

**UFRGS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE – PPGENSAU

MESTRADO PROFISSIONAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE INTERDISCIPLINAR NO SERVIÇO  
DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Márcia Elisa Prestes Schmitz

Porto Alegre, 2017

**UFRGS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE – PPGENSAU

MESTRADO PROFISSIONAL

**EDUCAÇÃO PERMANENTE INTERDISCIPLINAR NO SERVIÇO  
DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**

Márcia Elisa Prestes Schmitz

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi

Porto Alegre, 2017

## CIP - Catalogação na Publicação

Schmitz, Márcia Elisa

Educação permanente interdisciplinar no serviço de emergência em saúde mental / Márcia Elisa Schmitz. -- 2017.

73 f.

Orientador: Waldomiro Carlos Manfroi.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR- RS, 2017.

1. Educação Permanente. 2. Saúde Mental. 3. emergência. 4. interdisciplinaridade. 5. equipe de saúde. I. Manfroi, Waldomiro Carlos, orient. II. Título.



ATA PARA ASSINATURA Nº \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional  
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Marcia Elisa Prestes Schmitz, com ingresso em 24/04/2015  
Título: **Educação permanente interdisciplinar no serviço de emergência psiquiátrica**  
Orientador: Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi

Data: 02/06/2017  
Horário: 14:30  
Local: Auditório Mario Rigatto / FAMED UFRGS

<u>Banca Examinadora</u>	<u>Origem</u>
Carmen Lucia Mottin Duro	UFRGS
Elisabete Kasper	UFPEL
Carmen Lucia Bezerra Machado	UFRGS

Porto Alegre, 02 de junho de 2017.

<u>Membros</u>	<u>Assinatura</u>	<u>Conceito</u>	<u>Indicação de Voto de Louvor</u>
Carmen Lucia Mottin Duro		APROVADO	_____
Elisabete Kasper		APROVADO	_____
Carmen Lucia Bezerra Machado		APROVADO	_____

Conceito Geral da Banca: ( APROVADO )  
Indicação de Voto de Louvor: ( ) Sim ( X ) Não  
Correções solicitadas: ( X ) Sim ( ) Não

**Observação:** Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599  
Porto Alegre / RS -

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus filhos Yuri e Lara, fonte permanente de estímulo e realização, por meio do respeito e carinho, compreenderam os momentos de ausência.

Aos meus familiares (*in memoriam*): esposo Gildo e pais Sadi e Belmira.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, professor e amigo Waldomiro Carlos Manfroi, que acreditou em mim e que, com audácia, sabedoria e habilidade acadêmica, vem trilhando e contribuindo na construção do difícil caminho do novo na Prática Educativa. Tenho muito a agradecer pela disponibilidade, pelo auxílio e pela dedicação durante a elaboração do presente trabalho.

À Equipe interdisciplinar do Plantão de Emergência em Saúde Mental do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, município de Porto Alegre que possibilitou a realização deste estudo.

Aos professores do Mestrado Profissional Ensino na Saúde pela contribuição na elaboração desta proposta.

À minha turma de mestrado, que, por meio dos momentos de convivência, união, brincadeiras, ansiedades e aprendizagem, construíram o “acolhimento” da amizade.

À Walcy, pela disposição em ajudar, compartilhar, demonstrou competência, eficiência e sensibilidade.

À minha família, pela força e compreensão durante minha ausência.

Aos meus amigos, que incentivaram e participaram desta caminhada.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio da Faculdade de Medicina, que possibilitou a realização deste estudo.

A Deus, pela benção da vida e oportunidades infinitas.

## RESUMO

Entre as especialidades psiquiátricas, destacam-se as emergências que envolvem risco de vida ou risco social grave (comportamento violento, surto psicótico, risco de homicídio, tentativa de suicídio, etc.), que necessitam interferências imediatas. As urgências são situações que envolvem riscos menores, mas que necessitam intervenções em curto prazo (comportamento bizarro, agitação aguda, ideação suicida, crises de pânico, outros). O presente estudo foi realizado com objetivo de identificar necessidades de melhorias no atendimento e formar o Programa de Educação Permanente visando à atuação interdisciplinar da equipe. Esta pesquisa foi realizada no Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM) do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), localizado no Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSV), Rua Prof. Manoel Lobato, 151 – andar térreo. Para tanto, foi empregado Questionário e foram formuladas perguntas abertas como instrumentos de levantamento de dados e formação de Grupo Avaliativo, com a participação dos profissionais da equipe do PESM. Por meio da problematização das ações em saúde desenvolvidas no setor, procurou-se identificar as necessidades da especialidade em Saúde Mental e implementar atividades de Educação Permanente para o setor. Entre os resultados, destacam-se as seguintes necessidades: utilização da reunião sistemática do setor para planejamento de ações e proposições dos funcionários ao Núcleo de Educação Permanente; revisão periódica de rotinas; organizar espaços de atividade de Educação Permanente à carga horária do profissional, agregando competência e desse modo, participando do desenvolvimento de políticas públicas capazes de enfrentar as dificuldades da atualidade, a exemplo da epidemia de dependência química na população refletindo nos elevados índices de violência registrados.

Palavras-chave: Educação Permanente; Saúde Mental; emergência; interdisciplinaridade; equipe de saúde.

## ABSTRACT

Among the psychiatric specialties, there are emergencies that involve life-threatening or serious social risk (violent behavior, psychotic outbreak, homicide risk, suicide attempt, etc.) that require immediate interference. Urgencies are situations that involve minor risks but require short-term interventions (bizarre behavior, acute agitation, suicidal ideation, panic attacks, others). The present study was carried out with the objective of identifying needs for improvement in healthcare and to form the Permanent Education Program aiming the interdisciplinary work of the team. This research was carried out at the Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM) of the Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), located at the Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC), Street Prof. Manoel Lobato, 151 - ground floor. To this end, a questionnaire was used and questions were raised as the instruments for data collection and formation of the Evaluation Group, with the participation of professionals from the PESM team. Through the problematization of health actions developed in the sector, it was sought to identify the needs of the Mental Health specialty and implement activities of Permanent Education for the sector. Among the results, the following needs stand out: use of the systematic meeting of the sector for planning actions and propositions of the employees to the Nucleus of Permanent Education; periodic review of routines; to organize spaces of activity of Permanent Education to the workload of the professional, adding competence and in this way, participating in the development of public policies able to face the difficulties of the present, as the epidemic of chemical dependence in the population reflecting in the high rates of violence registered.

Keywords: Permanent Education; Mental Health; emergency; interdisciplinarity; healthcare team.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	12
1.2 OBJETIVOS.....	12
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1 PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LOUCURA.....	14
2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE – ESTRATÉGIA E GESTÃO.....	17
2.3 ESTRUTURAÇÃO DO PRONTO ATENDIMENTO CRUZEIRO DO SUL – PACS.....	22
2.4 PLANTÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL – PESM – RESUMO DE ATIVIDADES.....	23
2.5 HISTÓRIA DO PLANTÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL – PESM.....	25
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
3.1 DELINEAMENTO.....	27
3.2 PARTICIPANTES.....	27
3.3 INSTRUMENTO.....	27
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DE PESQUISA.....	29
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	29
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
4.1 PERFIL PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES.....	31
4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO QUESTIONÁRIO E PERGUNTAS ABERTAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL.....	32
4.3 ANÁLISE E SÍNTESE DA DISCUSSÃO DO GRUPO AVALIATIVO.....	52
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE A – TABELAS.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO A – EQUIPE.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....</b>	<b>67</b>

<b>ANEXO C – CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO F – CARTA DE CONCORDÂNCIA.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO G – CARTA DE CONCORDÂNCIA.....</b>	<b>72</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de pesquisa teve seu cenário de atuação no Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM) do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), localizado no Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSV), Rua Prof. Manoel Lobato, 151 – andar térreo, desde a inauguração em janeiro de 1999. Esse serviço tem como finalidade o atendimento de emergência e urgência em Saúde Mental, que atua 24 horas/dia.

A missão desse serviço consiste em atender emergências e urgências em saúde mental. São consideradas emergências situações que envolvem risco de vida ou risco social grave, necessitando interferências imediatas (comportamento violento, surto psicótico, risco de homicídio, tentativa de suicídio, etc.). As urgências são situações que envolvem riscos menores, precisando intervenções em curto prazo (comportamento bizarro, agitação aguda, ideação suicida, crises de pânico, outros). Situações ditas eletivas nas quais a rapidez da intervenção não é um critério essencial (distúrbios situacionais, ansiedade leve ou moderada, pressão para falar).

Para atender às necessidades do paciente, é preciso uma equipe de trabalho capacitada para tal. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 354 de 10 de março de 2014 no Anexo sobre “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência no Aspecto Recursos Humanos”, no item 4.1.2.1 destaca: “O Serviço de Urgência e Emergência de maior complexidade deve contar com profissionais especializados de acordo com o perfil de atenção, capacitados para atendimento para tal finalidade”, e no item 4.3:

O Serviço de Urgência e Emergência deve promover treinamento e educação permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas, a todos os profissionais participantes na atenção aos pacientes, mantendo disponíveis os registros de sua realização e da participação destes profissionais.

Visando atender a essa orientação, os processos de qualificação dos trabalhadores em saúde terão de estar ancorados na problematização do

cotidiano de trabalho, por meio de propostas de educação permanente que envolvam ações críticas de práticas assistenciais e de gestão (BRASIL 2014).

Também considerando o princípio norteador da Política Nacional de Humanização (MS/2004), que considera o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, agregando a transversalidade, grupalidade e afirmando o “compromisso com a democratização das relações de trabalho”, torna-se fundamental a inserção de qualificações na equipe de trabalho que atua em serviços de urgência.

Este projeto busca a melhoria no atendimento e, conseqüentemente, a formação de programa de educação permanente visando à atuação interdisciplinar da equipe. Por meio do diálogo transdisciplinar entre educadores, consultores, pesquisadores, profissionais de saúde com foco no cotidiano dos espaços de trabalho; busque alternativas de modelos que proporcionem a atenção integral, humanizada e de qualidade. Utilizando como referencial as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

A formação em saúde abrange o contraste dos paradigmas “Educação em Serviço” (ES) a “Educação Continuada” (EC) e a “Educação Permanente em Saúde” (EPS). Estes processos caracterizam-se pela continuidade das ações educativas, ainda que se embasem em princípios metodológicos diferentes.

A Educação em Serviço (ES) corresponde à formação no local de trabalho, possibilitando ao profissional relacionar o que lhe é transmitido a sua prática diária, onde a finalidade principal é o interesse institucional, contemplando a implantação de novo procedimento, inovação de sistema de informação, novo protocolo, entre outros.

Na década de 1970, a “Educação Continuada” (EC) passou a ser compreendida como atividades de ensino baseadas na metodologia tradicional que são atividades após a graduação de aprimoramento profissional na

instituição. O trabalho é visto como a aplicação do conhecimento teórico especializado.

O Congresso Mundial de Educação ocorrido em 1960 na cidade de Montreal no Canadá introduziu o termo “Educação Permanente em Saúde”. O Brasil adota este termo após a 6ª Conferência Nacional de Saúde em 1977. No ano de 2003, o Ministério da Saúde incorpora a EPS como política pública estruturante e como política fim, lançando caderno com orientações gerais sobre os rumos da organização do processo e dos equipamentos. Considera a aprendizagem no trabalho entrelaçado com o ensinar e aprender vinculado ao cotidiano das instituições, contemplando a busca de alternativas e soluções para as demandas de saúde, partindo das situações onde esta necessidade surge. É a retroalimentação entre formação e trabalho, aonde o conhecimento vai sendo construído *in lócus*, proporcionando aquisição e/ou complementação de novos conhecimentos.

