos aos profissionais da RAPS do município totalizando 259 profissionais participantes. No mês de Abril : *Manejo e monitoramento da Sífilis; Capacitação em Auriculoterapia - módulo 01; Capacitação dos Protocolos Sisreg (Sistema Nacional de Regulação)*. No mês de Maio:

*Atualização Operador Sistema Sisreg; Atualização Farmácia; Urgência e Emergência Cardiológicas; Diagnóstico dos Principais Transtornos em Saúde Mental (com 15 participantes das diversas categorias profissionais – Enfermeiros, Agente Operacional de Saúde, Vigia, ADM, Farmacêutico, Psicólogo e Assistente Social); Contenção e Manejo de Crise (com 22 participantes de diversas categorias profissionais – Enfermeiros, Técnico de Enfermagem, Agente Operacional de Saúde, Vigia, ADM, Psicólogo e Assistente Social); *Insuficiência Coronária e Iam* e em Junho ocorrerá o curso *Psiquiatria*.*

Ressaltamos que não obtivemos informação se mais profissionais da UPA participaram de alguma capacitação ofertada acima. No entanto, parabenizamos o NEPS por oferecer capacitações com temáticas de saúde mental (acima sublinhado) com participação dos profissionais; retratando o interesse pelo tema. Entretanto ressaltamos como seria importante que mais profissionais que se deparam com essa demanda se capacitassem.

Com relação a **Portaria nº 1.863/2003** - Política Nacional de Atenção às Urgências, que considera atribuição dos estabelecimentos de saúde na atenção das urgências, que inclui a UPA 24h, atenderem os casos de urgências psiquiátricas, violências e suicídios:

[...] conforme retrata o **artigo 2º**, “1 – garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, **psiquiátricas**, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, **violências e suicídios**)” (BRASIL, 2003) Grifo do autor.

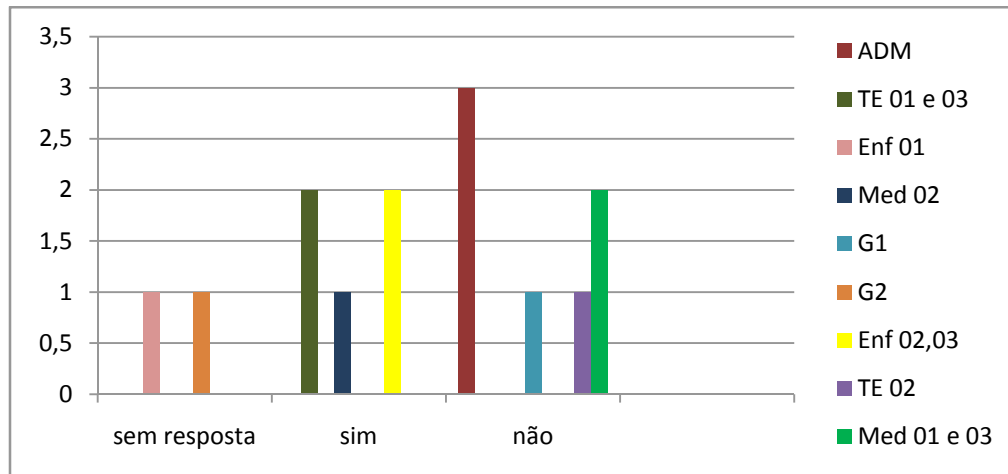
Quando perguntamos aos 12 profissionais que não ocupam o cargo de gestão se a conheciam, dez dos participantes responderam **sim** e dois que possuem conhecimento **em parte**. Dez conheciam a portaria e eram da equipe de saúde (03 Med, 03 TE, 03 Enf) e 01 ADM. O que não nos surpreendeu, por trata-se profissionais da saúde. Chamou nossa atenção um assistente administrativo indicar ter ciência desta portaria. Isto demonstra que pode ser do interesse deste participante buscar assuntos da área da saúde pelo fato de estar inserido no local, principalmente, que chega demandas em urgência e emergência em saúde mental.

Para os 14 participantes (incluindo os gestores), sobre ter conhecimento da **Portaria nº 3.088/2011**, conforme Figura nº 13 observamos que apenas 05 participantes desta pesquisa responderam **ter conhecimento**, 07 responderam **não ter ciência**, 01 (Enf) deixou a questão em branco e 01 Gestor não respondeu diretamente, fez questionamento (ver bloco 2 em CATEGORIA 03: Desafios para ações de articulação intra e intersetoriais) ; assim consideramos como sem resposta. Daqueles que responderam ter ciência da portaria, 01

Med, 02 TE e 02 Enf. Os que **não têm conhecimento** da portaria, 02 Med, 01 TE, 03 ADM e 01 Gestor. Chamou-nos a atenção profissional da saúde não ter conhecimento.

Para melhor visualização, o gráfico abaixo retrata esses resultados acima citados.

Figura 8 – Respostas sobre ter ou não conhecimento da Portaria nº 3.088/2011



Não nos causa surpresa os assistentes administrativos não terem conhecimento visto que esta portaria é um tema importante na área da saúde, principalmente da saúde mental. No entanto chamou nossa atenção dados apontarem que 02 médicos não têm ciência desta portaria, publicada há 08 anos. Em 2017 sugeriram mudanças nas políticas de saúde mental, foi publicado a Portaria nº 3.588/2017 que foi amplamente divulgada em diversos meios de comunicação (telejornais, mídia impressa e redes sociais principalmente) e muito discutida entre os profissionais da saúde por enfatizar, como por exemplo, o investimento financeiro em leitos de saúde mental em hospitais psiquiátricos ao invés de executar o fechamento destes, incentivando as internações de modo asilar; sendo esta portaria rebatida até os dias atuais em virtude destas inúmeras alterações, que afronta algumas conquistas e propostas da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica.

Portanto, perante o déficit de conhecimento das Políticas Públicas que envolvem as portarias (nº 1.863/03 e nº 3.088/11), identificamos a necessidade de capacitação em Educação Permanente em Saúde, pois UPA 24h é um dos pontos de atenção da RAPS com atendimento às urgências e emergências em saúde mental.

Agora iremos apresentar os resultados e suas análises das **perguntas abertas** dos questionários 1 e 2 e das **entrevistas semi-estruturadas**.

A partir da análise de conteúdo foi possível elaborar quatro categorias, sendo duas delas constituídas de subcategorias conforme quadro abaixo:

Quadro 9 - Apresentação das 4 categorias e suas subcategorias de análise dos 14 participante, trabalhadores de uma UPA 24h

Categorias de análise	Subcategorias
1)Acolhimento: Atenção e Cuidado em Saúde Mental	1.1 Compreensão de crise em Saúde Mental
	1.2Acolhimento/atendimento à pessoa em situação de crise em Saúde Mental e problemas decorrentes ao uso de SPA.
	1.3 Resolutividade à urgência e emergência em Saúde Mental: Especialidade Psiquiátrica
2) Dificuldades no atendimento à Saúde Mental	2.1 Dificuldades nos atendimentos por tentativas de suicídio
	2.2 Imprevistos e dificuldades no atendimento à crise em Saúde Mental e problemas decorrentes ao uso de SPA
3) Desafios para ações de articulação intra e intersetoriais	
4) Educação Permanente em Saúde: Oferta e interesse em capacitação em Saúde Mental.	

CATEGORIA 01: ACOLHIMENTO: ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Esta categoria de análise é resultado das respostas dos profissionais referente à pergunta “O que você entende por crise em saúde mental?” (Questão nº 7- Apêndice 1) e (Questão nº 11 – Apêndice 2)

SUBCATEGORIA 01.1: COMPREENSÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

Os 03 **assistentes administrativos** afirmam não terem conhecimento e o pouco que sabem sobre crise em saúde mental é adquirido no momento do cadastro, a partir das circunstâncias e sintomas relatados pelos familiares e/ou acompanhantes, exemplo:

Meu conhecimento é praticamente zero, o pouco do que sei é pelo relato dos pacientes no momento em que faço seu cadastro. (ADM 01)
Entendo como sendo o paciente com transtorno em sua sanidade mental. A identificação geralmente surge a partir de relato do acompanhante que trás o paciente. (ADM 02)

Dos 09 profissionais atuando na **área da saúde** (03 técnicos, 03 enfermeiros, 03 médicos) alguns compreendem a crise em saúde mental como sinônimo do próprio transtorno mental (ex: depressão, surto psicótico, desequilíbrio emocional, crise de abstinência, alteração do comportamento). Outros compreendem pelos seus sintomas, como também os assistentes administrativos, que relatam os sintomas para os enfermeiros (ex: alucinações ou delirium, agitação, alteração da sensopercepção). E alguns outros quando o sofrimento psíquico é tão intenso como nos caso de tentativas de suicídio e surtos psicóticos. Há também uma compreensão mais abrangente relacionando a compreensão da crise com a incapacitação para atividades diárias que antes eram realizadas. Conforme ilustrado nas frases abaixo:

É quando o paciente chega com um transtorno, no qual temos que avaliar para conseguirmos uma melhora, muitos chegam com problemas familiares, outras com crises (...). TE 01

Pessoas com problemas mental e depressivas na maioria das vezes. TE 03

Quando há um desequilíbrio emocional desencadeador por algum fator. Enf 01

Quadros em que o paciente não consegue ou tem sua compreensão alterada. Geralmente sofrendo de agitação, alucinações ou delirium. Enf 02

Alteração da psique humana que prejudica, momentaneamente ou não, a vida do usuário que procura o serviço, afastando-o das suas atividades básicas diárias. Enf 03

Sofrimento psicossocial, alteração da sensopercepção. Med 01

Ideação ou tentativa de suicídio, surto psicótico, abuso de drogas, crise de abstinência. Med 03

Para as gestoras da UPA esta pergunta não foi explanada, porém identificamos em uma das narrativas da entrevistada G-1 que apresentou na sua fala compreensão de Saúde Mental sob uma **visão psicossocial**:

[...] Hoje as pessoas estão doentes, elas têm dor de imediato elas vêm pra cá, mas a pessoa que tem problema de saúde mental tem depressão; às vezes ela sabe pra onde ir? Às vezes ela não sabe. [...] Então tem que ter todo um trabalho de educação, um trabalho cultural em relação a isso para que a gente possa atingir o maior número de pessoas. [...] porque as pessoas têm “né”, as frustrações, então assim ó: ela não precisa ser doente [...]. Eu sempre digo, hoje se todo mundo fizesse terapia o mundo ia ser bem melhor, quem sabe no futuro [...]. G 1

Como já vimos anteriormente, para a OMS (2001) os transtornos mentais e comportamentais são definidos pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e apresentam sintomas variados representados pela combinação de idéias, emoções, comportamentos e relacionamentos, podendo haver flutuações no humor da pessoa sob a influência dos fatores biológicos, sociais e psicológicos. Ou “condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por

comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento.” (OMS, 2001 p.53)

As respostas dos profissionais revelam que os sintomas mais apresentados pelas pessoas em situação de crise em saúde mental, sejam por transtorno mental ou decorrente ao uso de SPA, estão contemplando situações de urgência e emergência que possam ser atendidas na UPA. Alguns dos sintomas relatados pelos profissionais podem estar associados a prejuízos e agravos nos âmbitos laborais, sociais, familiares, educacionais e/ou alterações fisiológicas e neurológicas e estão em consonância aos conceitos da OMS. Identificamos a possibilidade de oferta de capacitação a estes profissionais no que compete ao esclarecimento diferenciado dos conceitos implicados no processo saúde- doença (transtorno mental, diagnóstico), sintoma e sofrimento. Para que possam, ainda mais, identificarem a demanda durante o acolhimento destas pessoas na UPA 24h e potencializar a qualidade do atendimento; assim como, diminuir o preconceito e dúvidas.

SUBCATEGORIA 1.2: ACOLHIMENTO/ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL (TRANSTORNO MENTAL E SPA)

Esta subcategoria foi construída a partir da condensação das respostas referente às questões nº 7, 8,12 e 13 (ver Apêndice 1) e nº 10, 14 e 17 (vide Apêndice 2) que englobaram os conceitos e modos de atuação das temáticas acolhimento e atendimento que às vezes são ditas como sinônimos de procedimento pelos profissionais frente às situações de crise em saúde mental ou problemas recorrentes ao uso de substâncias psicoativas (SPA). Sabemos que acolhimento é:

[...] um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento desses encaminhamentos. (BRASIL, 2009, p.20-21)

Analisando as respostas dos **assistentes administrativos** constatamos que entre todos os participantes o relato do acolhimento apresenta as mesmas ações: escuta da demanda, cadastro e repasse de informações ao enfermeiro da triagem. Portanto, identificamos que há um protocolo de atendimento ao fluxo de pessoas que acessam este ponto de atenção da RAPS. Refletimos que os assistentes administrativos podem ser

considerados atores do processo de acolhimento, pois em suas respostas é evidente a realização de escuta qualificada durante o cadastro com o intuito de repassar os detalhes da demanda para o enfermeiro realizar um atendimento de qualidade ao usuário. Assim o processo de acolhimento começa com os assistentes administrativos na recepção e se estende a toda equipe de saúde; apesar destes profissionais não se perceberem como atores, como fica retratado em suas narrativas.

O procedimento é avisar ao enfermeiro de plantão. Relato exatamente o que o paciente descreveu e comunico se percebi alguma alteração como falta de ar, tremedeira...” ADM 01

“Uma vez que é comunicado a informação descrita pelo acompanhante é relatado ao enfermeiro que se encontra na triagem, fazendo assim o protocolo ao qual é instruído. ADM 02

[...] Ao chegar uma pessoa em crise fazemos a ficha e informamos ao enfermeiro de plantão que imediatamente faz o acolhimento. [...] Procuramos passar o máximo de informação ao enfermeiro, que por sua vez comunica ao médico. [...] A pessoa é atendida rapidamente, passa pela triagem e é medicado conforme prescrição médica. ADM 03

Já os profissionais da **equipe de saúde**, para as questões nº 10, 14 e 17 referentes aos procedimentos de acolhimento/atendimento a crise em saúde mental que fazem parte desta categoria, eles os descrevem **focados na lógica biomédica** para o atendimento à pessoa em situação de crise em saúde mental na UPA 24h. Como é de se esperar, os procedimentos no acolhimento que a equipe de saúde oferta segue o padrão de serviços de urgência e emergência: classificação de risco, avaliação médica, prescrição de medicação. Como pudemos ver a seguir:

Entramos com sedação se for o caso, com contenção. TE 01

Lavagem estomacal com carvão ativado e exames laboratoriais. TE 03

O paciente passa pela classificação de risco e posteriormente é encaminhado para o médico plantonista. Enf 03

Não existe um protocolo específico, o paciente passa na triagem que utiliza classificação de risco. Med 03

No que compete ao entendimento de que o acolhimento para pessoas em situações de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA é **diferenciado**, os **assistentes administrativos** definem acolhimento como o processo no qual a atenção é redobrada, tem zelo (escuta qualificada). O atendimento rápido para estabilização do quadro clínico da pessoa é de responsabilidade dos enfermeiros e médicos como podemos

identificar nas respostas dos ADM ao referenciar os enfermeiros como responsáveis desta etapa. Ver abaixo:

Pelo que percebo a atenção é redobrada, assim como, o zelo ao conversar com o paciente, tentando tranquilizá-lo. [...] O acolhimento é feito pelo (a) enfermeiro do plantão. Não sei quais os protocolos devem ser seguidos para estas situações. ADM 01

A equipe de enfermagem, bem como a equipe médica mesmo sendo uma unidade de resposta rápida, procura entender as necessidades do paciente além daquela crise que o levou até lá, entretanto a falta de qualificação mais adequada e o ambiente ser uma unidade de atendimento genérica. [...] Cada vez que o paciente adentra a unidade seu atendimento em regra é para o controle da crise em si, entretanto boa parte dos profissionais tenta, quando possível encaminhar o mesmo a tratamento ambulatorial ou encaminhá-lo, se quando em casos extremos, a internação em local apropriado. ADM 02

Pois a pessoa está sobre uso de alguma substância, no entanto, é preciso uma intervenção rápida para solucionar o desconforto e garantir o bem-estar desta pessoa. Em alguns casos a vida do paciente está em risco, por isso é que precisa de uma intervenção rápida. ADM 03

A **escuta qualificada** ferramenta utilizada durante o processo de acolhimento com o objetivo de atender às necessidades do usuário e garantir que tenha acesso às tecnologias adequadas às suas necessidades. Com isso, permite a ampliação da efetividade das práticas de saúde e assegura que todos os usuários possam ser atendidos com prioridade a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (MS, 2013-2019).

Compreendemos que as respostas apresentadas abaixo pelos profissionais estão mais em sintonia com o conceito de acolhimento do que procedimento (conduta, método) no que compete ao significado de etapas de atendimento conforme protocolo. Nas falas está expressa a sensibilidade de alguns profissionais diante das situações de crise em saúde mental retratando a escuta qualificada durante o acolhimento realizado por eles.

Sim, a situação exige de nós profissionais um atendimento diferenciado, pois se trata de pessoas com algum tipo de problema e quando chega até nós não sabemos como é a convivência com a família, requer um pouco mais de cuidado até mesmo na maneira de falar. TE 2

Na UPA é respeitada classificação de risco na triagem, nesse caso paciente é atendido mais rápido. Med 03

[...] Na verdade a gente já atende hoje muita gente. Pessoas com problemas inclusive de saúde mental, mas que vem aqui por outros motivos e a gente percebe até nos motivos pelos quais eles vieram [...]. A gente percebe que tem problema de saúde mental junto com aquela dor que “tá” acontecendo naquela hora. Os médicos inclusive têm essa sensibilidade às vezes de ver [...].G-1

Identificamos que a compreensão das narrativas dos profissionais acima sobre a saúde mental está em consonância com o que a OMS preconiza:

Para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países. (WHO, 2001, p. 29)

Há 02 profissionais da equipe de saúde que **não** consideraram que a atenção e o cuidado às pessoas com problemas decorrentes ao uso de SPA deva ser diferenciado na UPA:

Entendo que dependência química é uma comorbidade que deve ser tratada como qualquer outra, claro que levando em consideração as particularidades de cada paciente. Então, não. Enf 02
Não. Entra como qualquer emergência. Enf 03

Contudo, compreendemos que para a resolutividade do processo de acolhimento numa UPA 24h, que também acolhe pessoas em situação de crise em SM e com problemas decorrentes ao uso de SPA, a escuta qualificada deve fazer parte da rotina dos profissionais envolvidos nestes acolhimentos:

[...] Assim, a escuta qualificada acaba por representar uma estratégia de suma relevância para a prática dos cuidados, auxiliando significativamente na elaboração de um plano eficaz de cuidados. No acolhimento de emergência, a porta de entrada no serviço, percebe-se a importância dessa ferramenta, sendo que ela pode ser terapêutica ou não terapêutica.[...]. (Rodrigues e Cavalcante, 2015, p.106)

Concordamos com o autor quando este ressalta que a escuta qualificada na recepção do serviço de emergência pode ser terapêutica ou não durante o acolhimento. E identificamos esta preocupação nas respostas dos ADM, como já citadas anteriormente.

Portanto, consideramos que a escuta qualificada no processo de acolhimento, assim como, a empatia – colocar-se no lugar do outro – possibilita a eficácia no atendimento e pode ser terapêutico ao usuário. E ressaltamos o conceito de Escuta Terapêutica por Mesquita e Carvalho (2014, p.1134):

A habilidade para a Escuta Terapêutica, componente importante do processo de comunicação, envolve a compreensão do que a outra pessoa diz e sente e, em seguida, a comunicação desse entendimento de volta a ela ⁽²³⁾. A equipe de saúde pode e deve proporcionar ao paciente uma assistência ^{de} qualidade, no entanto, para que isso ocorra é necessário assimilar habilidades de comunicação ⁽⁴⁴⁾ as quais não são adquiridas de forma empírica ou com o passar do tempo, mas somente com educação adequada ⁽¹⁵⁾.

Bertachini (2012, p.511) compreende a comunicação com uma proposta terapêutica que proporciona o encontro do profissional de saúde com o usuário estabelecendo uma

relação interpessoal humanizada na atenção à saúde favorecendo “[...] o entendimento e a reciprocidade dos conteúdos que envolvem o significado da doença, e as atitudes coerentes perante o tratamento e a promoção da saúde e da vida [...]”. Ressalta que é um desafio a construção de novas posturas para que a comunicação e o cuidado não sejam negados e que estejam combinados em uma prática de direitos e responsabilidades baseadas na ética do cuidado.

De acordo com o BRASIL (2008) no que compete ao acolhimento em pontos de atenção à saúde:

A **recepção** também pode mudar, utilizando-se a classificação de risco e também um **pós-consulta**, ou seja, **uma orientação ao usuário depois da consulta, a partir do encaminhamento que tiver sido feito na consulta.** (...) É importante ainda **ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde para proporcionar essa escuta qualificada dos usuários**, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, usuários, família e comunidade (2008,n.p). Grifo nosso.

Sendo assim, sugerimos que a EPS possa contribuir com capacitações com temas de escuta qualificada ou escuta terapêutica aos profissionais da UPA- todos os atores do acolhimento, assistentes administrativos e equipe de saúde. Considerando que nem todo profissional possa ter esta habilidade ou não tem ciência de que a possui. De qualquer forma, é importante treinamento para desenvolver ou aprimorar esta habilidade tão essencial no processo de acolhimento às demandas da UPA, em especial as de saúde mental.

SUBCATEGORIA 01.3: RESOLUTIVIDADE À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: ESPECIALIDADE PSIQUIÁTRICA

Esta subcategoria emergiu diante das respostas dos profissionais quando questionados sobre “O IPQ deve ser referência estadual em **urgência** psiquiátrica?”. “O IPQ deve ser referência estadual em **emergência** psiquiátrica?” Que correspondem às questões nº 22 e 23 (vide Apêndice 2)

Observou-se que nos relatos dos participantes refletem a visão biomédica e a supervalorização do hospital psiquiátrico e do profissional médico psiquiatra caminhando na contramão do que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) preconiza: leitos em hospitais gerais, atendimentos em serviços de urgências e emergências, sendo a hospitalização psiquiátrica como última opção quando ultrapassar os recursos da RAPS. Ou

seja, priorizar atendimento sob o paradigma psicossocial (atenção e cuidado multidisciplinar e interdisciplinar).

Sim. Porque lá eles têm condições melhores de atendê-los. TE 01
 Sim. Porque é o hospital especializado, com pessoas capacitadas para atender essa demanda específica. Enf 01
 Psiquiatria 24h. Med 01
 Sim. Não temos para onde encaminhar pacientes. Hospital geralmente está lotado com causas patológicas. Med 02

Porém, apenas 01 profissional Enfermeiro nas suas respostas para ambas as perguntas enfatizou que o IPQ não é o ponto de atenção que deva ser priorizado:

Não. Localização ruim, todas as emergências devem estar aptas a receber os casos de urgência. [...] Não. Falta de estrutura e acredito no atendimento ambulatorial como mais efetivo que internações prolongadas [...] Enf 03

Diante destas respostas inferimos que alguns dos profissionais não se sentem preparados e qualificados para o atendimento às pessoas em situação de crise em saúde mental. No questionário optamos em utilizar emergência e urgência psiquiátrica pelo fato de ser, ainda, uma linguagem presente na Saúde e, contudo, mais compreendida rapidamente para referenciar o estado mental discutido naquele momento (como consta na Portaria nº 1.600/2011). O conceito de crise em saúde mental, ainda está, infelizmente, pouco presente nas respostas dos profissionais de saúde, assim como na própria literatura. Ainda nos deparamos, com concepções pejorativas como “surto”, “louco”.

Relembrando alguns conceitos sobre sofrimento psíquico e crise:

Quadro 10 – Conceitos de sofrimento psíquico e crise

Sampaio (1999)	O sofrimento psíquico é um conjunto de mal-estares com sentimento de impotência e vazio do eu e dificuldades em o sujeito executar planos e definir sentido à vida..
Serrano (2008)	A crise vital é aquela decorrente de processos naturais da vida humana (adolescência, luto etc.) e a crise acidental ou situacional é aquela que ocorre sobre o impacto de fatos externos (desemprego, doenças, diagnósticos impactantes, catástrofes etc.).
Jardim (2014)	[...] As de natureza psicótica têm como principais sintomas os delírios e alucinações; as de natureza neurótica apresentam sintomatologias variadas (ansiedade, depressão, angústia, agitação, distúrbios neurovegetativos, dentre outras), por vezes intensas, porém, ausência de delírios e alucinações. As intoxicações agudas são caracterizadas por apresentação de confusão mental (desorientação no tempo e no espaço, esquecimento do próprio nome e coisas

	do dia a dia), alucinações visuais (principalmente aquelas com “frescor” sensorial : bichos, formas geométricas, monstrinhos), cefaléia seguida de vômitos, desmaios.[...] (Idem,pg. 85)
--	--

É alarmante o número de internações psiquiátricas que com o Plano Estadual de Saúde 2016-2019, no ano de 2012 segundo dados do Ministério da Saúde, foi registrado na Região de Saúde Grande Florianópolis 2.560 internações psiquiátricas (FLORIANÓPOLIS, 2016). Nos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, não há diferenciação entre internações em hospitais gerais e nos psiquiátricos, são apresentados o número de internações em hospitais de todas as especialidades médicas bem como os casos decorrentes de transtornos psíquicos. Estamos dando destaque aos casos registrados na região de saúde deste estudo, portanto, a 18ª Região de Saúde: Grande Florianópolis. Apreciaremos a tabela abaixo para análise e compreensão.

Tabela 2 – Registro de casos de internações hospitalares na 18ª Região de Saúde: Grande Florianópolis

Região de Saúde	Todas	Só psiquiátricas
Extremo Oeste	16.816	467
Xanxerê	14.791	399
Oeste	22.209	519
Alto Uruguai Catarinense	10.289	532
Meio Oeste	12.542	997
Alto Vale do Rio do Peixe	19.986	1.020
Foz do Rio Itajaí	32.483	275
Alto Vale do Itajaí	18.835	799
Médio Vale do Itajaí	41.463	581
Grande Florianópolis	56.971	2.560
Laguna	23.795	1.007
Carbonífera	26.499	1.263
Extremo Sul Catarinense	12.704	493
Nordeste	49.253	700
Planalto Norte	24.402	451
Serra Catarinense	21.545	1.349
Estado de Santa Catarina	404.583	13.412

Fonte: Plano Estadual de Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016, p.80) Grifo da autora para destaque dos dados da região de saúde em ênfase neste estudo.

Ao analisar a tabela acima, percebemos que a Região de Saúde Grande Florianópolis é a região caracterizada com maior número de casos de internações psiquiátricas no Estado, sendo contemplada pelo Instituto de Psiquiatria (IPQ) - referência estadual às demandas de emergências psiquiátricas, pois há insuficiência de leitos de saúde mental em hospitais gerais.

No município deste estudo, de acordo com dados no Plano Municipal de Saúde do município deste estudo (PMP, 2017), os transtornos mentais e comportamentais com maiores internações registradas entre 2011 e 2015 são os decorrentes ao uso de álcool, substâncias psicoativas e por diagnósticos de Esquizofrenia e Transtornos Esquizotípicos e delirantes. Mais internações do sexo masculino. Como retrata a tabela abaixo:

Tabela 3 – Internações por diagnóstico no município

Lista Morb CID-10	Masc	%	Fem	%	Total	%
.. Demência	4	57,14	3	42,86	7	0,28
.. Transt mentais e comportamentais dev uso álcool	597	93,57	41	6,43	638	25,51
.. Transt ment comport dev uso outr subst psicoat	573	85,14	100	14,86	673	26,91
.. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	392	73,82	139	26,18	531	21,23
.. Transtornos de humor [afetivos]	220	42,15	302	57,85	522	20,87
.. Transt neurót e relacionados com stress somatof	11	35,48	20	64,52	31	1,24
.. Retardo mental	20	71,43	8	28,57	28	1,12
.. Outros transtornos mentais e comportamentais	40	56,34	31	43,66	71	2,84
Total	1857	74,25	644	25,75	2501	100,00

Fonte: DATASUS, 2017.

Fonte: (PMP, 2017, p. 65)

Frente a esta realidade, ressaltamos que o Plano Estadual de Saúde retrata que no ano de sua divulgação 2016, a RAPS do Estado estava contemplada com: 54 CAPS I, 14 CAPS II, 02 CAPS III, 11 CAPS ad II, 01 CAPS ad III e 08 CAPS i; totalizando **87 CAPS** no Estado. E com previsão de 79 CAPS até o ano de 2019, quando expira o prazo do plano (FLORIANÓPOLIS, 2016). No plano constava que até aquele momento haviam sido aprovadas **31 UPAs** pelo Ministério da Saúde; sendo 23 do tipo I; 04 do tipo II e 04 do tipo III (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Destacamos que a **Coordenação Estadual de Saúde Mental** apresenta em suas **metas para 2018-2019** no Eixo Atenção Básica (documento fornecido pela Coordenação Estadual de Saúde) como **diretriz** a garantia do direito ao cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras drogas, norteado pelos pressupostos da Política Nacional de Saúde Mental; como **objetivo** qualificar o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, norteado pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. Como **meta** (objetivo específico) ampliar as discussões em relação à redução de danos e à cultura da internação em Saúde Mental, Álcool e outras drogas. Para atingir isso, descreve que é necessário realizar apoio institucional presencial ou por fórum e

web palestras e habilitar leitos de Saúde Mental em hospital geral. Ressalta que a partir de 2018, a habilitação de leitos em Saúde Mental será de acordo com a portaria nº 3.088 e a portaria de consolidação nº 3 e 6; tendo como objetivo contemplar em 2019, 609 leitos em Saúde Mental no estado. Para apreciação do documento vide Apêndice nº 5.

Frente a estes retratos dos dados que impactam a realidade da RAPS da 18ª Região de Saúde: Grande Florianópolis; indagamos na possibilidade de que alguns destes aspectos podem estar presentes na RAPS do município deste estudo; contudo, contamos com o apoio da Coordenação Estadual de Saúde na manutenção e fiscalização destas metas – que incluem eventos de capacitação profissional e possibilidades de construção de diretrizes, como a ampliação de leitos em saúde mental em hospitais gerais - em prol dos usuários dos serviços; assim como, aos trabalhadores de Saúde Mental destas Redes de Atenção Psicossocial do Estado de Santa Catarina.

CATEGORIA 02: DIFICULDADES NO ATENDIMENTO A SAÚDE MENTAL

O acolhimento de pessoas num serviço de urgência e emergência pode gerar dificuldades durante os atendimentos às pessoas em situações de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA, esta categoria foi subdividida em duas, apresentadas abaixo.

SUBCATEGORIA 02.1: DIFICULDADES NOS ATENDIMENTOS POR TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Foi construída pela soma das respostas acerca dos questionamentos “Nos acolhimentos de saúde mental, diante de situações de tentativas de suicídio, para você o que é mais difícil neste atendimento?” (Questão 09 – Apêndice 1) para os assistentes administrativos e “Quando surgem acolhimentos por tentativas de suicídio na UPA na sua avaliação há dificuldades e/ou problemas para realizar o atendimento?” (Questão 16 – Apêndice 2) para a equipe de saúde.

Os **assistentes administrativos**, frente aos atendimentos às pessoas em situação de tentativas de suicídio, apresentam empatia ao sofrimento do outro apesar das dificuldades que encontram em lidar com os comportamentos (ações e reações) dos usuários e seus familiares. Descrevem dificuldades na obtenção de informações pelos

responsáveis/familiares em estado de aflição e que buscam ser compreensivos (se colocar no lugar do outro para auxiliar a família no momento ao invés de julgá-los).

Me colocar no lugar do paciente, tentar imaginar o que aconteceu em sua vida para chegar ao ponto de tentar suicídio. ADM 01
 Conseguir as informações necessárias com familiares que chegam em estado de choque e tem dificuldade de dizer o que aconteceu, o que tomou e quando aconteceu. ADM 03

Dos 03 profissionais da **equipe de saúde**, apenas um (Enf 01) relatou a ausência do profissional do serviço social apontada como uma das dificuldades encontradas nas situações de tentativas de suicídio, pois este profissional poderia realizar o contato familiar (quando necessário) e serviços de referência para os encaminhamentos apropriados. Entre a maioria das respostas da equipe de saúde a dificuldade em obter informação sobre dosagem ingerida de SPA; se o paciente conseguirá receber tratamento após alta do atendimento; e ter garantia de vaga para internação psiquiátrica. São exemplos de situações encontradas pela equipe de saúde durante o acolhimento às pessoas que realizaram lesão auto-provocada com risco de morte, como são as tentativas de suicídio.

De Assistente Social para caso seja necessário encaminhar, contatar familiares. Enf 01
 No caso das intoxicações exógenas, falta de informações sobre as drogas e quantidade utilizadas. Enf 02
 Sim. Conseguir vaga de internação, pois não conseguimos manter o usuário por muito tempo nesta unidade. Enf 03
 Dificuldade para dosagem certa de substâncias psicoativas. [...] Cocaína, anti-depressivos. Med 01
 Não ter certeza de que a pessoa conseguirá acompanhamento para tratamento. Dificuldade encaminhamento. Med 02

Reconhecemos que os casos de intoxicação endógenas nas tentativas de suicídio exigem atendimento rápido e provoca situações estressoras tanto aos familiares quanto aos profissionais. E, de acordo com os relatos acima, quando os profissionais apresentam dificuldades sobre a dosagem da substância ingerida e se deparam com obstáculos que possam dificultar o encaminhamento e transferência do usuário para serviço referenciado, certamente pode comprometer a resolutividade do processo de acolhimento a este usuário em situação de emergência na UPA.