Estudo desenvolvido por Ciconet (2008) refere que para avançar na gestão de pessoal profissional de formação especializada e capacitada para atuar no ambiente de emergência, é necessário que a Educação Permanente faça parte da rotina do serviço, considerando as atividades pertinentes à carga horária contratual do trabalhador. De acordo com a autora, “normativa nacional”, é possível projetar, em um período de nove meses (período compreendido entre os meses de março a novembro, já que os meses de dezembro, janeiro e fevereiro costumam ser priorizados para férias), haveria a necessidade de dispor, em média, 14 horas de trabalho ao mês, destinadas à educação em serviço, que representaria 12% da carga horária total durante esses nove meses (CICONET, 2008).

A Portaria 2048/GM de 05/11/2002 do MS preconiza a necessidade de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade e estabelecer nexos entre educação e trabalho como forma de resgatar o processo de educação permanente para o desenvolvimento dos serviços, gerando impacto em saúde a cada nível de atenção: Unidades Básicas; Pronto Atendimento; Serviço Móvel de Urgências e Emergências Hospitalares.

## 1.1. JUSTIFICATIVA

Considerando que o serviço Plantão de Emergência em Saúde Mental – PESM – PACS se consolidou como referência para emergências psíquicas na rede do SUS, e aliado ao trabalho desenvolvido nesse local, esse serviço tem a possibilidade de conhecer as reais necessidades de saúde mental da população e favorecer o reordenamento das ações para melhoria da atenção à gama de situações de sofrimento mental presentes na vida das pessoas.

Além disso, o fato de estar inserido em um serviço de emergência clínica geral, fora do hospital, possibilita o atendimento a emergências psicológicas, intercorrências orgânicas, sem excluir uma da outra, oferecendo um atendimento integral, evitando o preconceito sobre a doença mental. Por tratar-se de um serviço que oferece acolhida e intervenção resolutiva em saúde mental para os casos de maior complexidade, promove a inclusão social.

Assim, entende-se como imperiosa e necessária a avaliação contínua sobre a prática cotidiana, incluindo todos os envolvidos: a equipe de trabalho, os usuários e o controle social.

Nesse sentido, esse estudo busca a criação de um espaço institucional para promover processos de educação permanente entre os trabalhadores e a gestão desse serviço, colaborar com a reforma psiquiátrica em curso no país e trazer subsídios para a construção da Rede de Saúde Mental no município.

## 1.2. OBJETIVOS

### a) OBJETIVO GERAL

Oportunizar processos de reflexão crítica sobre ações de assistências e de cuidado, aprofundando conceitos como emergência e acolhimento em Saúde Mental para o aprimoramento dessa prática, a partir da promoção da educação permanente interdisciplinar.

## b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a atenção em saúde mental e sua interlocução com a rede de serviços;
- Avaliar e contextualizar questões culturais e sociais que envolvem o risco à saúde e a dimensão do adoecimento;
- Identificar necessidade de metodologias e suporte pedagógico para os profissionais em ambientes de Emergência Psiquiátrica;
- Introduzir a criação de espaços de discussão entre gestores e equipes de saúde da Emergência Psiquiátrica, promovendo o planejamento das ações em serviço e processos de educação permanente.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LOUCURA

A medicina psiquiátrica instituiu-se como incremento da atividade médica no século XVIII. Trabalhando com os limites do sofrimento psíquico, construiu versões de possibilidades, necessidades e julgamentos, elegendo o manicômio como local da loucura, justificando, cientificamente, a exclusão dos insanos do meio social (FOUCAULT, 1993).

Para Tenório, as expressões “reforma” e “psiquiatria” andam juntas desde 1793, ano do início da psiquiatria. Os reformadores da Revolução Francesa delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos juntos com outros marginalizados da sociedade. A loucura passa a ser vista como doença, diferente de interpretações anteriores que a consideravam como saber divino, comédia, variante do criminoso nato, bruxos, entre outros (TENÓRIO, 2001).

A partir de século XIX, surgem os asilos para o estudo da doença e a psiquiatria fica ambivalente entre punir ou tratar os portadores de sofrimento psíquico. O movimento antipsiquiátrico ocorrido no século XX desencadeia discussões sobre as condições desumanas de custódia e tratamento. Evidencia-se preocupação com a eficácia terapêutica (PAULON, 2003)

No final da década de 1970 a reforma psiquiátrica surge no Brasil, embasada na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas. Influenciada pelas experiências de desinstitucionalização europeias e pelas comunidades terapêuticas norte-americanas e argentinas (BEZERRA, 2007).

As transformações sociais, políticas e econômicas influenciaram o cenário brasileiro. Em 1987 uma plenária de trabalhadores em saúde mental de todo o país, contando com a participação dos usuários, desencadeou processo de mudança na atenção psiquiátrica. Nessa plenária instituiu-se o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta



Antimanicomial, “por uma sociedade sem manicômios”. Salientando o resgate da cidadania dos portadores de sofrimento psíquico por meio da conquista dos seus direitos (AMARANTE, 1996).

Inserido na Reforma Psiquiátrica, o processo de desospitalização teve seu auge com a aprovação da Lei Federal 10216/2001 de autoria do deputado Paulo Delgado em 06 de abril de 2001. Este projeto ficou doze anos em tramitação.

A referida Lei incide na superação do modelo hospitalocêntrico por novas abordagens que privilegiam a oferta de tratamento em serviço de base comunitária, na perspectiva dos direitos das pessoas com transtorno mental. Sinaliza para um conjunto de ações com vistas à atenção integral em saúde mental no país, com serviços territorializados, favorecendo a convivência familiar e comunitária da população com transtorno mental. A internação psiquiátrica, quando necessária, ocorrerá em hospital geral e o atendimento cotidiano, no território de moradia de pessoa, por meio de ações que favoreçam a reabilitação psicossocial mediante a inserção em espaços laborais, na cultura e no lazer (BRASIL, 2001).

Esse processo foi legitimado pela Constituição Federal de 1988, na qual as ações e os serviços de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada constituindo-se em um Sistema Único de Saúde de acesso universal.

O Estado do Rio Grande do Sul é considerado pioneiro na proposta de Reforma Psiquiátrica pela aprovação da Lei Estadual número 9716/1992 que regulamenta esse processo, servindo de inspiração para a legislação federal (PAULON, 2003).

Após as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1ª e 2ª, respectivamente em 1987 e 1992) ampliou-se o conceito de cidadania com a participação dos sujeitos em todos os aspectos da vida social, reforçando a necessidade da criação dos serviços substitutivos extra-hospitalares.

A Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde de Porto Alegre elaborou relatório no ano de 1993 apontando diretrizes para a organização e a criação dos serviços de saúde mental no município, incluindo as equipes de saúde das unidades básicas, equipes de saúde mental especializadas, centros de atenção integral à saúde mental (CAIS

MENTAL), oficinas terapêuticas e de geração de renda, residências terapêuticas, serviços de emergência em saúde mental (PESM) e abertura de leitos psiquiátricos em hospital geral, articulados em rede, visando atender aos diferentes níveis de atenção à saúde mental considerando seu grau de complexidade. Nesse mesmo ano ocorre o projeto São Pedro Cidadão, no qual há a “desconstrução” do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), visando à reabilitação dos pacientes deste hospital.

Estas possibilidades apontaram para alterações do modelo hospitalocêntrico, almejando pela desospitalização. Alcançar a desinstitucionalização das práticas tradicionais associadas à compreensão da doença mental é um processo difícil, pressupõe a desconstrução de saberes e práticas construídas historicamente sobre a loucura.

Desinstitucionalizar refere-se a colocar em questão a noção mesma da loucura, assim como das práticas e formas de relação que com ela estabelecemos, seja na condição de doentes, técnicos, familiares ou comunidade em geral. A problematização das diferentes implicações que os atores sociais, profissionais da saúde ou não, tem com a instituição da loucura é o que pode permitir avanço no processo de desinstitucionalização que, nesta medida, inscreve-se muito mais no plano dos processos de subjetivação do que das leis ou mesmo das medidas pedagógico-informativas. A destruição dos “manicômios mentais” (Pelbart, 1993) passa por estratégias múltiplas de desconstrução pessoal, grupal e institucional através de novas práticas reafirmadas com resultados de inserção, encontros, debates, capacitações e abertura para a construção coletiva da desinstitucionalização (PAULON, 2003, p.4).

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil data mais de 30 anos. Em 2005 ocorre a retomada da “Declaração de Caracas” sob a forma de um documento intitulado “Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas”, a Carta de Brasília, com objetivo de avaliar os resultados obtidos desde 1990. Nesse documento, os organizadores reconhecem os avanços produzidos nos últimos quinze anos na reestruturação da atenção psiquiátrica, constatam que existem experiências exitosas, desenvolvidas em vários países, mas observam dificuldades. Advertem para o aumento da vulnerabilidade psicossocial e das diferentes modalidades de violência.

A saúde mental compreendida como uma proposição de mudança paradigmática abrangendo plano assistencial, clínico, regional, social, cultural, jurídico, biológico, político.

As novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito, todos esses são temas cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista (BEZERRA, 2007).

Os trabalhadores da saúde mental exercendo a reflexão crítica aliada à prática do cuidado, semeando o exercício da transformação, possibilitando a construção de uma atitude epistemológica e ética frente à doença mental.

## 2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE – ESTRATÉGIA E GESTÃO

A formação das pessoas é uma das diretrizes básicas descritas na III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001:

Implantar, em todos os níveis, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo de Saúde Mental, na tentativa do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador de Saúde Mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que, todo usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada de saúde (SUS/CNS, 2002).

Para a construção estratégica desta concepção de trabalho é mencionado a necessidade de parcerias com instituições formadoras, por meio de contrato elaborado por comissão paritária (prefeituras municipais e instituições formadoras), regulamentando estágios curriculares e extracurriculares, prevendo a realização de projetos de pesquisa e extensão, especialização e residência, para todos os profissionais de áreas afins, consoante com a Reforma Psiquiátrica (SUS/CNS, 2002)

A Educação em Saúde surge no cenário brasileiro em 2003, como proposta de construção do trabalho com objetivo de produzir projetos de

vida e a aceitação ativa da influência das pessoas e da população nas decisões sobre as políticas do cuidado. Envolvendo os diferentes trabalhadores e seus diversos níveis profissionais nesse processo (CECCIM, 2005).

Trabalhadores da saúde que exercem um trabalho “*científico-tecnológico*” e “*interacionista-simbólico*”. Esse trabalho considerado *abstrato e imaterial*, o que concerne à qualidade, *complexo e cooperativo*, no aspecto quantidade, é *continuamente científico e intelectual*, considerando à forma, definição de Hardt e Negri (1994, p.279) sobre as formas do trabalho em explicitação do trabalho imaterial. (CECCIM, 2010, p. 131).

Este trabalho cuidador demanda uma ação profissional comprometida com as repercussões na vida dos indivíduos, recompondo competências, relações e implicações (AYRES, 2009). Abrange análise do aspecto que o cuidado é inerente a todas as profissões servindo como viés rumo à integralidade, incluindo a participação ativa do usuário. Esse cuidado pertencente ao campo da subjetividade (AYRES, 2001), ensina que existem diferentes modos de cuidar que não podem ser limitados a certo conhecimento científico (DUARTE, 2008). Impõe uma sabedoria expressa em “encontros sábios” entre sujeitos, propiciando, a partir do diálogo, as escolhas sobre “o que saber e o que fazer em cada situação de cuidado” (AYRES, 2009, p. 20). Afirmando o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (DITZ, 2010, p. 179).