Relembramos que de acordo com o Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio /2017 que está com metas em consonância a OMS em diminuir a taxa global de suicídios e

apresentou como proposta a ampliação e o fortalecimento de estratégias da Educação Permanente para sensibilizar e capacitar gestores e profissionais de saúde e da vigilância no que compete a qualificação no cuidado e na prevenção do suicídio. Ressaltamos a importância do cumprimento deste objetivo para contemplar os profissionais e gestores do município deste estudo.

SUBCATEGORIA 02.2: IMPREVISTOS E DIFICULDADES NO ATENDIMENTO À CRISE EM SAÚDE MENTAL E SPA

Esta subcategoria se apresentou no conjunto de respostas referentes à pergunta para a **equipe de saúde**: “Relate se há imprevistos e/ou dificuldades nos atendimentos com usuários em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de substâncias psicoativas na UPA?” (Questão nº 12- Apêndice 2). Os assistentes administrativos não foram questionados sobre este tema porque eles não realizam os procedimentos para estas demandas. Este tema foi abordado no roteiro das entrevistas para as gestoras.

A equipe de saúde refere falta de preparo e preconceito presente na prática de alguns colegas de trabalho frente à recorrência de usuários no serviço de urgência e emergência; descrevem alguns fatores macro como medicação adequada não disponível na rede SUS, estrutura familiar contribuindo ao problema do usuário que procura a UPA 24h com este tipo de demanda (crise em saúde mental e uso de SPA).

A dificuldade maior é em conter o paciente se ele está em surto, mas nunca sabemos exatamente como cada paciente vai reagir...TE 02

Muitos desses pacientes são recorrentes, logo alguns profissionais acabam tratando o paciente de forma pejorativa. Enf 02

Há despreparo e preconceito por parte dos funcionários na prestação da assistência. Enf 03

Falta de medicações adequadas, equipe despreparada, família desestruturada, dificuldade encaminhamento. Med 03

No acolhimento não, eu acho que a gente tem na questão do manejo. De saber identificar, eu acho que ali a gente acaba [...] falando mesmo sendo profissional da saúde; a gente tem um pré-conceito. [...] O paciente “tá” ali por um sofrimento em relação a saúde mental dele e a gente trata às vezes, até com um pouco de descaso. Até por não saber como manejar. G-2

As gestoras descrevem suas compreensões sobre a necessidade de incluir no quadro de funcionários a profissional do serviço social quando remetem as dificuldades que encontram na abordagem e encaminhamentos de pessoas em crise de saúde mental,

problemas decorrentes ao uso de SPA e situações de violência, pessoas em situação de rua ou sem familiares/responsáveis acompanhando.

Remetem a dificuldade que têm ao acionar os profissionais do Conselho Tutelar que trabalham em estado de plantão 24h. Que mesmo realizando a emissão das notificações, entrando em contato com o Conselho Tutelar o retorno da conduta é inexistente. Como veremos nas falas abaixo:

Eu acredito que primeiro a gente precisaria ter, talvez um assistente social na unidade, todos os dias. [...]E que com certeza vai “tá” capacitado para receber este tipo de paciente. E aí, os nossos funcionários estarem capacitados [...], fazer todo o atendimento e o encaminhamento da forma correta, para que ele saia daqui, é... sabendo que ele vai ser assistido em outro local. Porque senão ele reincidentemente vai “tá” aqui [...]; ele vai ter problemas, ele vai ter crise aí não vai tratar, vai voltar.[...] na portaria exige que eu tenha um funcionário da Assistência Social durante 06 horas do dia mas o tempo da UPA é 24.Então...ou seja, já não atende a necessidade.[...] Só que hoje, por exemplo, chega final de semana a assistente social a gente tem bastante dificuldade; quando a gente chega com uma criança que foi agredida ou qualquer outra coisa que seja relacionado ou que precise de assistente social a gente tem bastante dificuldade de contato. Bastante. G-1

[...] Em alguns momentos faz falta, principalmente quando envolve criança “né”. Criança ou idosos. Em alguns casos a gente acaba tendo um pouco de dificuldade, mas a gente tem alguns profissionais da rede que sempre nos orientam; até pra dar o apoio que a gente precisa. Mas eu acho que seria bem importante ter. G-2

As gestoras não informaram qual a portaria estavam se referindo, no entanto, consideramos a **Portaria nº 342/2013** (qual redefine diretrizes para a implantação do componente UPA e dispões de incentivos financeiros) que considera que haja equipe multiprofissional interdisciplinar e considerando que o profissional do Serviço Social é reconhecido pela Resolução CNS nº 218/1997 como um profissional de saúde e, de acordo com o seu Conselho Profissional (CFESS) com carga de trabalho de 30 horas/semanais de acordo com a Lei nº 12.317/2010.

Quando se é questionado “Como ocorre o seu contato com a equipe do SAMU nos casos de urgência e emergência em saúde mental?” (Questão 08 – Apêndice 1 e Questão 21- Apêndice 2) há uma ambivalência na compreensão da forma de contato estabelecido com a equipe do SAMU. As respostas dos profissionais de Enfermagem apontam a facilidade de contato: quando a equipe do SAMU chega e transfere o usuário para a UPA; e quando a equipe da UPA faz o contato telefônico com a regulação do SAMU para a transferência do usuário a outro ponto de atenção na rede.

Quando o SAMU leva, ocorre tudo certo, eles contêm o paciente e levam. Dependendo do caso, a ambulância da UPA leva. TE 01

Passagem de plantão a beira do leito, recebendo ou encaminhando o paciente. Enf 02

Já as respostas dos profissionais da medicina indicam dificuldades com a equipe do SAMU para transferir pacientes em situação de crise em saúde mental da UPA 24h aos hospitais especializados como o IPQ ou gerais.

Difícil transferência do paciente. Med 01
Eles não aceitam esse transporte de paciente na maioria das vezes. Med 03

Os casos em que os profissionais da UPA solicitam o apoio do SAMU no transporte para o encaminhamento do usuário a outro ponto de atenção (Hospitais Geral ou Psiquiátrico) são aqueles em que a ambulância da UPA não tem suporte: intubar ou casos mais graves. Quando a ambulância da UPA realiza a transferência o enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou médico acompanha o usuário até o destino final.

CATEGORIA 03: DESAFIOS PARA AÇÕES DE ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAIS

Esta categoria desenvolveu-se a partir de respostas dos questionários e entrevistas, que direcionam as **problemáticas frente às ações de articulação entre os serviços intra e intersetoriais** conforme preconiza a Portaria nº 3.088/2011.

Apresentamos a compreensão das gestoras perante a Portaria nº 3.088/2011 pois é esta portaria que orienta os componentes e pontos de atenção à saúde mental que devem se articular para atender a demanda do usuário na rede. Portanto, a entrevistada G-1 não tem conhecimento e a G-2 não explicitou sua ciência, remeteu-se a um questionamento ao ser explicado o que preconiza a portaria em questão:

Eu acho que enquanto sendo um serviço essencial e de urgência que ele “tá” a disposição 24h; a gente sabe que, é...eu acho sim que é um benefício pro paciente de forma em geral. Mas eu acredito que precise de capacitação dos funcionários e do pessoal da Enfermagem pra que esse acolhimento e esse encaminhamento eles sejam feitos de forma correta, “né”. G-1

Então, uma coisa que me chamou atenção aqui é na questão de dizer que a portaria fala em relação ao substitutivo “né”, dos hospitais. A UPA não é uma unidade de internação. O paciente que vai pra UPA ele é a curto prazo. Dentro da própria portaria das unidades de pronto-atendimento já diz isso! Então me deixa em dúvida em relação à esta questão. Como substitutivo se o paciente vai ficar internado? E ali eu não posso manter nenhum paciente internado a não ser 24h “né”, então isso me deixa um pouco confusa. G-2

G-2 após expor sua dúvida e informou que compreende que a UPA é um ponto de atenção na rede para estabilizar as pessoas em situação de crise em saúde mental e, se necessário, encaminhá-las para outros pontos de atenção para internação prolongada conforme Portaria nº 10/2017.

Também elencamos algumas respostas para que possamos identificar como o fluxo da rede é realizado e como os profissionais o percebem e se articulam nele:

[...] Muitas vezes os pacientes são trazidos, no qual a família, não quer saber e nenhum outro órgão quer se responsabilizar e acaba tendo alta, sem condições de voltar. TE 01

Com os CAPS por se tratar já de um serviço da Média Complexidade é bem tranquilo. Até porque a gente consegue entrar em contato com os coordenadores e reportar, “né”, a situação que aconteceu [...]. O CEAP também, a gente não tem problema, a gente tem um pouquinho mais de resistência com a Atenção Básica. Porque no município a gente ainda não tem a referência/contrareferência[...]. Eu acho que assim como a gente tem uma dificuldade de manejo eu acho que falta entendimento deles que muita coisa não é Média Complexidade “né”, e sim é Atenção Básica. Para isso eles têm apoios, [...] o NASF que faz essa parte de intermediários [...] e que a gente vê também uma falha. Assim como a UPA falha, a gente vê *uma falha* também na ponta. Então, o paciente às vezes ele fica que no limbo. A gente não sabe para onde referenciá-los. G-2

A gente tem muito paciente do AD, que é morador de rua... “né”. Então assim, nesse caso a gente fala sempre que uma assistente social que é bem importante. Eu particularmente é... eu até queria conhecer um pouco mais da Assistência Social do município porque: pra não falar ou pra quebrar essa impressão que tenho hoje. Hoje a minha impressão da Assistência Social é péssima!G-1

[...] O retorno com o conselho é mais difícil. É bem difícil. É porque a gente precisa contatar e ter um retorno, “né”. Que não tem. [...]. A gente já teve que pedir apoio aos municípios vizinhos. G-2

A Portaria nº 3.088/2011 destaca **no art. 8º**, claramente que se deve estabelecer como prioridade a articulação entre os pontos de atenção do componente **RUE** (UPA, neste caso) com os da Atenção Psicossocial - **CAPS** de diversas modalidades, com o objetivo de estabelecerem uma rede de cuidado humanizado, articulada e eficaz para as pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de substâncias psicossociais. Assim possibilitando a aproximação do cuidado a estas pessoas nos serviços substitutivos da RAPS ao invés dos manicômios. Fica retratado, de acordo com a narrativa da G-2 que este artigo da PNSM está contemplado na RAPS do município deste estudo.

Mais uma vez as articulações com o profissional do Serviço Social apresenta obstáculos; neste momento, no que compete ao fluxo da rede e os desafios que os serviços deverão superar para que as articulações intersetoriais sejam contempladas.

Os encaminhamentos, de acordo com as gestoras não são realizados sob forma impressa e sim oral, os usuários são orientados pelo médico ou outro profissional para dirigir-se ao serviço na rede que foi orientado a dar continuidade ao seu tratamento. Apenas os casos do Centro Especializado de Aconselhamento e Prevenção (CEAP) que são encaminhados fisicamente, como descreve a entrevistada G-1. E os registros desses encaminhamentos e do atendimento são incluídos no sistema on-line do município:

[...] Do Ceap é físico. A gente faz os testes, né, os testes rápidos e toda semana a gente encaminha as fichas dos pacientes que foram feitos. G-1

[...] Vai tudo por via Sistema G-mus, né. A gente tem tudo ali, prontuário eletrônico então vai toda a evolução do paciente vai dentro do sistema. Que daí ela é interligada, todas as unidades tem acesso ao prontuário e então vão saber que a gente fez o contato. Mas para agilizar a gente faz contato telefônico. [...] G-2

As gestoras relatam como são realizados os encaminhamentos ao IPQ e Hospital Geral. Comumente são casos de tentativas de suicídio, como por exemplo, por envenenamento e automutilação e agravos por uso de SPA:

[...] pessoas que tentam suicídio, de alguma forma seja ... ingerindo veneno... se auto-mutilando, coisa assim. [...] Isso já é uma conduta dos médicos, “né”. Então quando eles entendem que é um caso que realmente já precisa de internação, já precisa de uma intervenção mais forte, nós mesmos já fizemos o encaminhamento. [...] Mas a gente tem casos que se agente encaminhar pros CAPS, a gente com certeza vai ter este paciente menos vezes aqui. G-1

Na UPA os casos que mais chegam são intoxicação exógena por tentativa de suicídio. [...] É feito o contato telefônico do médico da unidade com o médico do IPQ e eles são encaminhados, “daí”, com uma cartinha de acordo com as orientações e até relatando tudo... como ocorreu dentro da UPA até a chegada deles lá no instituto. G-2

G-1 ressalta que o acompanhamento do usuário dos serviços de saúde mental não depende somente dos acolhimentos e encaminhamentos bem realizados; mas também, do usuário ter interesse em aderir ao tratamento. E G-2 descreve sua percepção sobre a necessidade de se organização o fluxo de Saúde Mental dentro do município:

O que tem que ter é o comprometimento e o trabalho sério de todos os departamentos. [...] mas não tem início, meio e fim no mesmo lugar. Isso às vezes dificulta a eficiência do processo lá no final. E também porque não depende só do Caps “né”, o paciente pode não querer [...] A gente encaminha e orienta alguns pacientes que procurem o Caps, que procurem o Ceap, que procurem os postos, [...]G-1

Eu acho que a gente tinha que criar [...] dentro do município um fluxo de organização, “né”. Pra onde que ele vai pra cada situação. Claro que se ele chegar em crise ele vai chegar na UPA; mas eu vou referenciar ele depois pra onde? Porque ali pra mim ele só vai ter a crise! A gente vai estabilizar ou vai referenciar pra parte hospitalar, “né”. Mas depois? Ele vai ter que voltar. Ele é do município, ele vai voltar pra onde? Pra qual serviço? Isso às vezes me deixa um pouquinho... em dúvida. Porque eu fico me questionando em relação aos CAPS: que é a questão da saúde mental “né”. Ele não deveria primeiramente, antes dele vir pro CAPS ele não deveria passar pela Atenção Básica? [...]G-2

Com as respostas acima, identificamos que há uma preocupação da G-1, além do comprometimento dos pontos de atenção da RAPS, com o comprometimento do usuário em iniciar e manter seu tratamento de saúde mental nos serviços de saúde correspondentes a sua demanda. E que, para que este objetivo seja alcançado, pode-se observar que há a necessidade de formalizar um modelo de encaminhamento físico para que o usuário tenha em mãos a orientação realizada pelo profissional após seu atendimento na UPA. Acrescentamos que é possível, também, realizar um encaminhamento virtual para o serviço de referência. Este tipo de tecnologia já está implantada no município desta pesquisa e muitos pontos de atenção da RAPS o utilizam para comunicação de encaminhamentos (de referência e contrareferência), solicitação de estudo de caso, comunicação de acolhimento do usuário entre outras necessidades que exijam formalização de atendimento ao usuário.

Quanto a organização de um fluxo na rede para que coordene os encaminhamentos de forma assertiva, evitando com que o usuário circule sem direção na rede. Há de questionar o papel da Atenção Primária em Saúde; citando que o acolhimento inicial na rede poderia ser mais eficaz já que a UBS é porta de entrada e porta-aberta ao atendimento à saúde integral do indivíduo (física e mental). Ressaltamos que é de extrema importância haver uma organização de fluxo em Saúde Mental neste município e deixamos aqui nossa sugestão a importância na implantação de um Protocolo em Saúde Mental no município para organização esta RAPS.

Com relação ao fluxo da rede, maior articulação entre os serviços que atendem as pessoas com sofrimento intenso, transtorno mental ou com problemas decorrentes ao uso de substâncias psicoativas, identificamos na fala da gestora G-1 um destaque salutar com foco na integração dos serviços, conforme fala abaixo:

[...] eu acho tão essencial quanto nós somos [...] os CAPS: CAPS i, CAPS AD, CAPS II [...] Eu acho que eles são todos importantes para a população. [...] Precisam funcionar [...] Para que a gente possa ter uma eficiência maior na saúde das pessoas mesmo de fato. Para que as pessoas não fiquem sem resguardo [...] sabem que tem pra onde ir, [...]. E o que precisa é uma organização diferenciada mesmo assim. É porque quem é que vai resistir em atender melhor? “Né”?! Eu

acho que todo o ser humano que “tá” na Saúde, principalmente, via de regra “tá” ali porque ele tem vocação “praquilo”. Gosta de ajudar as pessoas, ele quer fazer o melhor. Então eu acho que é uma questão só de ajuste mesmo, de fluxo, de todos os departamentos, de todas as unidades, de todos os serviços. Cada um na sua especialidade. Eu acho que seria um trabalho fantástico. G-1

Para Amarante (2007) os serviços de atenção psicossocial devem se deslocar do seu ponto de atenção e procurar estabelecer vínculos com a sociedade que possam complementar e ampliar os recursos existentes no território e, isto, representa o princípio de intersetorialidade.