A produção do cuidado (MERHY, 2002) e a afirmação da vida (CECCIM, 1997), trazem consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde envolvidos com a construção das respostas possíveis às dores, angústias e sofrimento das pessoas. Através do conhecimento adquirido na construção coletiva, planejar fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede cuidadora (sistema de referência e contra-referência como um tramado de cuidado e não uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistências). (CECCIM, FERLA, 2006, p. 165)

Para enfrentar a necessidade de produzir respostas aos problemas dos sujeitos oriundos dos “depósitos manicomiais”, adota-se a problematização e o redimensionamento das concepções e das práticas do

trabalho terapêutico e do próprio sentido do processo terapêutico (OLIVEIRA, 2008, p. 284).

A proposta é superar as concepções abstratas de saúde e projetá-la como “produção de vida” (ROTELLI, 1990, p.93).

A ideia é do fazer com o outro, ao lado do outro como proposta de formação.

Pensar a formação neste âmbito é ter que criar estratégias que possam colocar, coletivamente, em cena os territórios existenciais, o cotidiano no trabalho, as diferentes relações que estabelecem e as novas informações. (BARROS, 2002, p. 73)

Por meio da complexidade dos processos produzidos no dia a dia das práticas em saúde, identificamos o modo como operam os processos formativos.

Na busca por um maior cuidado em saúde, observamos a necessidade de um reordenamento entre tecnologias leves e duras na produção de saúde (MERHY, 2013). Por meio do trabalho em ato, colocando a forma de agir entre sujeitos, trabalhadores e usuários, implicados com a produção do cuidado, constituindo as tecnologias leves e dependentes do trabalho vivo. Inseridos nesse contexto, as tecnologias duras dos instrumentos já estruturados e denominados trabalho morto. Esta correlação estabelecendo um núcleo de composição técnica do trabalho.

A proposta de formação é do/no trabalho em saúde fortalecendo o coletivo e construindo equipes.

Diz a Norma Operacional Básica nº 01/93 sobre Sistema Único de Saúde (SUS):

A expressão “único” de que falam a Constituição e a Lei nº 8080 deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade, e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social. (BRASIL/Ministério da Saúde, 1993)

A integralidade considerada como marco de inovações na gestão do cotidiano da saúde. Balizadora da política, implicando nos movimentos dos profissionais envolvidos: a) superação de obstáculos; e b) busca de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações desses com a sociedade. (FERLA, 2002)

A formação dos trabalhadores em saúde deverá ser desenvolvida com suporte dos conhecimentos adquiridos pelas ciências biomédicas, epidemiologia, ciências humanas e políticas, participar da construção de conceitos e estratégias assistências potentes, capazes de enfrentar as necessidades de saúde das pessoas, denominadas como tecnologias de gestão.

Com o advento da informatização, houve alteração de muitos processos de trabalho, inclusive na área da saúde. O documento de orientação da UNESCO, Relatório de Jacques Delors, aponta as “sociedades da informação” como fenômenos promissores do final do século XX. Cabe aos sistemas educativos responder aos desafios que se impõem com as transformações na tecnologia por meio de um “enriquecimento contínuo dos saberes e o exercício de uma cidadania adaptada às exigências do nosso tempo” (UNESCO, 1999, p. 68).

Segundo a UNESCO, aprender por toda vida:

[...] é a chave que abre as portas do século XXI e, além de uma adaptação necessária às exigências do mundo do trabalho, é condição para o domínio mais perfeito dos ritmos e dos tempos da pessoa humana (UNESCO, 1999, p. 103/104).

Segundo Dejours (1988), o trabalho regido por imposições arbitrárias e por regulamentos restritos, embota a inteligência, dilapida a saúde. Os aspectos negativos e positivos não se esgotam ao final da jornada de trabalho, eles se estendem à totalidade da vida social. O espaço de aprendizagem é aqui – em qualquer lugar, o tempo de aprender é sempre.

Para contemplar à implantação de espaços e processos de educação permanente, muitos são os trabalhos publicados por pensadores que tratam do tema, os quais propõem caminhos, visando à concretização

de propostas que visam ao desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe. “Formar cidadãos capazes de enfrentar os problemas de seu tempo” (MORIN, 2002).

Considerando a dimensão e complexidade do tema doença mental, observamos que a intervenção da equipe interdisciplinar, como instrumento privilegiado de trabalho, possibilita que os saberes se ponham à prova, se limitem, se critiquem e se ampliem, produzindo novos conhecimentos e novas práticas de intervenção em crise, conferindo novo significado aos saberes já estabelecidos e proporcionando uma nova produção de sentidos (GUIMARÃES, 2005, p.54).

Os processos de educação permanente tiveram então suporte de pensadores que se preocupavam com as perspectivas educacionais do futuro e que se alicerçavam nos quatro pilares da educação definidos por J. Delors e incorporados no Relatório E. Faure: Aprender a Conhecer; Aprender a Fazer; Aprender a Viver Juntos e Aprender a Ser. Mesclados com os sete saberes fundamentais de Edgar Morin: 1. As Cegueiras do Conhecimento: o erro e a ilusão; 2. Princípio do Conhecimento Pertinente; 3. Ensinar a Condição Humana; 4. Ensinar a Identidade Terreno; 5. Enfrentar as Incertezas; 6. Ensinar a Compreensão; 7. A Ética do Gênero Humano. Esses fornecem o alicerce para construção de uma nova educação.

O apoio estratégico e suporte à implementação das propostas de educação permanente são encontrados em diversos referenciais, tais como as “valises de ferramentas” mencionadas por Merhy. Ampliando para “baús” de ferramentas, incluiremos “suportes pedagógicos” como a proposta de educação libertadora de Paulo Freire, a visão de Michael Foucault sobre a “loucura como produzida” frente a uma ameaça à ordem instituída, Franco Basaglia com a psiquiatria feita “no território” e a ciência somada à técnica como instrumentos de libertação, Lapassade com a intervenção permeada pelo caráter político, Bleger e os grupos, Guilhom e a análise, o Planejamento Estratégico e Situacional de Carlos Matos (PES) e tantos outros aportes. Consoante com a Política Nacional de Educação e

Desenvolvimento para o SUS por meio da educação permanente em saúde, buscar uma “nova pedagogia”, educar “no” e “para o” trabalho.

### 2.3 ESTRUTURAÇÃO DO PRONTO ATENDIMENTO CRUZEIRO DO SUL – PACS

O Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul iniciou suas atividades em 1978 como Posto de Atendimento Médico 3 (PAM 3) do extinto INAMPS, contando com modesto serviço de emergência. Inicialmente conhecido como HPS/SUL, surgiu da necessidade de reduzir a demanda concentrada no HPS, ampliando os atendimentos de emergência em áreas estratégicas da cidade: zona norte no Hospital Cristo Redentor e zona sul no PAM-3, aproveitando as instalações existentes.

Em 14/09/1988 a comunidade invade as instalações do PAM-3 com objetivo de protestar contra o fechamento da emergência pediátrica e reivindicar melhorias e ampliação dos serviços oferecidos. Inicialmente contava com pediatria, clínica geral, remoções e enfermagem funcionando em regime 24 horas.

A partir de 1989 passa a se chamar HPS-SUL, por meio dos investimentos em área física, equipamentos e funcionários passam a ter novos serviços como centro de pequenas cirurgias, centro de materiais e esterilização, curativos, odontologia, serviço social, nutrição, radiologia e traumatologia.

Entre o período de 1994 e 1995 passa a se chamar Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – UPACS. Para organizar a demanda crescente no atendimento clínico e pediátrico inicia-se a triagem de enfermagem (protocolo de serviço).

A Assessoria Institucional inicia no PACS no ano de 1993 com assessoria da Secretaria Municipal de Saúde – POA por meio da Coordenadoria-Geral de Administração e Desenvolvimento dos Trabalhadores em Saúde (CGADTS), sob acompanhamento dos consultores Luiz Carlos Cecílio e Emerson Merhy, ambos do Laboratório de Planejamento da Unicamp, contratados por meio das demandas do CGADTS. Neste período é proposto o Núcleo de Educação Continuada.



Com a municipalização dos serviços de saúde, em 1999, a Central de Psiquiatria de POA passou a funcionar nas dependências do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes – CSVC. Em setembro de 2000 é criado o Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM), passando para a estrutura gerencial do PACS.

No mês 07/2007, o CREMERS determina a interdição do exercício da medicina no PACS pela deficiência na estrutura física e superlotação dos serviços, especialmente no PESH. Ocorre novo ato de ocupação reivindicando a manutenção das atividades. Como consequência é criado o Pronto Atendimento em Saúde Mental no Centro de Saúde do IAPI, sendo os profissionais gerenciados por meio de convênio firmado com o Hospital Mãe de Deus, adotando o PESH como referência de funcionamento no atendimento à população na especialidade de emergência em saúde mental.

A reestruturação da rede de urgência se deu por meio das portarias de 2003 e 2011. (BRASIL, 2003; 2011).

Entre 2007 e 2008 a Classificação de Risco do Ministério da Saúde é implantada. Inicia-se o projeto de reforma da área física do serviço.

No ano de 2013 ocorre implantação do Protocolo de Manchester na Classificação de Risco. Como consequência do movimento de reivindicação por melhorias na qualidade do atendimento prestado no PACS, é formado Grupo de Trabalho (GT) para Análise Situacional. Esse grupo é encaminhado por meio de reunião plenária extraordinária do Conselho Distrital de Saúde da Região Glória/Cruzeiro/Cristal ocorrida no dia 30 de abril de 2013.

Nesse período intensifica-se a realidade social do uso abusivo de drogas e sua comercialização, afetando o cotidiano do PACS, com episódios de violência a dependentes atendidos no local e ocasionando vulnerabilidade à equipe de profissionais no período compreendido de 2014/2015.

#### 2.4 PLANTÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL – PESH – RESUMO DE ATIVIDADES

O Plantão de Emergência em Saúde Mental funciona em regime de plantão de 12 horas, podendo ser fracionados em 8 ou 6 horas, de acordo com a organização do serviço de cada categoria profissional.

A equipe é composta por 21 psiquiatras, 5 enfermeiros, 5 psicólogos, 28 técnicos de enfermagem, 3 assistente sociais, 1 auxiliar administrativo, 2 vigilantes por turno e 1 recepcionista por turno. (ANEXO A).

A avaliação do paciente é realizada por meio de abertura do Boletim de Atendimento (BA) na recepção, após realização da Classificação de Risco, é processado Abertura do Prontuário. Nesse momento o paciente será acolhido e priorizado conforme gravidade, sempre de acordo com a Classificação de Risco.

As situações especiais como lesões físicas, alteração de consciência (sedação); quadro clínico concomitante ao quadro psiquiátrico, intoxicados por uso de drogas e/ou bebida alcoólica deverão ser encaminhados para Clínica Médica, posteriormente serão atendidos no PESM.

O fluxograma de avaliação se processa por meio de critérios de Internação Psiquiátrica e/ou permanência na Sala de Observação (SO). Os pacientes que não preenchem os critérios são encaminhados para sua unidade básica ou outro serviço com documento de Referência (Contra-Referência). Já os pacientes que preenchem os critérios de Permanência de Curta Duração (PCD) são destinados aos que necessitam de observação e/ou ajuste medicamentoso, por um período de até 72 horas. Esse período de permanência é avaliado e estipulado pela equipe. Para os pacientes que preenchem critérios de Internação Psiquiátrica, é emitido laudo, agendamento na Central de Leitos e remoção para hospital destinado. Ocorrendo indicação de internação e não havendo vaga disponível para Internação e/ou remoção imediata o paciente permanecerá na Sala de Observação (SO). O paciente poderá ter seu plano terapêutico alterado a qualquer momento, mediante avaliação da Equipe técnica. Os Critérios de Internação Psiquiátrica segue resolução CREMERS 15/2009 (ANEXO C).

A descrição detalhada deste serviço especializado consta nas Normas e Rotinas elaboradas pela Equipe do PESM, maio de 2013.

## 2.5 HISTÓRIA DO PLANTÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL – PESM

No ano de 2002, foi realizado diagnóstico situacional e levantamento de necessidades por meio da Assessoria Institucional do PACS para verificar e acompanhar a estruturação do Plantão de Emergência em Saúde Mental – PESM. O questionário utilizado abordou os mesmos itens da atual proposta agregado a entrevista individual com funcionários.

Verificaram-se, nessa fase inicial, dificuldades como a localização do setor. A área física ficava no 3º andar, distante do restante da emergência clínica, sendo o acesso somente por rampa, expondo pacientes e funcionários a riscos em situações de emergência com risco de morte. A ausência de aparelhos de ar-condicionado e a vulnerabilidade a situações de agressão foram alguns dos apontamentos feitos na época. Atualmente a área física está localizada ao lado da emergência clínica, no andar térreo. Temos aparelho de ar-condicionado, no entanto alguns com necessidade de manutenção.

A equipe buscava estruturar suas rotinas de trabalho, integrar-se para construir o atendimento interdisciplinar. Os psiquiatras eram insuficientes para atender à demanda da população. Nesse quesito de falta de pessoal incluem-se psicólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Por causa do desconhecimento desta especialidade da Emergência em Saúde Mental, a direção do Pronto Atendimento questionava condutas e procedimentos técnicos.

Os Assistentes Sociais e Psicólogos identificaram necessidade de aprendizagem sobre trabalho multiprofissional, políticas públicas de Saúde Mental, tarefas do setor e fluxos de trabalho. Técnicos de enfermagem solicitavam mais informações e assessoria técnica na especialidade, buscando o melhor atendimento ao paciente doente mental. Assistentes Administrativos e Seguranças pautavam qual a forma adequada para

atendimento na recepção, como as situações de agitação de paciente, contensão e superlotação.

A rede de atendimento ambulatorial em Saúde Mental necessitava de acompanhamento e assessoria com educação permanente aos profissionais que atuavam em emergência. Além de ser insuficiente para a demanda excessiva.

Foi observada a importância de manter canais ativos de comunicação com os atores envolvidos. Incluído nisso gestão, consoante com a Política de Saúde Mental.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 DELINEAMENTO

O estudo é avaliativo e de abordagem qualitativa. Considerando ser ambiente de emergência, essa abordagem é mais adequada para iniciar processos de avaliação apoiados na hipótese de integração/interação como balizadores para a qualificação. A abordagem qualitativa atua num universo de significados, motivos, crenças, valores, atitudes e possibilita a compreensão das estruturas e instituições como resultadas da ação humana objetivada. A pesquisa avaliativa é considerada atividade metodológica que produz e compara dados de desempenho com um conjunto de objetivos, justifica e valida instrumentos e metas, atribuindo valores aos programas que visam a alcançá-los. A pesquisa compreendida como princípio educativo, fundamentada na investigação como prática de criação, inserida no processo de formação, recuperando o poder de transformação das pessoas e dos processos de trabalho. (PINHEIRO, 2008, p. 111).

#### 3.2 PARTICIPANTES

Trabalhadores do PESHM que preencheram o instrumento de avaliação: Questionário e perguntas abertas. Foram trinta Questionários respondidos: 14 psiquiatras, 3 enfermeiros; 1 psicólogo; 4 técnicos de enfermagem; 2 administrativos; 2 assistentes sociais e 4 vigilantes. Já o Grupo Avaliativo contou com um representante de cada categoria, escolhido pelo critério de adesão, nos quatro encontros propostos ocorridos em intervalos de 15 dias.

#### 3.3 INSTRUMENTO

A coleta de dados se processou por meio de Questionário de levantamento de dados previamente validado pela equipe de trabalhadores do setor e a produção do Grupo de Trabalho Avaliativo composto pelos

diferentes segmentos profissionais. Kaës (1991) propõe criar dispositivos de trabalho que possibilitem reestabelecer um espaço subjetivo conjunto, uma área transicional comum e operatória.

### **Questionário e perguntas abertas:**

- 1) Categoria profissional:  Assistente social  
 Auxiliar administrativo  
 Enfermeiro  
 Médico psiquiatra ou clínico  
 Psicólogo  
 Segurança  
 Técnico de enfermagem
- 2) As rotinas são compatíveis com a realidade das tarefas?
- 3) Quais as principais dificuldades encontradas no seu segmento funcional? Caso existam, colocar propostas de solução.
- 4) O trabalho ocorre de forma compartilhada com toda equipe? Descrever detalhadamente pontos positivos e as dificuldades. Propor melhorias no atendimento interdisciplinar.
- 5) O que consideras como problema no Plantão de Saúde Mental?
- 6) Quais setores do PACS são imprescindíveis para o bom funcionamento do Plantão de Saúde Mental? (Incluir todos: transporte; farmácia; laboratório; nutrição; traumatologia; emergência clínica; emergência pediátrica; central de leitos; limpeza; rouparia; pequenas cirurgias, outros).
- 7) Avaliar a situação da rede de atendimento em Saúde Mental em Porto Alegre.
- 8) Quais são os aspectos positivos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?
- 9) Quais são os aspectos negativos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?

10) Avaliar o acolhimento realizado no atendimento ao paciente doente mental e seus familiares.

### 3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DE PESQUISA

Os profissionais do PESH foram convidados a participar desta pesquisa no período de dezembro/2016 até janeiro/2017. A presente pesquisa foi submetida e aprovada por: Comissão de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação de Ensino da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS –; Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e Plataforma Brasil.

Foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em que concordaram em participar voluntariamente do estudo proposto por meio de questionário e Grupo Avaliativo. Carta de Concordância de Realização da Pesquisa no local de trabalho e demais instituições públicas envolvidas.

Foram fornecidos esclarecimentos e orientações aos participantes sobre o estudo proposto, incluindo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – em duas vias e Termo de Anuência do Local da Pesquisa e Instituições Envolvidas (Faculdade de Medicina da UFRGS e Prefeitura Municipal de Porto Alegre).

Os dados coletados subsidiarão Programas de Educação Permanente para o setor. Tais dados são sigilosos e de acesso restrito, mantidos em banco de dados por período de cinco anos. Foi garantida aos participantes da pesquisa a desistência de participação, caso julgarem necessário, em qualquer etapa e sem prévia justificativa.

Essa pesquisa considerou aspectos éticos mencionados na legislação brasileira, acatando Resolução nº 466 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012).

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Foi considerada análise temática, tendo como técnica a análise de conteúdos.

Adotando a compreensão de que a abordagem quantitativa e a qualitativa, por serem ambas de natureza diferenciada, são complementares na compreensão da realidade social. (MINAYO, SANCHES, 1993, p. 247)

A intervenção ou avaliação social compreendida no seu nível de especificidade quanto às mudanças a que se propõe, considerando os contextos ampliados de organização do sistema social, cultural e valores de determinado momento histórico, ampliando o espectro de contribuições técnico-metodológicas, de maneira a perceber movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macro realidades.



## 4. RESULTADOS

Para análise do Questionário e perguntas abertas, foram discutidos aqueles pontos que foram destacados pela categoria analisada. A frequência percentual e numérica das respostas emitidas pelos participantes do estudo por meio do questionário encontra-se em tabelas divididas por categoria. A análise foi embasada em portarias que normatizam serviços semelhantes, visto que não há normativas específicas para Pronto Atendimento em Saúde Mental. Foi utilizada como referência a portaria nº 224/1992, que dispõe sobre o “serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral”, estabelecendo o funcionamento das urgências psiquiátricas durante as 24 horas do dia, contando com leitos de internação para até 72 horas e equipe multiprofissional. Além dessa portaria, levou-se em consideração a de nº 1601/2011, que fixa diretrizes para unidades de pronto atendimento (não específica para Saúde Mental) e a de nº 148/2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

No caso específico do público infanto-juvenil, adotamos a portaria nº148/2012, no seu artigo 6º, parágrafo único, preconiza o atendimento especializado a crianças e adolescentes, além das legislações próprias desse seguimento.

Os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas destinados ao atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral. (BRASIL, 2012)

### 4.1 PERFIL PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

O estudo foi realizado envolvendo sete categorias profissionais: Assistente Administrativo; Assistente Social; Enfermeiro; Psicólogo; Psiquiatra; Técnico de Enfermagem e Segurança. O período de aplicação

do Questionário considerou o total de 68 profissionais desenvolvendo suas atividades no setor, sendo 3 Assistentes Administrativos, 3 Assistentes Sociais, 2 Psicólogos, 6 Enfermeiros, 22 Técnicos de Enfermagem, 24 Psiquiatras e 8 Vigilantes. Destes 68 trabalhadores, 30 responderam ao Questionário. Podemos constatar que o percentual dos funcionários que responderam é de 44,11%, ou aproximadamente 44%, e o percentual dos funcionários que não responderam é de 55,88%, ou de aproximadamente 56%.

Considerando o universo de 30 questionários respondidos pelas categorias profissionais, obtivemos a participação percentual de 6,66% de Assistentes Administrativos, 6,66% de Assistentes Sociais, 3,33% de Psicólogos, 10% de Enfermeiros, 13,33% de Técnicos de Enfermagem, 46,66 de Psiquiatras e 13,33 de Segurança (APÊNDICE A). Quando analisamos o percentual dos profissionais que responderam o Questionário pelo total de profissionais do setor, verificamos que 66,66% dos Assistentes Administrativos participaram do estudo, 66,66% dos Assistentes Sociais, 50% dos Enfermeiros, 50% dos Psicólogos, 58,33% dos Psiquiatras, 18,18% dos Técnicos de Enfermagem e 50% dos Seguranças (APÊNDICE A).

#### 4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO QUESTIONÁRIO E PERGUNTAS ABERTAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL

##### →Assistente Administrativo

Os profissionais deste segmento funcional consideravam suas rotinas compatíveis com as atividades desempenhadas no setor.

Destacam como dificuldades na sua área e no PESM a *“imprevisibilidade no tempo de atendimento aos pacientes”* (abrangendo o período da sala de espera) e pacientes serem chamados pela ordem de chegada, e não pela cor da pulseira conforme a classificação de risco. A classificação de risco é uma forma de organizar o fluxo de atendimento e “propiciar a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, por meio da escuta qualificada das queixas do usuário e reconhecendo o

mesmo com participante do processo de produção da saúde” (BRASIL, 2009).

Avaliaram que o trabalho é realizado de forma compartilhada. Mencionaram como aspecto positivo o conhecimento sobre a atividade realizada. Apontaram necessidade de melhoria no relacionamento entre os profissionais e ampliação da discussão sobre rotinas em emergência com as categorias.

Todos os setores do PACS são considerados importantes para o funcionamento do PESH, sendo unânime essa avaliação por todas as categorias.

A rede de atendimento em Saúde Mental é vista por eles como insuficiente e apontaram necessidade de ampliação dos locais e descentralização desses. Necessidade apresentada no Relatório Final Sobre a "Rede de Saúde Mental de Porto Alegre" (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Trouxeram como aspecto positivo no atendimento aos familiares e pacientes o acolhimento adequado e como ponto negativo a demora.

A ênfase em “demora no atendimento” traduz a principal dificuldade destes profissionais em manejar pacientes e familiares na sala de recepção. Está implicado nessa colocação o “trabalho cuidador”, no qual a ação profissional é inerente a todas as profissões, servindo de viés para a integralidade. (AYRES, 2001)

O “cuidado” compreendido como ação, que é produzido como experiência de um modo de vida específico, implicado por nuances sociais, históricas, culturais, políticas, “que se traduzem em ‘práticas’ de ‘espaço’ e na ‘ação’ de ‘cidadãos’ sobre os outros em uma dada sociedade” (PINHEIRO, 2008, p. 111).