É de suma importância que os pontos de atenção da RUE, neste estudo, a UPA, pratiquem as articulações necessárias de encaminhamentos de usuários tanto para atenção básica como especializada.

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em **saúde mental** etc.), é composta por diferentes *pontos de atenção*, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. (BRASIL, 2013, p.13 e 14)

Concordamos com essa concepção que no desenho da RAPS prescreve a articulação entre todos os componentes e pontos de atenção, entretanto precisamos investir em nos trabalhadores que são contratados, pois são eles que podem tornar funcional ou não o fluxo e articulação da RAPS.

CATEGORIA 04: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Oferta e interesse em capacitação em Saúde Mental.

Esta categoria de análise **Educação Permanente em Saúde** (EPS) foi levantada pela soma das questões (nº 14 e 15 – Apêndice 1; nº 24 e 25- Apêndice 2) referentes à oferta de capacitações, cursos ou palestras com temáticas em Saúde Mental pela EPS do município deste estudo; assim como o interesse e compreensão de necessidade pelos trabalhadores em

receber ofertas como essas. Bem como as narrativas das gestoras sobre importância de protocolo na UPA ou município para as demandas em saúde mental.

Sobre a compreensão dos profissionais na necessidade de receberem capacitações identificamos nas suas respostas o interesse da oferta e que seja com temáticas que abordem o atendimento (acolhimento, manejo e conhecimento teórico) na UPA 24h às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes de SPA.

Sim. Uma vez que os atendimentos possuam uma melhor qualificação, os atendimentos podem ser melhorados e desta maneira facilitar a comunicação com os profissionais na área da enfermagem e na área médica. ADM 02
 Palestras, treinamentos, cursos que abordem esse tipo de assunto. ADM 03
 Sim. Capacitação referente a condutas de tratamento específico e humanização. Enf 02
 A capacitação é a melhor forma de entregar profissionais qualificados para a sociedade. Enf 03
 Sim. Aulas sobre SPA, efeitos colaterais, como atender maneira correta paciente, família. Med 02

Porém 03 Técnicos de Enfermagem responderam que não há necessidade e um acrescentou por ser tão baixo o número de casos atendidos para que haja a necessidade de ser capacitado para acolhimento em Saúde Mental.

Não. Aqui na UPA não vejo necessidade pelo fato de serem poucos casos nesses aspectos. TE 03

Fica evidente o interesse dos demais profissionais (exceto técnicos de enfermagem participantes desta pesquisa) em receber ofertas de qualificação. Restamos pensar qual seria a forma mais adequada e eficiente? A EPS pode analisar os temas pertinentes e os meios disponíveis de divulgação de material (panfletos, cartilhas, pdf etc), treinamentos, cursos, capacitações; desde que agreguem ao objetivo de aprendizado e que proporcionem melhorias ao atendimento e comunicação entre os profissionais da equipe de saúde envolvidos.

Frente aos questionamentos da importância de protocolos de fluxo, capacitações, as gestoras ressaltam:

Eu acho que sim, se o pessoal da Enfermagem ela tiver capacitada pra atender o que tipo de caso é relevante pra ser encaminhado; [...]acho que o protocolo ele sempre é importante” né”. Ele é sempre um guia pra qualquer situação. Então assim, demais ele não é. Mas eu acho que mais que um protocolo, a capacitação de modo geral. Assim, a capacitação mesmo de treinamento, de curso...G-1
 Eu acho que sim, não só pela questão da saúde mental, “né”. Mas seria interessante para poder saber em como abordar e como seguir isso ser de uma forma de

igualdade pra todos, na hora do atendimento. [...] Abordagem e a conduta que deve ser tomada em cada situação, no caso aqui, a saúde mental. G-2

As profissionais G-1 e G-2 concordam na importância de se implantar um protocolo para as demandas de saúde mental, porém ressaltam que estão mais inclinadas às necessidades de capacitações aos trabalhadores com temáticas de saúde mental e a entrevistada G-1 ainda resalta que a problemática do protocolo é que cada pessoa poderá entender do seu jeito e uns poderão lê-lo ou não. E acrescenta:

[...] capacitação ela é mais eficaz, assim, pra esse tipo de situação. Porque se eles tiverem capacitados vão ter condições de direcionar isso pro lugar certo, entendeu? [...]. Mas eu acho que a gente vai ter um resultado melhor, assim, se eles tiverem capacitados para isso. G-1

Em relação a saúde mental eu acho que...eu noto que deveria ser trabalhado um pouquinho mais a abordagem nas urgências e emergências em saúde mental.[...]Seria o início e a parte de organização do fluxo. Que eu acho que ali se a gente mantiver uma organização do fluxo e capacitando, os profissionais vão ter uma outra visão porque hoje a gente pré-julga o paciente que chega [...] tu só vai dar conta depois, do sofrimento. G-2

Observamos a preocupação de melhorar o fluxo do atendimento sendo a EPS um instrumento a ser realizado para atender este objetivo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Mental é um tema pertinente neste momento histórico de mudanças ministeriais brasileiras acerca de valorização de serviços com paradigma manicomial e de isolamento social para tratamento de pessoas com sofrimento psíquico intenso, transtornos mentais e/ou com problemas decorrentes ao uso de substâncias psicoativas como são as Comunidades Terapêuticas e leitos de saúde mental em Hospitais Psiquiátricos.

Nos tempos atuais ainda identificamos profissionais da área da saúde com pouco entendimento sobre os conceitos de saúde mental e estratégias de atenção e cuidado ao usuário dos serviços da RAPS, assim como, fragilidades na própria Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) em priorizar e aprimorar os recursos estruturais e humanos aos componentes e pontos de atenção que permitam liberdade, convívio social e familiar, condições de reabilitação para a vida social, laboral ou escolar, autonomia e protagonismo do sujeito frente ao seu estado de saúde mental. Sugerimos aos profissionais das RAPS deste país que produzam mais trabalhos científicos com indicadores de evidências positivas das ações desenvolvidas no território e nos pontos de atenção; pois assim, poderemos apontar assertividades que merecem atenção e investimentos de recursos públicos pelo gestor local ou das três instâncias (municipal, estadual e federal).

Compreendemos que a ausência de alguns componentes e pontos de atenção à saúde mental em municípios brasileiros fragilizam as estratégias de atenção e cuidado no âmbito territorial e psicossocial para os usuários de substâncias psicoativas e pessoas com sofrimento psíquico (comprometimento das atividades cotidianas e/ou laborais). Torna-se fundamental que os municípios que precisem e tenham indicadores que fundamentem a necessidade da implantação de componentes e pontos de atenção previstos na RAPS providenciem o projeto solicitando ao Ministério da Saúde os recursos financeiros para a implantação e, assim, possam ofertar serviços para a atenção e cuidado integral em saúde mental de seus municípios. A título de ilustração destacamos a ausência dos seguintes dispositivos na RAPS do município deste estudo: CAPS III, Unidade de Acolhimento (portaria nº 121/12), Serviço Residencial Terapêutico (portaria nº 3.090/11), referência de leitos de saúde mental em hospitais gerais (portaria nº148/2012) e o dispositivo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua ou **Centro POP** (portaria nº 139/12).

Este estudo possibilitou confirmar que o papel da UPA no acolhimento de pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA está em

consonância com os objetivos da PNSM por ser um dos pontos de atenção substituto aos serviços de emergências psiquiátricas asilares. A UPA é um ponto de atenção às urgências e emergências em saúde mental nos casos de estabilização do quadro e que não tem necessidade de internação psiquiátrica; podendo, assim, diminuir os encaminhamentos demasiados ao IPQ que podem ser evitados, contribuindo com o que a PNSM preconiza no art.11º § 2 em acionar os hospitais psiquiátricos enquanto o processo de implantação e expansão da RAPS na região de saúde estiver insuficiente e com a Lei nº 10.216/2001 que orienta que a internação psiquiátrica somente seja realizada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes para atender a demanda de crise em saúde mental. Porém, o ideal para a 18ª Região de Saúde seria a contemplação de leitos de saúde mental em hospitais gerais e implantação de CAPS III evitando-se as internações de paradigma manicomial e asilar no hospital psiquiátrico referência do estado.

Como já apresentado, a UPA faz uso do Protocolo de Classificação de Risco e ainda não desenvolveu os Protocolos Clínicos. Concordamos que a implantação do cumprimento de protocolos em saúde é importante para que o serviço possa ter uma padronização de atenção e cuidado as demandas que lhe competem. A classificação de risco é um dos protocolos bem aplicados nos pontos de atenção de urgência e emergência, facilitando a avaliação dos casos com maiores agravos e que necessitam de atendimento mais urgente. Porém, frente aos protocolos clínicos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para os atendimentos existentes para manejo e conduta de pessoas em situação de crise em saúde mental, exemplos: Avaliação do Paciente Violento e Tratamento da Abstinência Alcoólica; Avaliação ao paciente com risco de suicídio; Reação a experiências estressoras; considerando os fluxogramas (vide anexos). Antes de classificar a pessoa baseados nestes protocolos é importante que nas ações de intervenção à crise ocorra um acolhimento humanizado baseado no paradigma de atenção ao cuidado psicossocial para que não ocorra “engessamento” perante aos protocolos. Pois entendemos que cada situação deve ser singular mediante as demandas psicológicas e orgânicas da pessoa acolhida.

Identificamos com os resultados desta pesquisa que os profissionais apresentam dificuldades na compreensão dos sintomas, comportamentos e manejo com pessoas que se apresentam em situação de crise em saúde mental na UPA deste estudo. Acerca dos usuários que comparecem a UPA para tratar de sintomas e comorbidades oriundas do uso decorrentes de SPA já apresentam um manejo e compreensão com menor preconceito ou dificuldades. Considerando o protocolo de classificação de risco durante o acolhimento da pessoa em situação de crise em saúde mental e/ou com problemas decorrentes ao uso de substâncias

psicoativas, identificamos a importância do profissional de enfermagem em avaliar os fatores de risco que comprometem à saúde física e mental da pessoa, assim como em exercitar a escuta qualificada que é uma prática da Atenção Psicossocial que facilita o estabelecimento de vínculo durante o atendimento. E para este fim, a Educação permanente em Saúde poderá oferecer capacitações.

Acreditamos para que se atinja o objetivo da gestão da atenção e cuidado ao usuário dos serviços de saúde mental nossa sugestão é a implantação de modelo impresso de encaminhamento ao usuário para que compareça ao ponto de saúde ou serviço referenciado para dar continuidade ao seu tratamento após seu atendimento na UPA; assim como, a implementação das ações de articulações em rede através da tecnologia informatizada pela ferramenta DOC (ferramenta online de comunicação entre diversos serviços do município – Secretaria da Saúde, Secretaria da Assistência Social, Secretaria da Educação, Conselho Tutelar etc.). Outra sugestão é solicitar os folhetos e/ou panfletos que alguns dos serviços da rede possuem para informar sobre a sua funcionalidade, podemos citar como exemplos os CAPS e os CRAS. Como também, elaborar um folheto sobre a oferta de atendimento na UPA, diferenciando-a das demandas da UBS, CAPS e Hospitais. Assim, cada ponto de atenção se torna ator do acolhimento deste usuário que está inserido na rede.

Direcionando nossos olhares para as equipes multidisciplinares que atuam nos diversos pontos de atenção da RAPS, vemos a importância da interdisciplinaridade às demandas de saúde mental. É essencial o papel da Educação Permanente em Saúde na promoção de capacitações à intervenção à crise e a elaboração de estratégias de apoio entre os serviços da rede. Quando compreendemos a necessidade de articulação em rede com os múltiplos e diversificados serviços disponíveis no território e que são essenciais a elaboração do PTS do usuário para possibilitar, além do suprimento de demandas o desenvolvimento ou estímulo ao protagonismo; destacamos a importância da intersetorialidade na relação dos serviços da RAPS e da Rede de Apoio Intersetorial.

Verificamos certa incompreensão sobre os processos de encaminhamentos e ações intersetoriais tradicionalmente conhecidos como ‘referência’ e ‘contrareferência’ dos pontos de atenção da Média complexidade (UPA e CAPS) com a Atenção Primária a Saúde (serviços da Atenção Básica – UBS, ESF e NASF), há a necessidade de se estabelecer aproximação dos profissionais deste ponto de atenção com os demais profissionais da RAPS, não somente os da UPA, mas os dos CAPS que podem realizar isto através das reuniões de matriciamento de equipes de saúde mental, já que os profissionais dos CAPS são responsáveis pelo apoio matricial do município.

Outra percepção sobre o fluxo da rede local é a fragilidade que os serviços apresentam ao tratamento com base comunitária e na elaboração de intervenções e estratégias de reabilitação psicossocial que conte com o apoio e comprometimento familiar no tratamento do usuário dos serviços de saúde mental. É possível que necessite de mais construções de interatividade com a comunidade para que o tratamento não implique somente nas dependências dos serviços de saúde e se aproximem da comunidade e se tornem inseridos no território; como é a proposta da PNSM. E assim evitar a reincidência - que poderia ser poupada do usuário na UPA, assim como em outros pontos de atenção da rede.

A aproximação com a comunidade é essencial, mas também, o **núcleo familiar** é de suma importância para o usuário dos serviços de saúde mental pelo fato das pessoas necessitarem de apoio emocional, além do financeiro, de moradia entre outros necessários a sua rotina de vida.

A Atenção Psicossocial necessita do apoio da rede intersetorial, a saúde mental vai além da atenção e do cuidado a pessoa com sofrimento psíquico e/ou com problemas decorrentes ao uso de SPA. A Atenção Psicossocial contempla as demais demandas, muitas vezes entrelaçadas às problemáticas da saúde mental do usuário: demanda de âmbito habitacional, educacional, laboral, de saúde integral e entre outras. A articulação com a Rede Intersetorial possibilita a elaboração e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário do SUS mais eficaz. A integração da Saúde e da Assistência Social, neste caso, favorece o acolhimento dos usuários dos serviços de saúde mental, acima citados. E como foi retratado nas respostas dos profissionais participantes desta pesquisa, há dificuldades nas ações de articulação e acompanhamento do PTS do usuário atendido na UPA que precise do apoio da Assistência Social, principalmente no que compete ao Conselho Tutelar. Considerando a **Resolução nº 218/1997** que reconhece os Assistentes Sociais como um dos profissionais da saúde e que devam contemplar as equipes multidisciplinares do SUS para a garantia da integralidade do cuidado ao usuário; a **Portaria nº 342/2013** que redefine diretrizes da UPA que ressalta no art. 4º uma de suas diretrizes em ter uma equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com o seu porte e a **Portaria nº 3.088/2011** que no seu art. 2º constitui com uma das diretrizes para o funcionamento da RAPS no inciso IV: a garantia de acesso e qualidade dos serviços com a oferta de cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar; concordamos com as gestoras da UPA da necessidade de contratar um profissional do serviço social, quanto na elaboração do fluxo e protocolo de encaminhamentos ao finalizar o atendimento do usuário

na UPA 24h. No entanto, este profissional não é o único a ter a responsabilidade da resolutividade do acolhimento, portanto também é importante também capacitar os profissionais tanto da equipe de saúde quanto os assistentes administrativos para informarem os usuários sobre os encaminhamentos.

Assim como já identificamos que a Assistência Social compreende a família como co-responsável na manutenção dos direitos que lhe são providos; este dispositivo possibilita proteção a diversas e complexas situações que a família pode estar vivenciando, como risco pessoal e social, situação de abandono ou de rua, violências psicológicas, físicas etc. Se partirmos do pensamento que o ser humano é um sujeito indivisível entre corpo e mente, as questões de saúde mental e problemas decorrentes ao uso de SPA dependem de uma equipe intersetorial integrada para contemplar de forma humanizada e sob o paradigma psicossocial que a PNSM instituiu. Compreendemos que a interdisciplinariedade é combustível nas ações e estratégias da Atenção Psicossocial quanto ao cuidado da saúde mental do indivíduo no seu território.

Deixamos nossa sugestão a Coordenação de Saúde Mental do Município e Superintendência da Média Complexidade o diálogo com a Secretaria de Assistência Social para analisar a melhor maneira de se estabelecer uma aproximação mais plausível entre estes serviços que atendem o mesmo usuário do território e que está com demanda em Saúde Mental e suas comorbidades e riscos associados. Sugerimos, neste momento, reunião entre as secretarias e coordenações para se estabelecer o fluxo, a forma de contato e esclarecimento dos casos que exigem essa articulação entre os pontos de atenção e serviços da rede intersetorial. E sugerimos a Secretaria Municipal de Saúde da necessidade de contratar assistente social para a UPA deste estudo (visto que as próprias gestores da UPA consideram importante este profissional estar contemplado no quadro de funcionários). Assim, auxiliando os demais profissionais deste ponto de urgência e emergência da RAPS com as demandas de violência, falta de rede de apoio familiar, pessoas em situação de rua entre outras.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um instrumento essencial na manutenção contínua de capacitação profissional. Ela pode informar e ofertar os profissionais da área da saúde sobre os cursos EAD (Telesaúde, UNASUS entre outros) e presenciais como Seminários, Fóruns, Congressos, Encontros, Simpósios, Cursos de Pós-graduação e etc.

Estamos de acordo com as gestoras quando estas entendem que além de criar um protocolo de fluxo ou protocolos clínicos para as demandas em saúde mental, há a necessidade de capacitação as profissionais desta UPA. Sugerimos também a elaboração de

um Protocolo de Fluxo de Saúde Mental do município para que as articulações entre os pontos de atenção da RAPS e os serviços da rede intersetorial ocorram, sejam estabelecidas de forma assertiva as referências e contrareferências com estes serviços que são responsáveis em prover as demandas usuário no seu território. Deixamos nossa sugestão a Superintendência da Média Complexidade, Coordenação Municipal de Saúde Mental (responsável pela Política de Saúde Mental), Superintendência da Atenção Básica e ao Sr. Secretário Municipal de Saúde do município a elaboração e implantação do Protocolo Municipal de Saúde Mental do município deste estudo. Permitindo, com isso, a estruturação do fluxo na rede do município elencando os serviços que devem ser acionados de forma mais coordenada de acordo com a demanda apresentada pelo usuário, como são os protocolos de organização dos serviços. Apesar de todos os pontos de atenção na RAPS e os serviços da rede intersetorial serem serviços de porta-aberta, é importante haver um fluxo orientador para que o usuário não percorra os serviços da rede de forma demasiada. E os profissionais possam estar mais confiantes para quais serviços estabelecerem as articulações, referências e contrareferências de forma assertiva para todos os atores e usuário envolvidos na Gestão do Cuidado em Saúde Mental deste município em questão.

Consideramos importante a articulação entre os serviços da RAPS e da Rede Intersetorial (como o CRAS, por exemplo), pois podem ofertar ações no território para a prevenção e promoção em saúde integral (física e mental) e convívio social; no objetivo de se evitar o agravamento dos quadros de saúde mental, violência e vulnerabilidade social bem como a reincidência em saúde mental quiçá poderia estar sendo evitada.

Finalizamos esta pesquisa atingindo os objetivos gerais propostos: identificar junto aos gestores e trabalhadores de uma UPA quais as ações desenvolvidas para o acolhimento e fluxo de pessoas em situações de crises em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA; identificar as ações do cuidado às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA por trabalhadores de uma UPA e identificar os aspectos que facilitam e dificultam o acolhimento na UPA de pessoas em situação de crise em saúde mental e problemas decorrentes ao uso de SPA.

Por fim, concluímos que este estudo proporcionará um *feedback* aos gestores do município com os resultados que esta pesquisa nos apresentou representando um mapeamento não só do ponto de atenção UPA como da RAPS do município em questão. Por ser uma das autoras trabalhadora desta RAPS, esta se sente lisonjeada em poder retribuir seus estudos para este município e seus munícipes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Temas em Saúde.** Editora Fio Cruz. Rio de Janeiro. 3ª Edição revista e ampliada: 2007.

_____. **Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Editora Fio Cruz. Rio de Janeiro. 2ª edição: 2016a.

_____. **O Homem e a Serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro, 5ª Edição: 2016b

AMERICAN PSYCHITRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM V. Porto Alegre: 2014. Artmed.

AVASUS. Conhecimento Livre e aberto em Saúde. **Educação Interprofissional em Saúde. Educação Interprofissional e suas bases Teórico-conceituais e metodológicas.** Unidade 2. [Marcelo Viana da Costa]

BASAGLIA, F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Grall, 1985.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Edições 70, Ltda. 2010.

BARRETO, Marcelo Stuart. **Atenção à saúde dos usuários de substâncias psicoativas em unidades de pronto atendimento.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde. UFSC: 2013
Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/122798>
Acesso em: 28/03/2018

BERTACHINI, Luciana. **A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária.** O mundo da Saúde, São Paulo. 2012; 36(3):507-520.
Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/14.pdf
Acesso em: 02/06/2019

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da república, [2016]
Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
Acesso em: 06/09/2019

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, 06 de março de 1997.**
Disponível em: http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf
Acesso em: 21/06/2019

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Unidade de Emergência.** Uma experiência do Hospital São Rafael – Monte Tabor. 10ª edição. Distrito Federal (DF), 2002.

_____. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
Disponível em :
http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

Acesso em: 28/04/2019

_____. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html

Acesso em: 07/01/2018

_____. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/13150.html>

Acesso em: 21/06/2019

_____. **Portaria nº 816, de 31 de maio de 2005a.** Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. 2005.

Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0816_31_05_2005.html Acesso em: 18/03/2018.

_____. **Norma Operacional Básica NOB/SUAS.** Construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília. Julho: 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005b.

Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

Acesso em: 29/03/2018

_____. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006a.** Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas da gestão.

Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

Acesso em: 19/08/2018

_____. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006b.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Acesso em: 19/08/2018

_____. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

Acesso em: 21/06/2019

_____. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1559-%5B2870-120110-SES-MT%5D.pdf> Acesso em: 11/03/2018

_____. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil/**Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

Disponível: <<http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/Conselhos/PoliticassobreDrogas/Legislacao/Politica%20nacional.pdf>> Acesso em: 28/01/2018

_____. **Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais.** Manual Operacional. Porto Alegre: 2008. 11p.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Dicas em Saúde.** BVS Biblioteca virtual em saúde. 2008.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>

Acesso em: 19/05/2019

_____. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil/**Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

Disponível: <<http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/Conselhos/PoliticassobreDrogas/Legislacao/Politica%20nacional.pdf>> Acesso em: 28/01/2018

_____. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: 2009a.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf

Acesso em: 12/02/2018

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf

Acesso em: 21/06/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4ª Ed.reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Disponível em:

http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

Acesso em: 07/07/2019

_____. **Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010.** Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm

Acesso em: 21/06/2019

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Anexo

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Acesso em: 07/01/2018

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

Acesso em 15/10/2017.

_____. **Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html

Acesso em: 06/01/2018

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Acesso em 06/01/2018.

_____. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.** Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.

Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html

_____. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

Acesso em: 27/05/2018

_____. **Portaria nº 139, de 28 de junho de 2012.** Altera a Portaria nº 843, de 28 de dezembro de 2010, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, que dispõe sobre o cofinanciamento federal, por meio do Piso Fixo de Média Complexidade - PFMC, dos serviços ofertados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS e pelos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, e que passa a dispor também sobre o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, em situação de dependência, e suas famílias, ofertado nos Centros-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência.

Disponível em:

http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/portarias/Portaria139_140_2012.pdf Acesso em: 30/05/2018

_____. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

Acesso em: 21/06/2019

_____. **Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica nº 34.** Brasília: Ministério da Saúde. 2013.176p.

_____. **Portaria nº 342, de 4 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. *(Redação dada pela PRT MS/GM nº 104 de 15.01.2014)*

Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html

Acesso em: 21/06/2019

_____. **Projeto “Caminhos do Cuidado” – Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem de Atenção Básica.** Caderno do Aluno. 132f. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Humanizadas. **Diretrizes.** Acolhimento.[2013-2019]

Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizadas/diretrizes>

Acesso em: 19/05/2019

_____. **Resolução nº1, de 19 de agosto de 2015.** Regulamenta no âmbito do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de

peças, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. DOU. Nº 165, pg 51. Disponível em: <https://www.mpes.mp.br/Arquivos/Anexos/3c19c212-6923-46cd-b23f-9e07267ea289.PDF> Acesso em: 28/01/2018

_____. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat-gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de--lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf> Acesso em: 01/05/2018

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1.** – 10. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016a. 146 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 10. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. **Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2.** – 10. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016b. 146 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 10. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

_____. **Dimensionamento dos serviços assistenciais do Hospital universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC.** EBESERH – Hospitais Universitários Federais. Brasília, 2016c.

Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/wp-content/uploads/2017/01/FINAL_EBESERH_HU_UFSC_040216.pdf
Acesso em: 06/07/2019

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde mental em dados 12**, 2015. 48p. Saúde Mental em Dados 12.

Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
Acesso em: 06/09/2019

_____. **Portaria nº 10, 3 de janeiro de 2017.** Redefini as diretrizes de modelo assistencial e financeiro de UPA 24h de Pronto Atendimento da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html
Acesso em: 27/01/2018

_____. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.brasilus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf> Acesso em: 27/01/2018

_____. **Estratégias de Reabilitação Psicossocial.**

Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/estrategias-de-reabilitacao-psicossocial> Acesso em: 14/04/2018

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Substâncias psicoativas e seus efeitos.** In: _____. Aberta: portal de formação a distância. Florianópolis: UFSC, 2017a.

Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/modulos/visualizar/substancias-psicoativas-e-seus-efeitos-1>

Acesso em: 27/01/2019

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Padrões de uso de drogas.** In: _____. Aberta: portal de formação a distância. Florianópolis: UFSC, 2017b.

Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/modulos/visualizar/padroes-de-uso-de-drogas> acesso em: 27/01/2019

_____. Ministério da Saúde. **PET-Saúde/Interprofissionalidade inicia atividade da nona edição.** Notícias SGTES, 04/04/2019a.

Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/sgtes/45332-pet-saude-interprofissionalidade-inicia-atividades-da-nona-edicao>

Acesso em 07/07/2019

_____. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. 2019b.

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm#art4

Acesso em: 07/07/2019

CAMPOS, Políbio José de. **Unidade 1 - A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência.** In: Maria Terezinha Zeferino. Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs). Crise e Urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado/ Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Módulo 3 .[p.39]

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos nas organizações.** Editora Campos. Rio de Janeiro, 1999.

CID-10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas** – Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre Artmed, 1993.

CORREIA, Carlos Pinto. **Ano 2000: o futuro das toxicomanias** In: Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. TAVARES L. R., ALMEIDA A. R. B.de, NERY A.Filho et al (Orgs.). Salvador: EDUFBA; 2004, cap. III, p177-183.

CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE SANTA CATARINA. **Projeto Saúde Mental 2016-2017. I – NOÇÕES SOBRE A REDE DE SAÚDE MENTAL E OS SERVIÇOS DE SC.** Poder Judiciário. Núcleo V – Direitos Humanos.

Disponível em: <https://www.tjsc.jus.br/documents/728949/2311735/proposta-1191+-+Diagramacao+Legislacao+Saude+Mental+-+CGC+-+01/89c0b7b6-dcb6-41c3-b56b-af08f3ea489f>
Acesso em: 06/07/2019

COFEN. Proficiência. **Classificação de risco por cores: uma ferramenta de avaliação de emergência**. Conselho federal de Enfermagem. 2011.

Disponível em:

http://proficiencia.cofen.gov.br/site/?option=com_content&view=article&id=354:classificacao-de-risco-por-cores-uma-ferramenta-de-avaliacao-em-emergencia&catid=39:blog&Itemid=65

DALLARI, S.G.; PITTA, A. M. F. **A Cidadania dos Doentes Mentais no Sistema de Saúde do Brasil**. In: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Divisão de Saúde Mental. 2 a . Conferência de Saúde Mental, 1992: relatório final. Brasília; 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208IInsmr.pdf>.

Acesso em: 25/05/2018

DESC. **Descritores em Ciências da Saúde**. Biblioteca virtual para a saúde. Intervenção na Crise. 2018.

Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/> Acesso em: 24/02/2018

DEJOURS, J. C., & Molinier, P. (2008). **O trabalho como enigma**. In: Lancman, S. & Sznelwar, L. I., *Christophe Dejourns: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 127-139) Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.

DIÓGENES, Juliana. **Há 159 ‘manicômios’ no país, sem previsão de fim**. Estadão, Saúde: 2016.

Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ha-159-manicomios-no-pais-sem-previsao-de-fim,10000093796> Acesso em: 01/02/2018

DIMENSTEIN, Magda et al. **O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN**. Revista Polis e Psique, Vol. 2, número temático, 2012. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-60778> Acesso em: 09/09/2017

DUARTE, Jorge e BARROS, Antônio. **Métodos de pesquisa em comunicações**. 2.ed.-3.reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia de pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. Ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão editora, 2009.

FAVERO L; RODRIGUES, J.A.P. **Pesquisa Estudo de Caso**. In: Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Org. Maria Ribeiro Lacerda, Regina Gema Santini Costenaro. Porto Alegre: Moriá, 2016 1ª edição. [capítulo 11, p.291]

FAZENDA, Ivani C. A. **Dicionário em construção: interdisciplinariedade**. São Paulo: Cortez, 2001.

FIALHO, M. **Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental**. In: Maria Terezinha Zeferino/Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (Orgs). Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4ª ed. Florianópolis (SC). UFSC: 2015

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
Disponível em: http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/necio_turra/PPGG%20-%20PESQUISA%20QUALI%20PARA%20GEOGRAFIA/flick%20-%20introducao%20a%20pesq%20quali.pdf Acesso em: 20/05/2018

FLORIANÓPOLIS. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Secretaria do Estado da Saúde. 2016.
Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=251
Acesso em: 09/04/2018

FOUCALT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. Ed. Perspectivas: São Paulo, 1972.

_____. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

GRAY, David E. **Pesquisa no mundo real**. 2.ed.- Porto Alegre: Penso, 2012.

GRIGOLO, T.M; GARCIA JR, C.A.S; PERES, M.G; RODRIGUES, Jeferson. **O Projeto Terapêutico Singular na clínica da atenção psicossocial**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.15, p.53-73, 2015.

Disponível em:

<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2951/4437> Acesso em: 29/05/2018

IPEA. **Nota Técnica nº 21. Perfil das Comunidades Terapêuticas**. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia – DIEST. Mar/2017.

Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf
Acesso em: 28/01/2018

JARDIM, Katita F. de S.B. **Habitando o paradoxo: Atenção à pessoa em crise no campo da Saúde Mental**. 2014. XXp. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2014.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

KONDO, Érika Hissae et al. **Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2011, vol.45, n.2, pp. 501-507. ISSN 0080-6234.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200028&lng=pt&tlng=pt
Acesso em: 29/06/2019

MESQUITA, AC; Carvalho, EC. **A Escuta Terapêutica como estratégia de Intervenção em saúde : uma revisão integrativa.** Rev. Esc. Enferm. USP. 2014, 48(06): 1127-36.
Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf
Acesso em: 02/06/2019

MINAYO, M.C.S; Assis, S.G. e Souza, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas Sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.3, pp.621-626.
Disponível em: https://social.stoa.usp.br/articles/0028/5691/Minayo_MCS_2012.pdf
Acesso em: 22/05/2018

_____. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** Editora Hucitec. São Paulo: 2014. 14ª edição.

NASIO, J-D. O livro da dor e do amor. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2001). Organização Panamericana da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

OPA/OMS. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. Saúde Mental.2016
Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839
Acesso em: 27/05/2018

PMP./SMS. Prefeitura Municipal de Palhoça. Secretaria Municipal de Saúde.Diretoria de Planejamento e Monitoramento. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Palhoça: 2017.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1983). (2009).

PITTA, A.M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil.**São Paulo: HUCITEC,2016.4ª Edição.

RODRIGUES ,H. B; Cavalcante, João Henrique V.**Vivência de escuta qualificada no acolhimento da emergência adulta.** S A N A R E, Universidade Estadual do Vale de Aracaju.ISSNe: 2317-7748, V.14 - Suplemento 1 - COPISP – 2015 (POSTER)

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, De Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** Editora Hucitec: São Paulo. 2001. 2ª Edição.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. Revista Per la salute mentale/ For mental health" 1/88 – do “Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia.

SÁ, S. D; WERLANG, B.S.G;PARANHOS, M.E. **Intervenção em crise**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 2008, volume 4, número 1.
Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a08.pdf> Acesso em: 08/09/2017

SAMPAIO, J.J. Saúde Mental. In Rouquayol, M. Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. 4 ed, Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. **Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina com os 16 planos de ação regionais 2015- 2018** / Secretaria de Estado da Saúde; organizado por Alan Índio Serrano. – Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.(p.20,25,30-33)

SARACENO, B. **Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a Passagem do Milênio**. In: PITTA, A. (Ed.), Reabilitação psicossocial no Brasil. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2016.p.19-26

SENAD. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). Eixo Políticas e Fundamentos**. Módulo Básico. 2017.

Disponível em:

<http://www.aberta.senad.gov.br/modulos?type=1&page=1&search=rede+de+aten%C3%A7%C3%A3o+psicossocial++no+sistema+%C3%BAnico+de+sa%C3%BAde> Acesso em: 08/09/2017

SERRANO, Alan Índio. **Chaves do óbito Autoprovocado: sua Prevenção, Assistência e Gestão em Saúde Pública**. Florianópolis: Insular, 2008.