Tabela 1 – Assistente administrativo

PERGUNTA	RESPOSTA	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RESPOSTAS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS QUE FORNECERAM TAL RESPOSTA
2: As rotinas são compatíveis com a	Sim	100%	2

realidade das tarefas?			
3: Quais as principais dificuldades encontradas no seu segmento funcional? Caso existam, colocar propostas de solução.	Imprevisibilidade no tempo de atendimento aos pacientes	100%	2
4: O trabalho ocorre de forma compartilhada com toda equipe? Descrever detalhadamente pontos positivos e as dificuldades. Propor melhorias no atendimento interdisciplinar.	Sim; ponto positivo: mais conhecimento; dificuldade: comunicação.	100%	2
5: O que consideras como problema no Plantão de Saúde Mental?	A imprevisibilidade do atendimento (tempo de espera e duração) e a classificação de risco (cor da pulseira não compatível com o quadro de urgência)	100%	2
6: Quais setores do PACS são imprescindíveis para o bom funcionamento do Plantão de Saúde Mental? (Incluir todos: transporte; farmácia; laboratório; nutrição; traumatologia; emergência clínica; emergência pediátrica; central de leitos; limpeza; rouparia; pequenas cirurgias, outros).	Todos	100%	2
7: Avaliar a situação da rede de atendimento em Saúde Mental em Porto Alegre.	Necessidade de aumentar o nº de locais de atendimento	100%	2
8: Quais são os aspectos positivos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Acolhimento adequado	100%	2
9: Quais são os aspectos negativos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Demora no atendimento	100%	2
10: Avaliar o acolhimento realizado no atendimento ao paciente doente mental e seus familiares.	Satisfatório, desde a emissão do prontuário até a alta ou a remoção	100%	2

### →Assistente Social

As rotinas foram consideradas compatíveis com as atividades que exercem. Mencionaram a dificuldade que as outras categorias têm sobre o processo de trabalho e atribuições do trabalho do Assistente Social. Trazem esse ponto como dificuldade para o trabalho. Foram propostas a

qualificação de comunicação e a inter-relação com a equipe, favorecendo o enriquecimento dos dados e informações sobre o paciente.

O trabalho desempenhado por estes profissionais é realizado de forma a atuar nas diversas expressões do tema social, ampliando e afirmando a cidadania das pessoas, contribuindo para um atendimento humanizado. Partindo da análise do coletivo, buscando compreender a necessidade dos envolvidos: paciente e familiares. Colaborando com a equipe nas discussões, avaliações e proposta terapêutica aos doentes do setor. Consoante com as políticas públicas, em particular a do SUS.

Classificaram o trabalho como realizado de forma isolada, mais multidisciplinar, e não interdisciplinar.

[...] a interdisciplinaridade representa uma tentativa de interpretação global da existência humana; apresenta-se como remédio para a fragmentação das disciplinas deixadas pelas especialidades, porém com uma atitude que impede o estabelecimento da supremacia de certa ciência em detrimento de outras. No dia a dia, ela se manifesta na integração e reciprocidade dos conhecimentos das diversas áreas e no esforço em reconstruir a unidade do paciente que nos apresenta fragilizado no seu corpo, nas suas relações pessoais e sociais, na sua emoção [...] (ROCHA; GIMENEZ, 2008).

Novamente a Superlotação da sala de observação (SO) e demora no atendimento, incluindo a internação hospitalar, apareceram entre os principais problemas do PESH. Incluindo a comunicação com a equipe e ausência de Educação Permanente. Como proposta indicaram oficinas com pacientes e necessidade de discussão das atividades e atribuições dos profissionais.

São citados todos os setores do PACS como importantes para o PESH.

Avaliaram o acolhimento no atendimento como necessitando de melhorias, citaram a demora como prejudicial, salientando demora na remoção dos pacientes, com os familiares aguardando exaustivamente este transporte.

Tabela 2 – Assistente social

PERGUNTA	RESPOSTA	PERCENTUAL EM RELAÇÃO	QUANTIDADE DE
----------	----------	-----------------------	---------------

		AO TOTAL DE RESPOSTAS	PROFISSIONAIS QUE FORNECERAM TAL RESPOSTA
2: As rotinas são compatíveis com a realidade das tarefas?	Sim	100%	2
3: Quais as principais dificuldades encontradas no seu segmento funcional? Caso existam, colocar propostas de solução.	Tarefas incompatíveis com o cargo quando solicitado pela equipe; não há clareza por parte das outras categorias sobre atribuições do S. Social	100%	2
4: O trabalho ocorre de forma compartilhada com toda equipe? Descrever detalhadamente pontos positivos e as dificuldades. Propor melhorias no atendimento interdisciplinar.	Sim, se avaliado com o S. Social; não com o restante da equipe, cada categoria atende o paciente isoladamente	100%	2
5: O que consideras como problema no Plantão de Saúde Mental?	Superlotação da SO; demora na internação por espera de leito; demora na remoção; demora no atendimento; dificuldade de comunicação; ausência de Ed. Permanente p/ profissionais	100%	2
6: Quais setores do PACS são imprescindíveis para o bom funcionamento do Plantão de Saúde Mental? (Incluir todos: transporte; farmácia; laboratório; nutrição; traumatologia; emergência clínica; emergência pediátrica; central de leitos; limpeza; rouparia; pequenas cirurgias, outros).	Todos	100%	2
7: Avaliar a situação da rede de atendimento em Saúde Mental em Porto Alegre.	Sem informações para avaliar	100%	2
8: Quais são os aspectos positivos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Atendimento realizado	100%	2
9: Quais são os aspectos negativos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Superlotação da SO; demora na internação por espera de leito; demora na remoção; demora no atendimento;	100%	2

	dificuldade de comunicação; ausência de Ed. Permanente p/ profissionais		
10: Avaliar o acolhimento realizado no atendimento ao paciente doente mental e seus familiares.	Pode melhorar (demora e o tempo que a família espera)	100%	2

### →Enfermeiro

Trouxeram as rotinas como compatíveis com as tarefas realizadas, todavia necessitando de algumas atualizações. Apresentaram como dificuldade da categoria necessidade de atualização de protocolos, normas e rotinas. As condições físicas são citadas como inadequadas. Avaliaram o processo de trabalho como “segmentado”, identificando dificuldade de integração com a equipe.

Esses dados encontram amparo em trabalhos tais como: “Relatório final sobre a “rede de saúde mental de Porto Alegre”” (2015). A situação de emergência requer equipes de trabalho coesas, com senso de cobertura e noção de complementaridade. Surge como a interdisciplinaridade promotora do diálogo e troca de conhecimento de análise de métodos entre os profissionais. (ALVES, RAMOS, PENNA, 2005, p. 324).

Na interdisciplinaridade encontramos reciprocidade, desenvolvimento mútuo e as relações de poder ficam mais horizontais. Frente às situações que se apresentam, é necessária a busca de soluções por meio da troca de saberes, não como adição ou mistura, porém como recombinação capaz de provocar mútua aprendizagem.

Esta categoria trouxe como principais problemas do PESHM a superlotação do setor, a deficiência de recursos humanos, a falta de Educação Permanente, a pouca agilidade na remoção de pacientes, as condições físicas inadequadas e necessidade de qualificação para profissionais em Saúde Mental.

Novamente aparece a importância de todos os setores do PACS. A rede de atendimento em Saúde Mental é avaliada como deficiente. Pacientes, crianças, adolescentes, adultos e dependentes químicos retornam à emergência em situação de reagudização da doença.

Apontaram necessidades de políticas públicas sobre Saúde Mental. Reconheceram a dedicação dos profissionais, apesar da precariedade das condições de trabalho. Observaram a necessidade do acolhimento mais humanizado.

Tabela 3 – Enfermeiro

PERGUNTA	RESPOSTA	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RESPOSTAS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS QUE FORNECERAM TAL RESPOSTA
2: As rotinas são compatíveis com a realidade das tarefas?	Sim; na maioria necessitam atualizações; não	33,3% – Sim 33,3% – Parcial 33,3% - Não	1 1 1
3: Quais as principais dificuldades encontradas no seu segmento funcional? Caso existam, colocar propostas de solução.	Dificuldade de comunicação; atualização de protocolos/rotinas/normas; condições físicas/equipamentos inadequados	33,3% – Condições físicas/ equip. inadequados 66,6 - Todos	1 2
4: O trabalho ocorre de forma compartilhada com toda equipe? Descrever detalhadamente pontos positivos e as dificuldades. Propor melhorias no atendimento interdisciplinar.	Não, trabalho segmentado; dificuldade de integração c/ equipe	100%	3
5: O que consideras como problema no Plantão de Saúde Mental?	Superlotação; falta de RH; falta de Ed. Permanente; falta de agilidade nas remoções; atendimento em condições inadequadas; falta de conhecimentos sobre o trab. em psiquiatria	66,6% – Todos 33,3% - Parcial	2 1
6: Quais setores do PACS são imprescindíveis para o bom funcionamento do Plantão de Saúde Mental? (Incluir todos: transporte; farmácia; laboratório; nutrição; traumatologia; emergência clínica; emergência pediátrica; central de leitos; limpeza; rouparia; pequenas cirurgias, outros).	Todos	100%	3
7: Avaliar a situação da rede de atendimento em Saúde Mental em	Deficiente, paciente adolescente/DQs	100%	3



Porto Alegre.	retornam em agudização; falta de políticas públicas sobre SM		
8: Quais são os aspectos positivos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Dedicação dos profissionais enfrentando precárias condições de trabalho	100%	3
9: Quais são os aspectos negativos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Políticas públicas ineficazes; área física inadequada; ausência de políticas públicas p/ crianças e adolescentes em SM; falta ed. permanente	66,6% - Todos 33,3% - Parcial	2 1
10: Avaliar o acolhimento realizado no atendimento ao paciente doente mental e seus familiares.	Necessidade de humanização em todas categorias, incluso recepção	100%	3

#### →Psicólogo

Esta categoria avalia as rotinas como construídas na prática consolidada de intervenção na situação de crise.

Apontaram como dificuldade da categoria a deficiência de estrutura frente à realidade de violência social da cidade de Porto Alegre repercutindo nos serviços de saúde.

Avaliaram a demanda de atendimento a casos complexos e de sofrimento psíquico acentuado como determinantes do atendimento integral. Os casos são discutidos e encaminhados junto às demais categorias.

Citaram como problemas a superlotação do PESM, rede de atendimento em Saúde Mental como insuficientes para dar conta da demanda, a falta de Educação Permanente, a dificuldade de comunicação com as estruturas institucionais e com o Conselho Municipal de Saúde Mental de Porto Alegre, além de ocorrências de reuniões sistemáticas no PESM e proposição de capacitação para gestores.

Essa categoria soma-se às demais afirmando como importante todos os setores do PACS para a manutenção dos atendimentos do PESM.

No item de avaliação da rede de atendimento em Saúde Mental, avaliaram como ruim e consideravam não ter investimento e nem interesse político nessa área. Pontuaram como insuficiente ter três CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial – em Saúde Mental para Porto Alegre, ressaltando o agravamento da violência e, conseqüentemente, adoecimento mental.

O atendimento qualificado e interdisciplinar em Saúde Mental foi compreendido como positivo. Já o atendimento realizado envolvendo as crianças e adolescentes foi avaliado como inadequado, uma vez que as estruturas existentes são indicadas para adultos. É comum alguns consultórios ficarem interditados porque os pacientes infanto-juvenis e familiares os ocupam enquanto aguardam leito hospitalar.

O paradigma da Atenção Psicossocial surgiu em contraposição ao paradigma asilar, transformando as práticas e o conhecimento no campo da Saúde Mental. A equipe de Saúde Mental tem como objeto de cuidado o sujeito em sofrimento psíquico e sua relação com o corpo social. Esta abordagem psicossocial considera a dimensão biológica, social, psíquica e cultural do indivíduo. Esta nova forma de análise da loucura vem apontando possibilidades de transformações das práticas dos profissionais de Saúde Mental, influenciando e interferindo na organização do trabalho.