SES.Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina.**O que são protocolos de acesso?**

Disponível em:

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6073%3Ao-que-sao-protocolos-de-acesso&catid=1019%3Aprotocolos-e-diretrizes-terapeuticas&Itemid=544 Acesso em: 11/03/2018

_____.**Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio**. Coordenação Estadual de Saúde Mental. 2017.

Disponível em:

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6272:sc-recebe-recursos-do-ministerio-da-saude-para-aco-es-de-prevencao-ao-suicidio&catid=1505:ascom-assessoria-de-comunicacao-2018&Itemid=705
Acesso em: 19/08/2018

_____. Endereços Hospitais- Saúde Mental – Psiquiatria. **Hospitais com leitos de internação psiquiátrica/saúde mental no estado de Santa Catarina**. Coordenação Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas. Março,2019.

Disponível em: <http://saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/enderecos>

Acesso em: 06/07/2019

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.3, pp.687-698. ISSN 1413-8123.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a11.pdf> Acesso em: 29/05/2018

SOUZA, Thaise Honorato de. **Recepção do Usuário no SUS: Estratégias para o acesso à Rede de Urgência e Emergência, na Perspectiva do Trabalhador.** 2014. 137p. Dissertação. (Mestrado Profissional). Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Santa Catarina. Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/130992>

Acesso em:08/09/2017

TEIXEIRA CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, Brasil, VV. **Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos.** Texto Contexto Enferm, 2015; 24(4): 1071-8

TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Ed.), Reabilitação psicossocial no Brasil. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2016.p.69-74

_____. Saúde Mental e trabalho em rede. Álcool e outras drogas. Da coerção à coesão. 2014. [online] Vídeoaula [Dr. Roberto Tykanori Kinoshita]

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=P4fXHGjD-VA>

Acesso em 25/05/2019

TOASSI, Ramona F.C. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?[org]1ª Ed. Porto Alegre. Rede Unida, 2017. [recurso eletrônico]

Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>

Acesso em: 07/07/2019

VENTURINI, E. A linha Curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Ed. Fio Cruz, RJ: 2016.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2009.

Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1339> Acesso em: 10/03/2018

WEISS, Cristina Aiach. **Manual de treinamento e desenvolvimento: processos e operações.** São Paulo, Pearson, 2006, p. 117-126.

YASUI, Silvio. **A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.v1,n1. INSS 2595-2420. Florianópolis:2009.

Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1005/1122>

Acesso em: 29/05/2018

ZEFERINO, M^a T; Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Fundamentos históricos e conceituais da saúde mental e atenção psicossocial / Maria Terezinha Zeferino; Jonas Salomão Spricigo; Lucilene Cardoso; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO 1: Assistente Administrativo

Prezado (a) Participante,

Este questionário faz parte do levantamento de dados da pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – UFSC e tem como objetivo de conhecer a gestão do cuidado e analisar as ações de cuidado por trabalhadores em uma UPA às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de substâncias psicoativas – SPA.

Gostaríamos muito da sua colaboração, respondendo às questões abaixo, por favor, evite deixar itens em branco e não tenha receio em fazer sugestões e observações que sejam pertinentes. Não é necessário se identificar.

Contamos com a sua colaboração! Desde já, obrigado (a)

Data: ____/____/____

I - Dados da atuação do trabalhador: idade _____ sexo: _____

1. Qual é o seu tipo de vínculo empregatício na UPA?

() CLT () Estatutário () outros: _____

2. Há quanto tempo exerce sua atividade profissional nesta UPA?

() 0-6 meses () 6-12 meses () 12-18 meses () acima de 18 meses

3. Quando você foi contratado para trabalhar na UPA, você sabia que poderia ter que acolher pessoas em situações de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA)?

() não () sim

4. Exerce outra atividade profissional?

() não () sim Se sim. Qual?: _____

5. Possui alguma formação em saúde mental?

() não () sim Caso sim, diga qual: _____

6. Faz alguma formação no momento em saúde mental?

() não () sim Caso sim, diga qual: _____

II – Reflexão e percepção dos processos de trabalho

7. O que você entende por crise em saúde mental? Como você identifica e procede no acolhimento à pessoa em crise na recepção da UPA?

8. Como ocorre a sua comunicação com os profissionais da equipe de saúde nos casos de crise em saúde mental e por uso de SPA? Descreva:

9. Nos Acolhimentos de saúde mental, diante de situações de tentativas de suicídio, para você o que é mais difícil neste atendimento?

III – Leis, Portarias e atuação profissional para as demandas em saúde mental

A portaria nº 1.863/2003, que institui a **Política Nacional de Atenção às Urgências**, que considera atribuição dos estabelecimentos de saúde na atenção das urgências, exemplo UPA 24h, atender casos de urgências psiquiátricas, violências e suicídios:

[...] conforme retrata o **artigo 2º**, “1 - garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, **psiquiátricas**, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, **violências e suicídios**)” (grifo nosso, BRASIL, 2003).

10. Você tinha conhecimento disto? () sim () não () em parte

A **Portaria nº 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, onde UPA é um ponto de atenção pertencente ao componente da Rede Atenção a Urgência e Emergência (RUE).

11. Você conhece esta portaria?

() sim () não () em parte

O acolhimento de acordo com a **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH)** do SUS é:

[...] um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de desses encaminhamentos. (BRASIL, 2009, p.20-21)

12. A PNH defini o que é acolhimento, acima, nesta UPA, quando o acolhimento ocorre para às pessoas em situações de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA, na sua avaliação ele é diferenciado? Se sim, em que aspectos.

13. Quais as ações nesta UPA para os acolhimentos de situações de crise em saúde mental e problemas por uso de substâncias psicoativas? Descreva:

IV. Educação Permanente em Saúde

14. Nesta unidade você já participou de alguma atividade de **Educação Permanente em Saúde** que possam contribuir para o desempenho no seu trabalho? Ex: cursos, treinamento, reciclagem ou capacitação nas modalidades presencial ou à distância (EAD) () não () sim. Qual (is)?: _____

15. Na sua opinião, seria importante capacitações para qualificar as intervenções às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas ao uso de substâncias psicoativas?

() não () sim. Por gentileza nos dar sugestões de proposta:

Agradecemos sua participação!

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO 2: Equipe de Saúde

Prezado (a) Participante,
Este questionário faz parte do levantamento de dados da pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – UFSC e tem como objetivo de conhecer a gestão do cuidado e analisar as ações de cuidado por trabalhadores em uma UPA às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de substâncias psicoativas – SPA.
Gostaríamos muito da sua colaboração, respondendo às questões abaixo, por favor, evite deixar itens em branco e não tenha receio em fazer sugestões e observações que sejam pertinentes. Não é necessário se identificar.
Contamos com a sua colaboração! Desde já, obrigado (a)

Data: ____/____/____

I - Dados da atuação do trabalhador: idade:_____ sexo:_____

1. Qual a categoria profissional?

2. Qual o seu tipo de vínculo empregatício na UPA?

CLT Estatutário outros:_____

3. Quando você foi contratado para trabalhar na UPA você sabia que acolheria pessoas em situações de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA)?

não sim

4. Atua em outro local além UPA?

não sim Caso sim, assinale abaixo:

Auto-Pista Litoral Sul SAMU

Hospital Geral Instituto de Psiquiatria (IPQ)

Atenção Básica (UBS) Atenção Psicossocial Especializada (CAPS)

Clínica Médica setor privado outra atividade não relacionada com saúde

5. Há quanto tempo exerce sua atividade profissional nesta UPA?

0-6 meses, 6-12 meses 12-18 meses acima de 18 meses

6. Possui alguma formação em saúde mental?

não sim Caso sim, diga qual: _____

7. Faz alguma formação no momento em saúde mental?

não sim Caso sim, diga qual: _____

II –Leis, Portarias e atuação profissional para as demandas em saúde mental

A portaria nº 1.863/2003, que institui a **Política Nacional de Atenção às Urgências**, que considera atribuição dos estabelecimentos de saúde na atenção das urgências, exemplo UPA 24h, atender casos de urgências psiquiátricas, violências e suicídios:

[...] conforme retrata o **artigo 2º**, “1 - garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, **psiquiátricas**, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, **violências e suicídios**)” (grifo nosso, BRASIL, 2003).

8. Você tinha conhecimento disto?
 sim não em parte

A **Portaria nº 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, onde UPA é um ponto de atenção pertencente ao componente da Rede Atenção a Urgência e Emergência (RUE).

9. Você conhece esta portaria?
 sim não em parte

O acolhimento de acordo com a **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH)** do SUS é:

[...] um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento desses encaminhamentos. (BRASIL, 2009, p.20-21)

10. A PNH defini o que é acolhimento, acima, nesta UPA, quando o acolhimento ocorre para às pessoas em situações de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA, na sua avaliação ele é diferenciado? Se sim, em que aspectos.

III - Reflexão e Percepção dos processos de trabalho

11. O que você entende por crise em saúde mental?

12. Relate se há imprevistos e/ou dificuldades nos atendimentos com usuários em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de substâncias psicoativas na UPA?

13. Existe um protocolo ou fluxo de atendimento envolvendo os profissionais da UPA para o atendimento a pessoas com transtorno mental?

() não () sim Descreva:

14. Quais são os procedimentos para acolher pessoas em situação de crise em saúde mental (ou seja, com transtorno mental) na UPA?

15. Conforme sua experiência e atuação profissional enumere de 1 a 10 a ordem de maior frequência que ocorre nas ações de intervenção à crise em saúde mental/**quadros de transtornos mentais**:

- () contenção física
- () contenção mecânica
- () contenção química
- () encaminhamento a UBS
- () encaminhamento ao Hospital Geral
- () encaminhamento à residência da pessoa
- () escuta qualificada
- () encaminhamento ao CAPS II
- () encaminhamento ao Instituto de Psiquiatria (IPQ)
- () encaminhamento a outros serviços da rede intersetorial ex:_____

16. Quando surgem acolhimentos por tentativas de suicídio na UPA na sua avaliação há dificuldades e/ou problemas para realizar o atendimento?

() não () sim

Quais seriam as principais dificuldades e/ou problemas para os casos de tentativa de suicido.

Agora iremos verificar para as demandas de substâncias psicoativas (SPA):

17. Quais são os procedimentos para acolher pessoas com problemas decorrentes ao uso de SPA na UPA?

18. Conforme sua experiência e atuação profissional, enumere de 1 a 10 a ordem de maior frequência que ocorre nas ações de intervenção à crise em saúde mental com problemas decorrentes ao **uso de substâncias psicoativas. São elas:**

- contenção física
- contenção mecânica
- contenção química
- encaminhamento a UBS
- encaminhamento ao Hospital Geral
- encaminhamento à residência da pessoa
- escuta qualificada
- encaminhamento ao CAPS AD
- encaminhamento ao Instituto de Psiquiatria (IPQ)
- encaminhamento a outros serviços da rede intersetorial ex: _____

19. Você já atendeu casos de overdose por SPA?

- não sim

Quais? _____

VI. Encaminhamentos Intersetoriais e na RAPS

20. Como ocorrem as articulações da UPA com os outros serviços da rede de saúde e rede intersetorial (ex: Conselho Tutelar, Polícia etc.)? De que forma ela é realizada?

21. Como ocorre o seu contato com a **equipe do SAMU** nos casos de urgência e emergência em saúde mental?

22. O IPQ deve ser referência estadual em **emergência** psiquiátrica?

() não () sim. Por que? Justifique:

23. O IPQ deve ser referência estadual em **urgência** psiquiátrica?

() não () sim. Por que ? Justifique:

VI. Educação Permanente em Saúde

24. Nesta unidade você já participou de alguma atividade de **Educação Permanente em Saúde** que possam contribuir para o desempenho no seu trabalho? Ex: cursos, treinamento, reciclagem ou capacitação nas modalidades presencial ou à distância (EAD)

() não () sim. Qual(is)?: _____

25. Na sua opinião seria importante capacitações para qualificar as intervenções às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas ao uso de substâncias psicoativas?

() não () sim. Por gentileza nos dar sugestões de proposta:

Agradecemos a sua participação!

APÊNDICE 3 - Roteiro de Entrevista: Gestores da UPA

I – Dados do trabalhador

1. Qual sua categoria profissional e cargo nesta UPA? Quais as suas atribuições?
2. Você possui outra formação profissional ou está em formação?
3. Qual sua carga horária na unidade?
4. Você já realizou algum curso de capacitação para atender demanda em saúde mental na UPA 24h (pessoas em situação de crise e com necessidades decorrentes ao uso de SPA)?

II – Reflexão e percepção dos processos de trabalho

1. Qual o documento que rege o fluxo da UPA? Tem estatuto ou regimento interno? Nele constam as ações para os atendimentos à crise em saúde mental e decorrentes de SPA?
2. Você sabia que de acordo com a **portaria nº 3.088/2011** a UPA 24h é um serviço substitutivo dos Hospitais Psiquiátricos? Qual sua opinião?
3. Elenque de acordo com sua experiência profissional quais as dificuldades que a UPA 24h e os profissionais enfrentam hoje em relação aos acolhimentos de pessoas em situação de crise em saúde mental e por uso de substâncias psicoativas?
4. Há um protocolo de acolhimento ou fluxo de atendimento para as pessoas em crise em saúde mental e com necessidades decorrentes ao uso de substâncias psicoativas na UPA 24h? Caso ele não exista, você considera importante ter um protocolo? Por quê?
5. Quais os casos de encaminhamentos para o Instituto de Psiquiatria - IPQ? E os motivos destes encaminhamentos?
6. Há algo que você gostaria de informar que não foi questionado e você acha importante para esta pesquisa?

APÊNDICE 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Prezado (a) Participante, _____ você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **CRISE EM SAÚDE MENTAL EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24h: A GESTÃO DO CUIDADO**. Sua participação não terá nenhum tipo de benefício financeiro, nada lhe será pago ou lhe será cobrado para participar desta pesquisa. Sua participação é voluntária. A coleta será realizada no seu local de trabalho, entretanto, se esta pesquisa gerar despesas você será ressarcido pelos pesquisadores mediante a comprovação das despesas, o pagamento será à vista e em dinheiro. Entretanto, estima-se que esta pesquisa não gere despesa soma vez que será realizada no seu próprio local de trabalho. Este projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH-UFSC). Esta pesquisa é o trabalho de conclusão de curso do mestrado profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da pesquisadora Carolina Caldas de Freitas, tendo como orientadora a profa. Dra. Joselma Tavares Frutuoso. O objetivo é conhecer a gestão do cuidado e analisar as ações de cuidado por trabalhadores em uma UPA às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de Substâncias Psicoativas - SPA. Justificativa– por ser a UPA 24h um ponto de atenção que atende urgências e emergências em saúde mental no município em questão, torna-se importante conhecer e analisar as estratégias e ações dos profissionais frente à demanda. Procedimento – você estará o tempo todo acompanhado pelo pesquisador e sua participação na pesquisa consiste em responder 1) questionário com 15 perguntas para assistentes administrativos; ou 2) questionário com 25 perguntas para equipe de saúde (técnico de enfermagem, enfermeiro e médico); ou 3) responder uma entrevista semi-estruturada de 10 perguntas para gestores da UPA. Os temas pesquisados são referentes: dados da atuação do trabalhador, reflexão e percepção dos processos de trabalho, leis, portarias e atuação profissional para as demandas em saúde mental, educação permanente em saúde. Estimasse em média 20 minutos para responder os questionários e para entrevista em torno de 30 a 40 minutos. Será acordado com a gestão e trabalhador o horário mais conveniente, que não comprometa o fluxo do trabalho. Os dados obtidos serão de uso exclusivo da pesquisa e permanecerão sob o cuidado exclusivo das pesquisadoras por até cinco anos após o término da pesquisa, quando serão apagados ou incinerados. Como garantia de sigilo e manutenção de seu anonimato, os dados utilizados nas publicações advinda desta pesquisa omitirão quaisquer informações que possam levar a sua identificação. Sua identidade será mantida em sigilo, nenhuma informação que indique a sua participação será liberada ou divulgada. Nenhum procedimento invasivo ou doloroso será realizado, os únicos desconfortos poderão ser fadiga ou cansaço resultante de esforço mental ao responder o questionário e/ou a entrevista, porém caso se sinta cansado, gentileza solicitar fazer uma pausa para continuar depois, ou interromper a coleta se assim o desejar. Esta pesquisa apresenta riscos mínimos

como o desconforto emocional mediante as perguntas que serão realizadas durante a entrevista e/ou aplicação dos questionários. Ocorrendo desconforto emocional comunicar para o pesquisador que irá orientá-lo(a) na procura de serviços da rede de atenção psicossocial do seu município. Caso a pesquisa lhe traga qualquer tipo de danos moral ou físico quando comprovadamente forem decorrentes da participação na pesquisa estará garantida indenização, conforme decisão judicial prevista pelo código civil brasileiro. Os benefícios serão para os trabalhadores e usuários da UPA na forma de análise das ações de intervenção à crise e reflexões críticas proporcionadas ao responder as perguntas. Além da divulgação através de publicações com foco no atendimento em situações de urgências em saúde mental – seja diante de quadros de transtornos mentais ou decorrente ao uso de SPA. Resultado esperado será o mapeamento de necessidades em Educação Permanente em Saúde que possa melhorar ou otimizar o atendimento prestado por profissionais diante de demandas de crise em saúde mental e problemas decorrentes ao uso SPA. Também se espera que os resultados possam beneficiar os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, os profissionais e usuários da UPA 24h do município de Palhoça – SC. A qualquer momento você poderá solicitar se desejar, quaisquer esclarecimentos que possam surgir sobre a pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, sem prejuízo ou penalização. Se concordar em participar, deverá assinar duas cópias. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e outra será fornecida a você.

CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade - Florianópolis/SC, CEP 88040-400, no telefone (48) 3721- 6094. - **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br.

Pesquisador principal – profa. **Joselma Tavares Frutuoso** pelo e-mail: joselma.frutuoso@ufsc.br

Departamento de Psicologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário. Trindade. CEP 88.040-970. Florianópolis. Santa Catarina. Brasil. Fone: +55 (48) 3721-2723 ou (48) 3721-9283

Aluna de mestrado. Psicóloga **Carolina Caldas de Freitas** pelo telefone (48) 999684915, e-mail: carolinacaldasdefreitas@gmail.com.

Pesquisador principal:

Carolina Caldas de Freitas

Palhoça, _____ de _____ 201__.

Pesquisador Responsável:

Joselma Tavares Frutuoso

Palhoça, _____ de _____ 201__.

Participante:

Nome completo do participante

Assinatura do participante

Documento de identificação _____

Palhoça, _____ de _____ 201__.

Apêndice 5



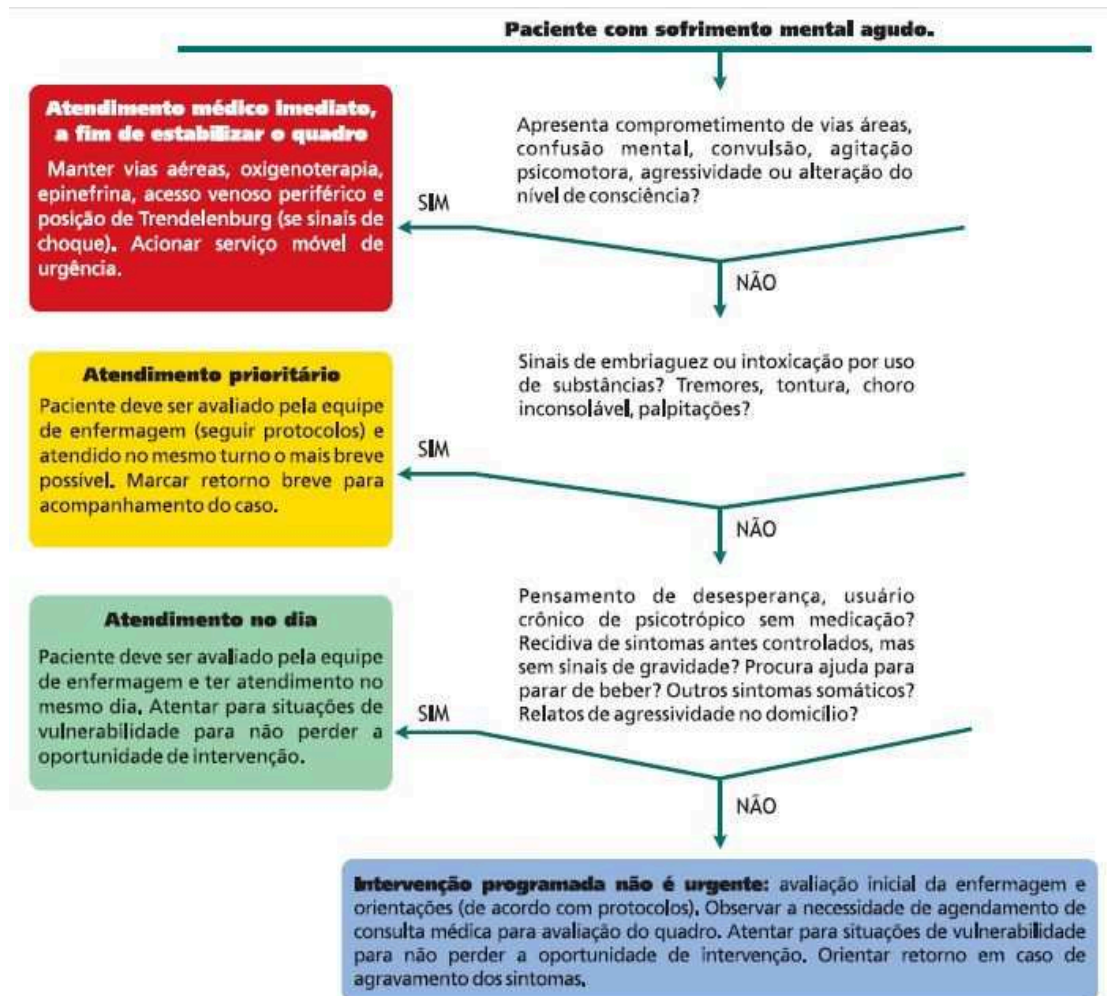
ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS
GERÊNCIA DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

EIXO ATENÇÃO BÁSICA											
2. Distrital – Garantia do direito ao cuidado singular em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, notadamente pelas premissoras da Política Nacional de Saúde Mental											
2.1 Objetivo – Qualificar o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, no âmbito de atuação da Rede de Atenção Psicossocial, notadamente pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.											
FA5	Área	Obj específico repellido?	Descrição da meta	Unid. medida (ndice, moda, número, percentual, proporção, razão e taxa)	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Indicador (Siparte anexo q a area ja monitor)	Linha de base	Ano da linha de base
2016											
2017	GEABS	não	Realizar apoio institucional presenciais ou por fóruns e web palestras		8	6	6	6	Número de fóruns web palestras e reunião presencial realizados / Número de fóruns web palestras e reunião presencial programadas x 100	06	2015
2018											
<p>Meta (objetivo específico)</p> <p>1. Ampliar as discussões em relação à redução de danos e à cultura de atenção em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.</p>											
<p>* Devido ao fechamento do Instituto Saúde e Vida em 2017, houve redução de leitos qualificados para atendimento em Saúde Mental Álcool e Outras Drogas.</p>											
	GEABS	não	Realizar leitos de Saúde Mental em hospital geral. *A partir de 2018 a habilitação de leitos Saúde Mental será de acordo com a Portaria nº 1.583 e portaria de consolidação nº 3 e 6 em Saúde Mental Álcool e Outras Drogas.		689	573	599	609	Número de leitos Saúde Mental habilitados.	669	2015

ANEXOS

ANEXO 1

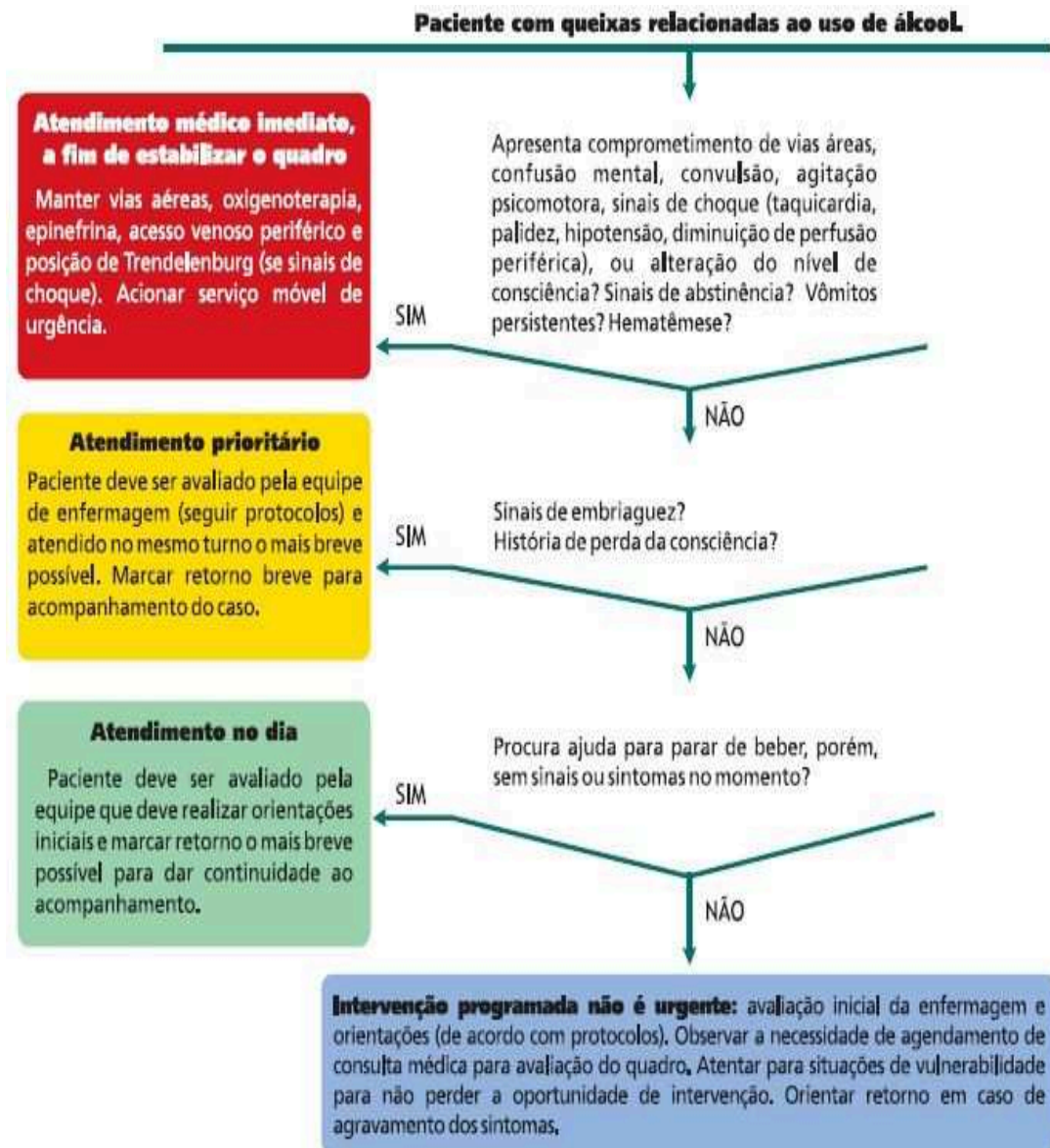
Fluxograma Paciente com sofrimento agudo



Fonte: (MS, 2013)

ANEXO 2

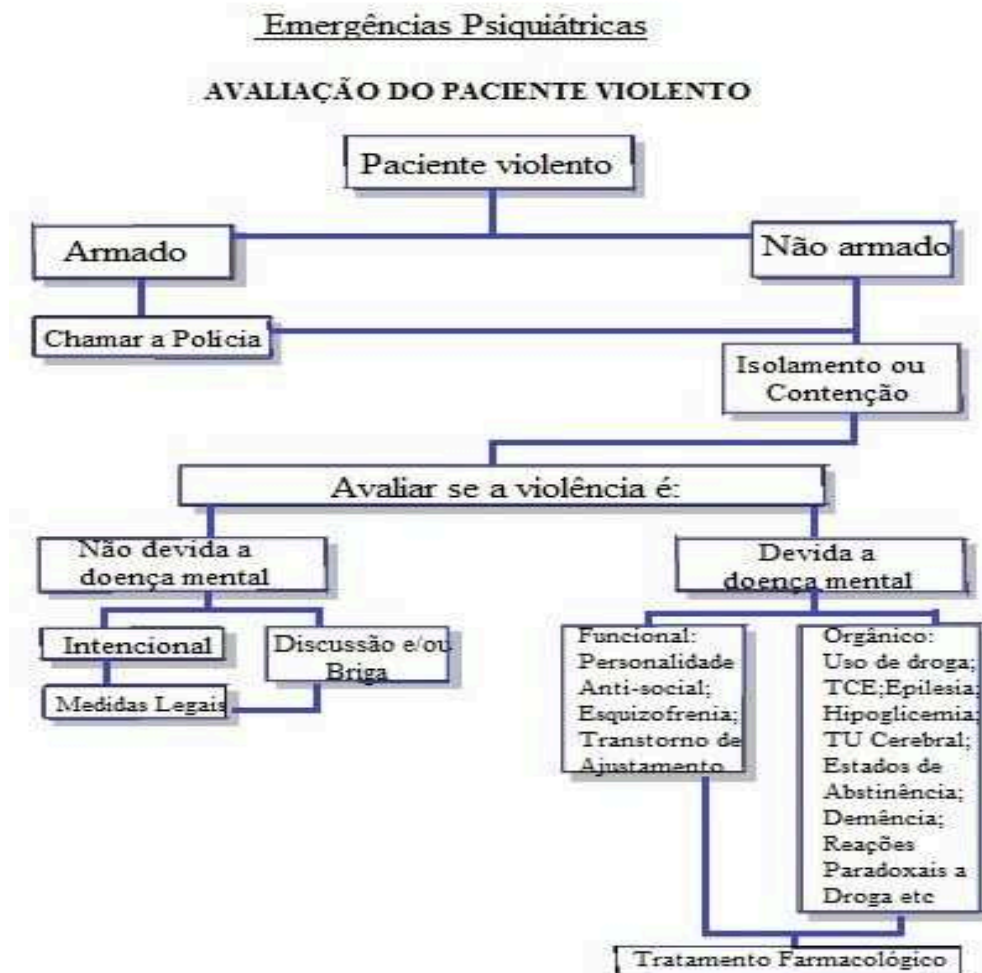
Fluxograma paciente com queixas relacionadas ao uso de álcool



Fonte: (MS, 2013)

ANEXO 3

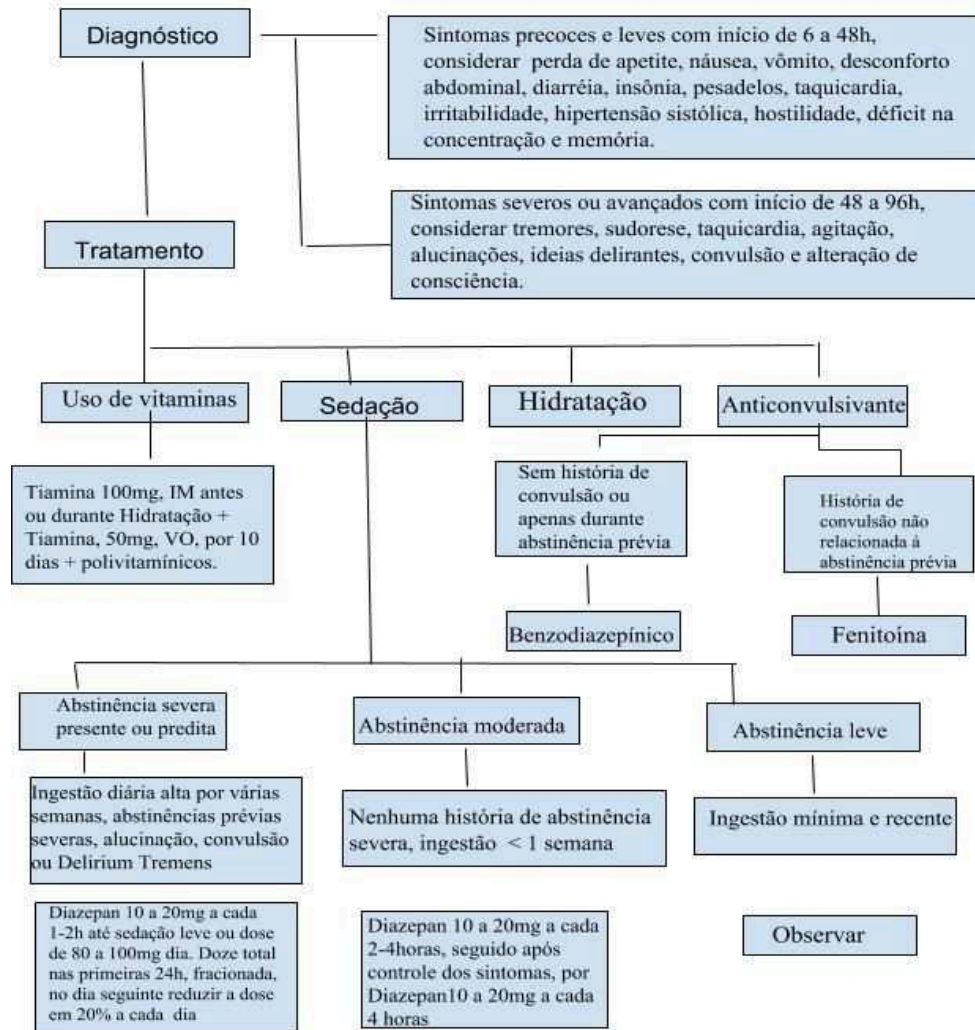
Protocolo de atendimento ao paciente violento



Fonte: (Brasil, 2002)

ANEXO 4

Protocolo de Tratamento da Abstinência Alcoólica



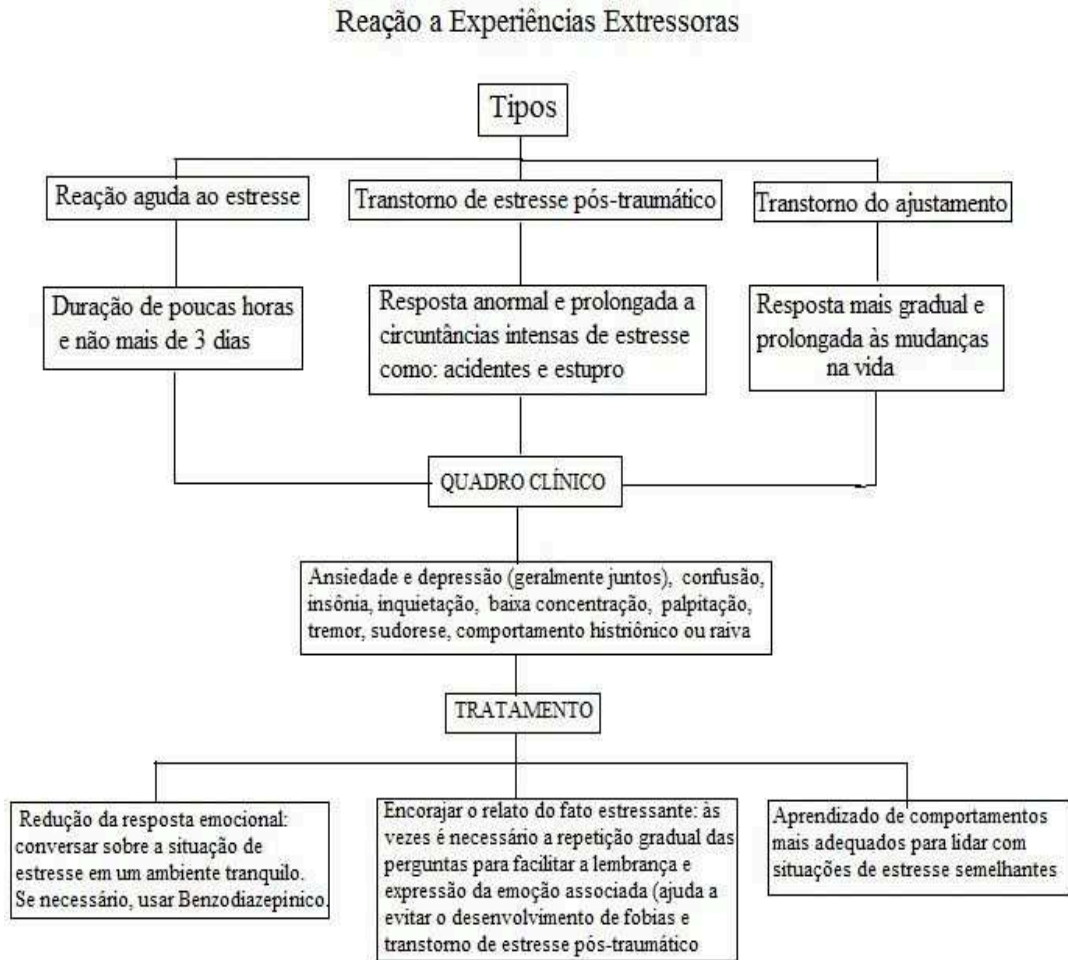
OBS:

1. Lorazepam poderá ser usado no caso de cirrose, na dose de 02 a 04mg a cada 1-2horas, até sedação leve;
2. Se houver reação adversa ao Benzodiazepínico, usar Fenobarbital como substituto (100-200mg a cada 1-2 horas, até sedação leve)
3. Observar a possibilidade de droga associada;
4. Se o paciente tem história de convulsão durante abstinência, reduzir o benzodiazepínico de forma mais lenta.

Fonte: (Brasil, 2002)

ANEXO 5

Protocolo a Reação a Experiências Estressoras



ANEXO 6

Drogas Depressoras: Álcool

Drogas Depressoras: ÁLCOOL
EFEITOS: Euforia, relaxamento, desinibição, sonolência, diminuição dos reflexos, incordenação motora.
INTOXICAÇÃO: Afetam os sentidos (percepção, visão, tato, audição); capacidade sensorial, consciência reduzida aos estímulos externos, fala incoerente, dupla visão, náuseas, vômitos, estado de coma ou morte.
PROBLEMAS CLÍNICOS: Arritmia cardíaca, fraqueza muscular, neuropatias periféricas, impotência sexual.
ABSTINÊNCIA: Os sintomas comuns são tremores, taquicardia e sudorese, confusão mental, ilusões, alucinações (delirium tremes), risco de morte.

Fonte: (SENAD, 2017b, p.05) Adaptado pela autora

ANEXO 7

Drogas Depressoras: Solventes

Drogas Depressoras: SOLVENTES (lança-perfume, loló, cola, gasolina, acetona, tiner, aguarrás, éter, benzina, esmalte e tintas)
EFEITOS: Euforia seguida de sonolência e de alterações da sensopercepção.
INTOXICAÇÃO: Irritação ocular, fotofobia, visão dupla, zumbido e irritação de mucosas da faringe, náuseas, vômitos e diarreia. Lentificação de ondas cerebrais perceptíveis no eletroencefalograma. Depressão respiratória, arritmias cardíacas, perda de consciência, morte súbita.
PROBLEMAS CLÍNICOS ADICIONAIS: Arritmias cardíacas; hepatite tóxica com possível evolução a insuficiência hepática/renal/pulmonar; transtornos gastrointestinais leves e transitórios; anemia aplástica; fraqueza muscular; neuropatias periféricas.
ABSTINÊNCIA: A interrupção do uso não está associada a nenhum quadro de abstinência clinicamente relevante.
OUTROS PROBLEMAS ASSOCIADOS: Síndrome Cerebral orgânica; possibilidade de desencadear quadros psiquiátricos como depressão; alteração neuropsicológicas em casos crônicos.

Fonte: (SENAD, 2017b, p.05) Adaptado pela autora.

ANEXO 8

Drogas Depressoras: Ópio e derivados

Drogas Depressoras: Ópio e derivados
EFEITOS: Sensação de prazer extremo seguida de sonolência e estupor; miose (pupilas contraídas).
INTOXICAÇÃO: Depressão do Sistema Nervoso Central e diminuição do funcionamento global do cérebro (depressão respiratória, hipotensão, sonolência, e coma). Casos de superdosagens com alto risco de tentativa de suicídio ou morte.
OUTROS PROBLEMAS ASSOCIADOS: Depressão.
PROBLEMAS CLÍNICOS ADICIONAIS: Arritmias cardíacas; úlceras gástricas; anemias; alterações das concentrações plasmáticas de elementos químicos; pneumonias; tuberculoses; broncoespasmos e sibilos; anormalidades do funcionamento sexual. Risco de adquirir e transmitir doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV pelo uso compartilhado de seringas.
ABSTINÊNCIA: Baixa tendência de levar a morte a não ser se o usuário já apresentar doença cardíaca. Sintomas mais frequentes: fissura, irritabilidade, insônia, anorexia, fadiga, lacrimejamento, coriza,, fotofobia,bocejos, sudorese, caladrios, disfunção da regulação da temperatura, perturbações gastrointestinais, dores musculares entre outros.

Fonte: (SENAD, 2017b, p.05) Adaptado pela autora.

ANEXO 9

Drogas Depressoras: Barbitúricos

Drogas Depressoras: Barbitúricos (Optalidon, Fiorinal, Gardenal, Tonpan, Nembutal, Comital, Pentotal)
EFEITOS: Calma, relaxamento e sonolência.
INTOXICAÇÃO: Sensação de embriaguez alcoólica, desinteresse, midríase (pupilas dilatadas), depressão respiratória, coma.
ABSTINÊNCIA: sinais de hiperexcitabilidade, taquicardia, sudorese, hipertensão, aumento da frequência respiratória e ansiedade.

Fonte: (SENAD, 2017b, p.05) Adaptado pela autora.

ANEXO 10

Drogas Depressoras: Benzodiazepínicos

Drogas Depressoras: Benzodiazepínicos
EFEITOS: Relaxamento e sedação.
INTOXICAÇÃO: Fala pastosa, diminuição da coordenação motora, marcha instável, confusão mental, bradicardia (pulso lento), dispneia (falta de ar).
ABSTINÊNCIA: Taquicardia, sudorese, hipertensão, aumento da frequência respiratória, ansiedade.

Fonte: (SENAD, 2017b, p.05) Adaptado pela autora.

ANEXO 11

Drogas Estimulantes: Cocaína

Drogas Estimulantes: Cocaína (Pó, “Bilho”, Crack, Pasta-Base)
EFEITOS: Excitação, euforia, diminuição do cansaço, irritabilidade, insônia, perda de apetite, hipervigilância, logorreia, agitação psicomotora, coração acelerado, febre, pupilas dilatadas, suor, hipertensão arterial.
INTOXICAÇÃO: Crise de pânico, crise hipertensiva, convulsões, hipertemia, choque vascular. Risco de morte por Acidente Vascular Encefálico, arritmias, isquemias e infarto.
OUTROS PROBLEMAS ASSOCIADOS: Transtorno Psicótico com alucinações e delírios induzido pela substância e transtorno neuropsiquiátrico.
PROBLEMAS CLÍNICOS ADICIONAIS: Risco de endocardite, tétano, abscessos, hepatites virais, infecção por HIV quando feito uso com seringas compartilhadas. Comprometimento do septo nasal quando aspirada a droga. Risco de aborto ou parto prematura entre outras problemáticas à mulher grávida e ao bebê.
ABSTINENCIA: Reações depressivas importantes e fissura intensa. Os sintomas ocorrem em horas ou dias após a interrupção do uso.

Fonte: (SENAD, 2017b, p.05) Adaptado pela autora.

ANEXO 12

Drogas Estimulantes: Anfetaminas

Drogas Estimulantes: Anfetaminas (Anorexígenos, Metanfetamina, Ice, MDMA ou Ecstasy)
EFEITOS: Semelhantes ao da Cocaína.
INTOXICAÇÃO: Efeitos cérebro-vasculares, cardíacos e gastrointestinais. Câimbras, vômitos, convulsões, risco de coma e morte. Inquietação, disforia, insônia, confusão mental. Aumento da temperatura corporal podendo ser fatal, insuficiência hepática tóxica ou irreversível.
PROBLEMAS CLÍNICOS ADICIONAIS: Emagrecimento. Em gestantes risco de aborto.
ABSTINÊNCIA: irritabilidade, hipersonia e fadiga.
OUTROS PROBLEMAS ASSOCIADOS: Semelhante aos da Cocaína.

Fonte: (SENAD, 2017b, p.05) Adaptado pela autora.

ANEXO 13

Drogas Perturbadoras: Anticolinérgicos

Drogas Perturbadoras: Anticolinérgicos (Biperideno, Akineton, Trihexafenidil, Artane)
EFEITOS: Sensação de bem-estar e aumento da sociabilidade.
INTOXICAÇÃO: Agitação, taquicardia, boca seca, dificuldade de engolir, distensão abdominal, hipertensão arterial, retenção urinária, fotofobia, vermelhidão no rosto e pescoço, quadro confusional.

Fonte: (SENAD, 2017b, p.05) Adaptado pela autora.

ANEXO 14

Drogas Perturbadoras: Canabinóides

Drogas Perturbadoras: Canabinóides (maconha, Haxixe, Skank)
EFEITOS: Excitação seguida de relaxamento, euforia, distorções na avaliação do tempo e espaço, logorrea, hiperfagia, alucinações visuais, palidez, taquicardia, boca seca, pupilas dilatadas entre outros.
INTOXICAÇÃO: Desorientação, crise de pânico, leve grau de desconfiança ou paranóia, perda da capacidade do juízo crítico. Doses altas podem gerar tremores finos, discreta queda de temperatura corporal, redução na força e no equilíbrio, olhos avermelhados e entre outros.
PROBLEMAS CLÍNICOS ADICIONAIS: Broquite, asma. Uso exagerado prejuízo na produção de esperma, diminuição da próstata, testículos e bloqueio na ovulação; cardiopatia.
ABSTINÊNCIA: Interrupção do uso freqüente pode gerar fadiga, irritabilidade, insônia e diminuição do apetite. Sintomas de curta duração e intensidade.
OUTROS PROBLEMAS ASSOCIADOS: Apatia, pensamento lento, falta de iniciativa e transtorno psicótico induzido.

Fonte: (SENAD, 2017b, p.05) Adaptado pela autora.

ANEXO 15

Drogas Pertubadoras: Alucinógenos

Drogas Pertubadoras: Alucinógenos, (LSD,cogumelos, mescalina)
EFEITOS: Similares ao da Cannabis com fenômenos alucinatórios intensos e delirantes.
INTOXICAÇÃO: Rápida perda de contato com a realidade, alucinações, ilusões francas, ansiedade intensa, despersonalização, , idéia paranoide e confusão mental. Palpitações, aumento da pressão arterial, sudorese e entre outros. Sintomas podem durar até 24h.
PROBLEMAS CLÍNICOS ADICIONAIS: Prejuízos durante a gestação com risco de anomalias congênitas e abortos espontâneos.
ABSTINÊNCIA: Sem referências.
OUTROS PROBLEMAS ASSOCIADOS: Transtorno Psicótico induzido, episódios de flashback, sensação de euforia, desligamento com a realidade, alucinações visuais de média a longa duração.

Fonte: (SENAD, 2017b, p.05) Adaptado pela autora.

ANEXO 16

Parecer consubstanciado do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRISE EM SAÚDE MENTAL EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
24h: A GESTÃO DO CUIDADO

Pesquisador: Joselma Tavares Frutuoso

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 95503118.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.037.237

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de mestrado de Carolina de Caldas Freitas, orientada por Profa. Dra. Profa Dra Joselma Tavares Frutuoso (pesquisadora responsável). O trabalho visa conhecer a gestão do cuidado e analisar as ações de cuidado por trabalhadores em uma UPA às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de Substâncias Psicoativas. Participarão da pesquisa gestores e trabalhadores de uma UPA, que responderão uma entrevista semiestruturada. Ao todo serão convidados 14 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a gestão do cuidado e analisar as ações de cuidado por trabalhadores em uma UPA às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de Substâncias Psicoativas - SPA.

Objetivo Secundário:

1 - Investigar junto aos gestores e trabalhadores de uma UPA quais as ações desenvolvidas para o acolhimento e fluxo de pessoas em situações de crises em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de substâncias psicoativas;

2 - Identificar as estratégias de gestão ao cuidado às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA por gestores de uma UPA.;

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.037.237

3 - Descrever as ações do cuidado às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas decorrentes ao uso de SPA por trabalhadores de uma UPA;

4 - Identificar os aspectos que facilitam e dificultam o acolhimento na UPA de pessoas em situação de crise em saúde mental e problemas decorrentes ao uso de SPA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não apresenta riscos ou desconforto aos participantes por se tratar de responder as questões elaboradas em questionários e entrevistas semi-estruturadas.

Benefícios:

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam beneficiar os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, os profissionais e usuários da UPA 24h do município deste estudo no que compete a gestão do cuidado às pessoas em situação de crise em saúde mental e com problemas ao uso de SPA acolhidas na UPA 24h deste estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante pois possibilitará compreender o papel de gestores e trabalhadores de uma UPA em situações de crise mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Autorização:

Prefeitura Municipal de Palhoça - Assinatura de Kelen Elsa Fappi – Secretaria de Saúde - Gerência Enfermagem Média Complexidade

Prefeitura Municipal de Palhoça - Assinatura de Karoline Hillesteim Nascimento – Direção geral da UPA

Folha de Rosto: Ciências da Saúde; Profa. Dra. Joselma Tavares Frutuoso (Pesquisadora responsável); Universidade Federal de Santa Catarina (Instituição proponente); Magda do Canto Zurba (Coordenadora do Mestrado em Saúde Mental)

Cronograma: Início da coleta de dados Outubro de 2018.

Orçamento: Recursos próprios.

Métodos de coleta de dados: Entrevistas e questionários.

TCLE: Adequado.

Recomendações:

-

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.037.237

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A documentação foi apresentada de forma adequada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1190196.pdf	01/11/2018 14:23:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/11/2018 14:22:29	carolina caldas de freitas	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	01/11/2018 14:22:14	carolina caldas de freitas	Aceito
Outros	instrumentos_de_coleta.pdf	08/08/2018 21:08:02	Joselma Tavares Frutuoso	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	08/08/2018 20:45:19	Joselma Tavares Frutuoso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracoes.pdf	08/08/2018 20:42:40	Joselma Tavares Frutuoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	08/08/2018 20:36:01	Joselma Tavares Frutuoso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 25 de Novembro de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br