A interdisciplinaridade surge como possibilidade concreta para a efetividade e resolutividade dos serviços, colaborando com os profissionais para manterem o conceito de conjunto, fundamental para a construção de pontes que viabilizam a qualificação no cuidado ao paciente.

Tabela 4 – Psicólogo

PERGUNTA	RESPOSTA	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RESPOSTAS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS QUE FORNECERAM TAL RESPOSTA
2: As rotinas são compatíveis com a realidade das tarefas?	Sim	100%	1
3: Quais as principais dificuldades encontradas no seu segmento funcional? Caso existam, colocar	Estrutura deficiente p/ enfrentar a violência da região	100%	1

propostas de solução.			
4: O trabalho ocorre de forma compartilhada com toda equipe? Descrever detalhadamente pontos positivos e as dificuldades. Propor melhorias no atendimento interdisciplinar.	Sim, atende casos complexos e de sofrimento psíquico que requerem atendimento integral	100%	1
5: O que consideras como problema no Plantão de Saúde Mental?	Falta de Ed. Permanente; superlotação (rede de SM Ambulatorial insuficiente); pouco diálogo com Conselho Municipal de Urgência; capacitação p/ gestores	100%	1
6: Quais setores do PACS são imprescindíveis para o bom funcionamento do Plantão de Saúde Mental? (Incluir todos: transporte; farmácia; laboratório; nutrição; traumatologia; emergência clínica; emergência pediátrica; central de leitos; limpeza; rouparia; pequenas cirurgias, outros).	Todos	100%	1
7: Avaliar a situação da rede de atendimento em Saúde Mental em Porto Alegre.	Ruim, não há investimento em SM; só 3 CAPS p/ PoA; agravamento da violência agrava adoecimento mental	100%	1
8: Quais são os aspectos positivos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Atendimento qualificado e interdisciplinar em SM	100%	1
9: Quais são os aspectos negativos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Atendimento de crianças e adolescentes em ambientes p/ adultos; consultórios interditados p/ atendimento	100%	1
10: Avaliar o acolhimento realizado no atendimento ao paciente doente mental e seus familiares.	Acolhimento realizado da melhor forma, apesar de fragilidades na classificação de risco e superlotação	100%	1

→Psiquiatra

Estes profissionais divergiram na avaliação das rotinas. Metade dos participantes da pesquisa (50%) não consideravam as rotinas compatíveis

com as tarefas; 20% dos psiquiatras julgavam compatíveis e 30% colocavam como parcialmente compatíveis.

A categoria apontou muitas dificuldades, tais como: dificuldade de integração com a equipe; falta de RH; dificuldade com a coordenação do PESH; dificuldade de suporte junto à emergência clínica; superlotação; rede de atendimento em Saúde Mental deficiente; falta de leitos hospitalares; falta de medicações modernas; vulnerabilidade da segurança; burocracia excessiva nos registros de atendimento e dificuldade de relação com a central de leitos.

A incidência de psiquiatras que observaram o não compartilhamento do trabalho pela equipe foi alta – 71,50%. Já 28,5% mencionaram como compartilhamento parcial. Pontuaram a necessidade de participação dos profissionais nesse trabalho coletivo.

A integração interdisciplinar em saúde apresenta pontos críticos, como relatados na literatura especializada, na qual consta o poder de tradição positivista e biocêntrica, ausência/presença de um projeto comum, o confronto entre especificidade e flexibilização na realização do trabalho, a comunicação e a existência de concepção de integralidade imprecisas e/ou equivocadas entre profissionais de saúde (PEDUZZI, 2001). Outros pesquisadores mencionam alto grau de diferenciação dos trabalhos existentes nos serviços de saúde, a transposição automática para o campo do trabalho compartilhado das teorias/práticas de cada profissão/saber (GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L, 2005); a estrutura das instituições de ensino, na maioria das vezes, sem comunicação entre as disciplinas, refletindo na formação profissional.

O Brasil passou a receber os ecos da reforma psiquiátrica com maior vigor na década de 1970. A partir dessa data, a reforma psiquiátrica brasileira promoveu importantes mudanças na assistência, na valorização da inserção social e cidadania dos usuários, na estruturação de instituições extra-hospitalares como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), na defesa da interdisciplinaridade. A necessidade das equipes multiprofissionais nas políticas públicas transforma-se em estratégia de superação do modelo manicomial. Essas considerações embasam essa necessidade de maior coesão no trabalho interdisciplinar.

Os psiquiatras trouxeram como problemas do PESH: superlotação; violência; sistema jurídico com ordens judiciais nos casos dos dependentes químicos; medicações disponibilizadas não são as mais adequadas; área física inadequada; o atendimento a crianças e adolescentes requer local adequado; rede de Saúde Mental insuficiente; dificuldade de comunicação com a equipe; falta de leitos hospitalares; demora na remoção de pacientes para internação; gestores sem conhecimento dessa especialidade realizando avaliação; emergências atenderem demanda das unidades de saúde, incluindo receitas; demanda excessiva de dependentes químicos e dificuldade de integração na equipe.

Trouxeram a falta de recursos humanos, especialmente psicólogos, assistentes sociais e área da enfermagem; assinalaram a necessidade de discutir o trabalho e rotinas com a equipe.

Os setores do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – PACS foram avaliados como importantes para o funcionamento do Plantão de Emergência em Saúde Mental – PESH.

A avaliação da rede de atendimento em Saúde Mental foi considerada insuficiente, apontaram demanda excessiva e equipes reduzidas. Observaram rigidez para acolher o atendimento de determinados casos psiquiátricos.

Consideraram o aspecto positivo do atendimento a pacientes/familiares o próprio atendimento realizado por diferentes categorias profissionais; são citados os médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes administrativos e segurança. “O trabalho humanizado, com capacidade, agilidade e resolutividade, mesmo no caos”.

Já como aspectos negativos do atendimento, foram consideradas: as limitações apresentadas pelas dificuldades sociais, estruturais e familiares dos pacientes; faltam estruturas asilares, albergues; há profissionais sem preparo para o atendimento humanizado; superlotação; falta de recursos humanos; condições fiscais ruins; deficiência na rede em Saúde Mental; falta de leitos e demora no atendimento. Pode-se observar que superlotação, deficiência na rede e falta de leitos repercute na demora do atendimento.

Quando solicitados a avaliar o acolhimento no atendimento ao paciente doente mental observaram que a classificação de risco pode ser aperfeiçoada. Identificaram que mesmo com demora no atendimento, todos são atendidos; a superlotação como prejudicial ao atendimento. Retomar a importância e valorização aos registros e prontuários dos pacientes doentes mentais, preteridos após implantação do prontuário eletrônico.

Tabela 5 – Psiquiatra

PERGUNTA	RESPOSTA	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RESPOSTAS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS QUE FORNECERAM TAL RESPOSTA
2: As rotinas são compatíveis com a realidade das tarefas?	Sim; parcialmente; não	50% - Não	7
		30% - Parcial	4
		20% - Sim	3
3: Quais as principais dificuldades encontradas no seu segmento funcional? Caso existam, colocar propostas de solução.	Faltam leitos hospitalares	14,28%	2
	Dificuldade rede de atend. em SM	28,57%	4
	Tempo de espera/ superlotação	21,42%	3
	Serviço de remoção terceirizado	7,14%	1
	Dificuldade na classificação de risco	7,14%	1
	Ausência de ed. permanente	7,14%	1
	Dificuldade de suporte c/ emerg. clínica	7,14%	1
	Faltam especialistas na rede	7,14%	1
	Faltam medicações modernas	7,14%	1
	Dificuldade na integração c/ equipe	14,28%	2
	Melhorar protocolos	7,14%	1
	Falta RH (todas as categorias)	21,42%	3
	Condições físicas/equipamento inadequado	7,14%	1
	Excesso de burocracia	21,42%	3
	Espaço inadequado c/	7,14%	1

	atendimento infanto-juvenil		
	Atualizar rotinas	7,14%	1
	Tornar reuniões de equipes sistemáticas	7,14%	1
	Participação nas decisões do setor	7,14%	1
	Relações de trab. mais flexíveis e democráticas	7,14%	1
	Sentimento de insegurança no local	14,28%	2
	Dificuldade c/ central de leitos	14,28%	2
4: O trabalho ocorre de forma compartilhada com toda equipe? Descrever detalhadamente pontos positivos e as dificuldades. Propor melhorias no atendimento interdisciplinar.	Não	71,42%	10
	Parcial	28,57%	4
	Falta RH	28,57%	4
	Equipe sobrecarregada	42,85%	6
	Falta suporte rede de SM após crise	21,42%	3
	Necessidade de atualização de rotinas e protocolos	14,28%	2
	Repor RH das categorias	7,14%	1
	Esclarecer papéis e rotinas das categorias	28,57%	4
	Melhorar gestão	21,42%	3
	Ed. permanente p/ equipes	28,57%	4
	Manter espaço reunião	14,28%	2
	Qualificar entrosamento e relacionamento c/ as categorias	50%	7
	5: O que consideras como problema no Plantão de Saúde Mental?	Superlotação	28,57
Violência no local		14,28%	2
Muitas ordens judiciais DQs		14,28%	2
Medicações não são as mais adequadas		7,14%	1
Área física inadequada		28,57%	4
Ausência de local adequado p/ crianças/adolescentes		28,57%	4
Rede SM insuficiente		35,71%	5
Dificuldade de comunicação c/ equipe		14,28%	2
Faltam leitos hospitalares		35,71%	5
Demora na remoção de pacientes		7,14%	1

	Receitas (demanda ambulatorial)	14,28%	2
	Demanda excessiva de DQs	14,28%	2
	Dificuldade de integração c/ equipe	21,42%	3
	Clarear rotinas	7,14%	1
	Falta RH	28,57%	4
	Necessidade de valorização da SM	7,14%	1
6: Quais setores do PACS são imprescindíveis para o bom funcionamento do Plantão de Saúde Mental? (Incluir todos: transporte; farmácia; laboratório; nutrição; traumatologia; emergência clínica; emergência pediátrica; central de leitos; limpeza; rouparia; pequenas cirurgias, outros).	Todos	78,57%	11
	Citações parciais	21,42%	3
7: Avaliar a situação da rede de atendimento em Saúde Mental em Porto Alegre.	Deficiente	100%	14
	Muita demanda	64,28%	9
	Equipe reduzida	57,14%	8
	Falta RH	57,14%	8
	Maior dificuldade: pacientes menores de idade	7,14%	1
	Maior dificuldade: DQs	7,14%	1
	Rigidez de critérios para aceitar casos específicos	7,14%	1
8: Quais são os aspectos positivos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Atendimento de qualidade por diferentes categorias	57,14%	8
	Atendimento humanizado	35,71%	5
	Agilidade e resolutividade mesmo c/ superlotação	57,14%	8
9: Quais são os aspectos negativos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Dificuldades sociais/ estruturais/familiares dos pacientes	28,57%	4
	Deficiências estruturais asilares/albergues	14,28%	2
	Profissionais necessitam de preparo p/ atend. humanizado	21,42%	3
	Superlotação	35,71%	5
	Falta RH	14,28%	2
	Condições físicas inadequadas	21,42%	3
	Deficiência de	35,71%	5



	rede/leitos		
	Demora no atendimento	14,28%	2
10: Avaliar o acolhimento realizado no atendimento ao paciente doente mental e seus familiares.	Classificação de risco pode melhorar	42,85%	6
	Todos são atendidos mesmo com demora	21,42%	3
	Atend. prejudicado pela superlotação	35,71%	5
	Necessidade de valorização do prontuário do paciente	14,28%	2
	Adequado, considerando as possibilidades	28,57%	4

#### →Técnicos de Enfermagem

Foi significativo o número reduzido de participação neste estudo por esta categoria, salientando que, considerando o período avaliado, esses profissionais e os psiquiatras estão em maior número no setor, 22 e 24, respectivamente. Associando esse dado com o conteúdo do questionário e, produto do grupo avaliativo, constatando uma descrença na gestão e políticas públicas. Reclamaram que “não são ouvidos” nas suas considerações, agregado ao fato de conduzirem o trabalho com redução do quadro de pessoal necessário para atividade.

Sobre as rotinas, consideraram no geral como adequadas. Observaram que, apesar das condições de trabalho, das superlotações e da redução de funcionários, realizam o trabalho com qualidade.

As principais dificuldades desta categoria centram-se em: redução do número de profissionais para atendimento, ocasionando “sobrecarga e, conseqüentemente, adoecimento das pessoas”.

Avaliaram o trabalho como compartilhado algumas vezes com as demais categorias. Observaram que a gestão não prioriza esta especialidade da Saúde Mental. Em determinadas situações, tem dificuldade de identificar os riscos apresentados por pacientes. Demonstraram necessidade de discutir a “contenção mecânica” de pacientes junto às categorias implicadas nesse momento de tensão do

atendimento de emergência em Saúde Mental. Solicitaram maior discussão das atividades de todos.

Mencionaram com principais problemas do PESHM: superlotação; área física – equipamentos e ventilação inadequados; falta de recursos humanos; dificuldade de comunicação com a equipe; demora na remoção dos pacientes para os hospitais e adolescentes e crianças sem área física indicada para atendimento da faixa etária.

Todos os setores do PACS foram mencionados como necessários para o funcionamento do PESHM.

Sobre a rede de atendimento em Saúde Mental, colocaram que a demanda excessiva e a falta de recursos humanos nas equipes ocasiona a superlotação da emergência em Saúde Mental.

Citaram como aspecto positivo no atendimento do setor o fato de serem 24 horas de funcionamento e ter atendimento imediato no quadro agudo em Saúde Mental.

Os aspectos negativos ficam repetidos nas respostas anteriores: falta de profissionais nas equipes repercutindo na regularidade do atendimento e rede em Saúde Mental não dá conta da demanda.

A realidade avaliada pela categoria sobre o acolhimento aos pacientes doentes mentais e familiares é que a emergência é a porta de entrada destes para o tratamento/internação nessa área pelo SUS.

Verificaram o protagonismo desses profissionais e a necessidade de resgatar seu potencial transformador.

A atividade acontece na atualização das normas antecedentes, na renormatização do fazer, que é da ordem da gestão do singular, marca da dimensão histórica de todo fazer, e se baseia na transformação constante das situações de vida e de produção. (SCHWARTZ, 2004)

Tabela 6 – Técnico de enfermagem

PERGUNTA	RESPOSTA	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RESPOSTAS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS QUE FORNECERAM TAL RESPOSTA
2: As rotinas são compatíveis com a realidade das tarefas?	Sim; na maioria das vezes	75% - Sim 25% - Parcial	3 1

3: Quais as principais dificuldades encontradas no seu segmento funcional? Caso existam, colocar propostas de solução.	Redução no nº de profissionais p/ atendimento, ocasionando sobrecarregamento e consequente adoecimento	100%	4
4: O trabalho ocorre de forma compartilhada com toda equipe? Descrever detalhadamente pontos positivos e as dificuldades. Propor melhorias no atendimento interdisciplinar.	Dificuldade de identificar riscos apresentados pelos pacientes; equipe reduzida; não há prioridade p/ o setor; revisar contenção mecânica; reposição de RH; clarear atividades	75% - Todos 25% - Parcial	3 1
5: O que consideras como problema no Plantão de Saúde Mental?	Superlotação; área física inadequada; camas/ventilação inadequadas; falta de RH; dificuldade de comunicação com a equipe; demora na remoção dos pacientes; menores aguardando nos consultórios	100%	4
6: Quais setores do PACS são imprescindíveis para o bom funcionamento do Plantão de Saúde Mental? (Incluir todos: transporte; farmácia; laboratório; nutrição; traumatologia; emergência clínica; emergência pediátrica; central de leitos; limpeza; rouparia; pequenas cirurgias, outros).	Todos	100%	4
7: Avaliar a situação da rede de atendimento em Saúde Mental em Porto Alegre.	Muita demanda; falta RH; aumento de atendimento na emergência em SM	100%	4
8: Quais são os aspectos positivos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Atendimento imediato no quadro agudo; atendimento 24hrs em SM	100%	4
9: Quais são os aspectos negativos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Falta RH, repercute na regularidade de atendimento; não há regularidade na avaliação da SO; rede deficiente não dá conta da demanda	100%	4
10: Avaliar o acolhimento realizado	Porta de entrada do	75%	3

no atendimento ao paciente doente mental e seus familiares.	paciente doente mental	25% - N/R	1
---	------------------------	-----------	---

#### →Funcionários da Segurança

É importante ressaltar que esses profissionais têm vínculo empregatício terceirizado.

Observaram necessidade de discutir normas, rotinas e tarefas com a equipe.

As dificuldades apontadas pelos seguranças no exercício de suas atividades foram: tempo de espera de pacientes e familiares; dificuldade de comunicação com a equipe e ausência de treinamento. Abordaram a necessidade de melhorar a comunicação com a equipe para qualificar o trabalho interdisciplinar. Observaram que os funcionários estão desmotivados e são pouco reconhecidos pela gestão.

Na ótica dessa categoria, os principais problemas do PESM foram: demora no atendimento; internação de curta duração; sala de observação – denominada sala 1; local onde ficam pacientes e familiares aguardando encaminhamento da sua situação – lotada, exigindo manejo nas situações estressantes.

Novamente todos os setores do PACS foram mencionados como importantes para o PESM.

Sobre a rede de atendimento em Saúde Mental, consideram não possuir informações sobre esta questão, todavia acharam que faltam profissionais.

Consideraram como positivo o atendimento imediato ao paciente doente mental. Como negativo, trouxeram a demora tanto no atendimento quanto na remoção. Enfatizaram a necessidade de treinamento e capacitação, principalmente na área de Saúde Mental.

Esta categoria também destacou que “apesar da demora, há atendimento, medicação e encaminhamento para o caso avaliado”.

A disciplina Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida principalmente pelo médico e psicanalista Christophe Dejourns, foca a

dinâmica que se refere à gênese e às transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho.

O sofrimento é entendido como o campo que separa a doença da saúde, domínio que se instala quando entre homens e mulheres que trabalham não mais existe um espaço de liberdade que permita uma negociação com a ordem prescrita, quando não mais há possibilidade de tornar a organização do trabalho congruente com o seu desejo. (AMADOR, 2002)

As categorias trouxeram este “desejo” de transformação, por meio do protagonismo das ações em saúde, realizadas no cotidiano desses profissionais.

Tabela 7 – Funcionário da segurança

PERGUNTA	RESPOSTA	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RESPOSTAS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS QUE FORNECERAM TAL RESPOSTA
2: As rotinas são compatíveis com a realidade das tarefas?	Parcialmente, em algumas tarefas não	75% - Parcial 25% - Não	3 1
3: Quais as principais dificuldades encontradas no seu segmento funcional? Caso existam, colocar propostas de solução.	Tempo de espera de pacientes e familiares no atendimento; dificuldade de comunicação com a equipe e ausência de treinamento	100%	4
4: O trabalho ocorre de forma compartilhada com toda equipe? Descrever detalhadamente pontos positivos e as dificuldades. Propor melhorias no atendimento interdisciplinar.	Sim; dificuldades: comunicação, funcionários desmotivados, pouco reconhecimento, sala 1 c/ acúmulo de pacientes e familiares	75% - Sim 25% - Não	3 1
5: O que consideras como problema no Plantão de Saúde Mental?	Demora no atendimento; dificuldade de comunicação com a equipe; superlotação na SO e sala 1 lotada	100%	4
6: Quais setores do PACS são imprescindíveis para o bom funcionamento do Plantão de Saúde Mental? (Incluir todos: transporte;	Todos	100%	4

farmácia; laboratório; nutrição; traumatologia; emergência clínica; emergência pediátrica; central de leitos; limpeza; rouparia; pequenas cirurgias, outros).			
7: Avaliar a situação da rede de atendimento em Saúde Mental em Porto Alegre.	Não tem informação para avaliação; falta de profissionais	50% - Não 50% - falta de RH	2 2
8: Quais são os aspectos positivos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Atendimento imediato e medicações prescritas	100%	4
9: Quais são os aspectos negativos identificados no atendimento ao paciente e seus familiares?	Demora no atendimento e remoção do paciente; falta de capacitação e treinamento p/ a área de SM	75% - Todas respostas 25% - Parcial	3 1
10: Avaliar o acolhimento realizado no atendimento ao paciente doente mental e seus familiares.	Depende da equipe de plantão; mesmo com demora, tem atendimento/encaminhamento; ruim	50% - depende 25% - atend./enc. 25% - ruim	2 1 1

→Principais dificuldades do PESM apontadas pelas categorias:

- Epidemia do Crack;
- Mandados Judiciais;
- Limitações da Rede Básica;
- Número reduzido de Leitos;
- Superlotação da SO (sala de observação);
- Políticas Públicas em Saúde Mental;
- Desassistência a Crianças e Adolescentes;
- Intercorrências Clínicas;
- Falta de Educação Permanente para equipe;
- Falta de RH;
- Necessidade de atualização de rotinas/protocolos.

#### 4.3 ANÁLISE E SÍNTESE DA DISCUSSÃO DO GRUPO AVALIATIVO

Este grupo foi constituído por um representante de cada categoria pesquisada (Assistente Administrativo, Assistente Social, Enfermeiro,

Psicólogo, Psiquiatra, Técnico de Enfermagem e Segurança) escolhido por meio do critério de adesão.

As reuniões ocorreram em quatro encontros, com intervalo médio de quinze dias e duração de 60 minutos.

#### →Resumo das Discussões do Grupo

Durante estes quatro encontros, o grupo trouxe a necessidade de estruturar um Núcleo de Educação Permanente abrangendo dispositivos organizacionais adequados. Abordaram o desafio da viabilidade deste processo educacional na complexidade da emergência em Saúde Mental. Identificaram necessidade de troca junto às instituições de saúde (HCPA; GHC; HPS; SAMU) como subsídios para estruturação desta proposta.

Salientaram que a gestão não compreendeu o recurso estratégico que representa a educação permanente interdisciplinar nessa área. Constataram a fragilidade da política de Saúde Mental em atuação na cidade. Observaram que atenção básica em saúde é mais favorecida com iniciativas de Educação Permanente.

Trouxeram a necessidade de planejamento para operacionalizar Programas de Educação Permanente como parte da carga horária contratual do trabalhador.

O sucessivo desgaste sofrido pelo funcionalismo público, em todas as esferas governamentais, provocando pouca valorização desses profissionais, ocasionando baixa autoestima e desmotivação, foi citado como fazendo parte do contexto no qual estão inseridos.

Trouxeram a necessidade de apoio da gestão para viabilizar propostas de Educação Permanente. Foi constatado necessidade de maior aproximação da equipe com a categoria de Segurança, ampliando o espaço de participação entre os profissionais.

Esse grupo elaborou propostas para o PESM/PACS que consideramos o produto deste espaço de discussão:

- Aproximação com as emergências de POA, visando agregar conhecimento na construção de espaços de Educação Permanente nos setores;

- Formação de grupo de trabalho para elaboração do NEP – Núcleo de Educação Permanente – com coordenação de Colegiado de Trabalhadores de diferentes categorias do PACS;
- Dispor de parte da reunião do PESH para planejamento e discussão do NEP nesse setor;
- Ter cronograma fixo de reuniões para as pessoas se organizarem;
- Proposta de grupo de estudos e planejamento com duração de seis meses, para oportunizar espaço democrático de discussão e proposição;
- Adotar rotinas de capacitação aos funcionários;
- Revisão periódica das rotinas do setor;
- Retorno do 13º plantão como espaço de Educação Permanente (anteriormente esse plantão era utilizado dessa forma);
- Realizar levantamento de necessidades, repensar o serviço e reorganizar o setor do PESH;
- Propor reuniões com pauta alocando espaço aberto para proposições dos funcionários;
- Proposta de capacitação para gestores visando prepará-los para gerenciamento de serviço de elevado grau de complexidade;
- Discutir o procedimento das situações de contenção de pacientes – participação das categorias nesses momentos;
- Reavaliar atividades da segurança nos procedimentos realizados no PESH;
- Realizar estratégias de sensibilização e criar espaços de socialização de trabalhos realizados pela equipe;
- Inserir atividade de Educação Permanente na carga horária contratual do profissional;
- Qualificar a recepção e acolhimento aos colegas novos que chegam ao setor.



## 5. CONCLUSÃO

Resgatando os objetivos do estudo, foi possível iniciar processo de reflexão sobre o cotidiano de atividades desenvolvidas no setor. Verificou-se a necessidade de atualizar o conhecimento no atendimento de emergência em Saúde Mental. Por meio da criação de espaço de discussão e planejamento de ações em serviço e processo de educação permanente, viabilizar indicadores de qualidade, metodologia e suporte pedagógico para os profissionais que atuam em emergência psiquiátrica.

As dificuldades sociais que afetam os doentes e familiares que buscam esse serviço – abrangendo a violência que envolve usuários de drogas, além da demanda de crianças, adolescentes, idosos – impõem aos profissionais que trabalham nesse atendimento capacidade instalada de conhecimento nessa especialidade.

A descentralização do atendimento do SUS e o fortalecimento da atuação dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) representam avanços na atenção à Saúde Mental. É necessário ampliar a capacidade de abrangência e acesso aos serviços.

A realidade que constatamos no PESM é a demanda crescente de pacientes dependentes químicos e, sequencialmente, quadros de esquizofrenia, depressão, transtorno de conduta, transtorno bipolar, ansiedade.

Transtornos ocasionados por substâncias psicoativas são mais estigmatizados do que outras condições de saúde. A compreensão sobre o usuário de drogas como necessitado de tratamento pressupõe equipe multiprofissional capacitada para realizar esse atendimento. A formação em álcool e outras drogas ainda é insuficiente na maioria das universidades brasileiras. Desde 2010 o Plano do Governo Federal denominado “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas” propiciou a criação dos Centros Regionais de Referência (CRRs). Esses Centros se destinam à educação permanente de profissionais atuantes na rede pública de saúde, assistência social e justiça em relação à temática do álcool e outras drogas. Por meio de avaliações das ações desses Centros, evidenciou-se carência de formação no tema e dificuldade de articulação na rede de atendimento.

A OMS – Organização Mundial da Saúde – divulgou pesquisa que aponta o Brasil com maior taxa de pessoas com depressão na América Latina, 5,8%. Abaixo está Cuba 5,5%; Paraguai 5,2%; Chile e Uruguai 5,0%. Segundo a OMS, a depressão é a doença que mais contribui com a incapacidade no mundo, cerca de 7,5%, e é a principal causa de morte por suicídio. São mais de 322 milhões de pessoas afetadas por essa doença no mundo junto com transtorno de ansiedade.

O desafio que se coloca é oportunizar a possibilidade de educação na saúde aliado ao debate incessante de políticas públicas (descentralização, educação, humanização) favorecendo programas de Educação Permanente como forma de reconstrução coletiva. A educação na saúde como proposta estratégica para gestão.

No andar do projeto foi indicado como nome adequado “Educação Permanente Interdisciplinar no Serviço de Emergência em Saúde Mental”, contemplando a proposta de integralidade no atendimento.

A origem da “tecnologia inovadora” em Saúde Mental encontra-se nos próprios locais de prestação desse serviço à população, especialmente na emergência – porta aberta a toda manifestação de agudização da doença.

As propostas elaboradas pelo Grupo Avaliativo desse estudo é o produto final a ser encaminhado para avaliação de viabilidade nesse serviço de saúde, agregando encaminhamento existente no Grupo de Trabalho para Análise Situacional do PACS ocorrido no ano de 2013, no qual encontramos similaridade nos resultados, especificamente no item “Consolidação do NEP com programa de Educação Permanente em todos os serviços”, acrescentando como parte intrínseca à carga horária contratual dos profissionais da saúde.

Por meio do estudo e prática científica, desvelar a “verdade” sobre os fundamentos embasadores da saúde mental, citando Michel Foucault: “(...) nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida à espera do nosso olhar para aparecer (...)”. Sob o crivo de “instantes propícios” e “lugares privilegiados”, sair da sombra e se produzir (FOUCAULT, 1979).

Necessitamos construir alternativas para o cuidado integral às demandas da Saúde Mental das pessoas. A III Conferência Municipal de Saúde considerou como meta a educação permanente dos recursos humanos.

Para protagonizar essa meta, precisamos fomentar estratégias que instituem processos de discussão do trabalho e participar ativamente na produção deste conhecimento. A Educação como abordagem ampla, cultural e ética, na qual os saberes plurais são protagonizados pelos diferentes indivíduos, que no cotidiano significam suas experiências na sociedade articulados na análise desse processo. O conhecimento considerado como possibilidade além dos espaços acadêmicos e escolares (SABERES PLURAIS, 2016).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Marília; RAMOS, Flávia Regina Souza; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 323-331, Sept. 2005.

AMARANTE, Paulo. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In. QUINET, Antonio. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e Convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção em saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.8, supl. 2, p. 11-23, abr./jun. 2009.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAREMBLITT, Gregorio. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

BARROS R. Grupo: estratégia na formação. In: Athayde M, Brito J, Neves M, Barros ME B, organizadores. *Trabalhar na escola? Só inventando o prazer*. Rio de Janeiro: IPUB-Cuca; 2002: 71-88.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p.243-250, nov. 2007.

BORDIN, Ronaldo; FACHIN, Roberto Costa; GOLDIM, José Roberto; KLERING, Luis Roque (Org.). *Práticas de Gestão em Saúde: em busca da qualidade*. Porto Alegre: Dacasa Editora, 1996.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. *Política nacional de educação permanente em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 9788533414907 8533414900.

BRASIL. Karla Gentil. Ministério da Saúde (Ed.). Prêmio Sergio Arouca de gestão participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [S.1.]: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. [S.1.]: Diário Oficial da União, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) Portaria Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 193, 6 out. 2003. Seção 1, p. 56.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jul. 2011. Seção 1, p.69-70.

CAMPOS, Gatão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (Org.). Manual de práticas de atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2008.

CAPISTRANO FILHO. Da Saúde e das Cidades. São Paulo: Hucitec, 1995.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do Aprender SUS. In: PINHEIRO; Roseni; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes (Org.). Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010. p. 131-154.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. Trabalho, Educação e Saúde. Porto Alegre. v. 6, p. 443-456, Nov. 2008/fev.2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva v. 14, n. 1, 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). Inventando a Mudança na Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CICONET, Rosane Mortari; MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 26, Sept. 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL I. Brasília: 1987. Relatório Final, Ministério da Saúde, 1988.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL II. Brasília: 1992. Relatório Final, Ministério da Saúde, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8. Brasília: 1986. Relatório Final, Ministério da Saúde, 1986

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. 8. Brasília. Relatório da Comissão de Saúde Mental. Porto Alegre: 1993 (mimeo).

FRANCA, Ivarlete Guimarães de. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 25, n. 1, p. 146-163, Mar. 2005.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (Org.). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

GUIRADO, Marlene. *Temas Básicos da Psicologia: Psicologia Institucional*. São Paulo: Epu, 1987.

Hardt, M. e A. Negri. *Labor of Dionysus - A Critique of the State-Form*. Minneapolis: Minnesota Press, 1994.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009 .

Jorge Luiz Silveira Osório (Org.). *Grupo de Trabalho para Análise Situacional no PACS*. Porto Alegre: Editora do Conselho Municipal de Porto Alegre, 2013.

KONDO, Érika Hissae et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento.

MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo de. *O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar em Porto Alegre: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho*

em Equipe. In: V MOSTRA DE PESQUISA DA PÓS-GRADUAÇÃO, 5., 2010, Porto Alegre. Proceedings... . Porto Alegre: Pucrs, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (Org.). Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecilia de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 3, p. 237-248, Sept. 1993.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. O Desafio do Conhecimento. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOTA, Daniela Cristina Belchior et al. Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas. Juiz de Fora: Editora Cortez, 2015.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. Interface: Comunic, Saúde, Educ, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2008.

OLIVEIRA, Raquel Correa de. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. In: Cadernos do IPUB: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental, Rio de Janeiro: URRJ/IPUB, n. 17, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Caracas, 14-17 de novembro de 1990.

PAULON, Simone Mainiéri. Desinstitucionalização da loucura, práticas de cuidado e a reforma psiquiátrica no RS, Projeto de pesquisa. São Leopoldo, Unisinos, 2003.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, Feb. 2001.



PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Ims/UERJ: Cepesc: Abrasco, 2007.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Gestão em Redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, p.65-112, 2005.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da (Org.). Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Gabinete de Assessoramento Técnico. Dra. Liliane Dreyer Pastoriz. (Org.). Relatório Final Sobre a "Rede de Saúde Mental de Porto Alegre". Porto Alegre, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Lei da Reforma Psiquiátrica. Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992.

ROCHA, Edmarcia Fidelis; GIMENEZ, Simone Tavares. O papel do serviço social em uma equipe interdisciplinar. 2008.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucited, 1990.

SABERES PLURAIS: Educação na Saúde. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):397-405

Sérgio Noll Louzada (Org.). Normas e rotinas do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul. Porto Alegre: Pesm, 2013.

Silvia Giugliani (Org.). 1992-2012: 20 anos de lutas e realizações no exercício do controle social do SUS. Porto Alegre: Editora do Conselho Municipal de Porto Alegre, 2012.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 9, n. 16, p. 25-38, Feb. 2005 .

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002

TENÓRIO, Fernando. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

UNESCO. Educação um tesouro a descobrir. Jacques Delors (Org.). Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo Cortez, 1999.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010 .

WERTHEIN, Jorge; CUNHA, Célio da. Fundamentos da Nova Educação. Brasília: Unesco, 2000. 84 p.

## APÊNDICE A – TABELAS

### 1. PERCENTUAL DOS QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS COMPARADO AO TOTAL DE RESPOSTAS:

CATEGORIA	PERCENTUAL DOS QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS COMPARADO AO TOTAL DE RESPOSTAS – 30	QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS EM UNIDADES
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	6,67%	02
ASSISTENTE SOCIAL	6,67%	02
ENFERMEIRO	10,0%	03
PSICÓLOGO	3,33%	01
PSIQUIATRA	46,67%	14
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	13,33%	04
SEGURANÇA	13,33%	04
TOTAL	100%	30

### 2. PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO POR MEIO DO QUESTIONÁRIO:

CATEGORIA	TOTAL DE FUNCIONÁRIOS ATUANDO NO PERÍODO (DEZ/2016 A JAN/2017)	FUNCIONÁRIOS QUE RESPONDERAM O QUESTIONÁRIO	PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO POR MEIO DO QUESTIONÁRIO
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	03	02	66,67%
ASSISTENTE SOCIAL	03	02	66,67%
ENFERMEIRO	06	03	50,0%
PSICÓLOGO	02	01	50,0%
PSIQUIATRA	24	14	58,33%
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	22	04	18,18%
SEGURANÇA	08	04	50,0%
TOTAL	68	30	44,12%

**ANEXO A – EQUIPE**

Equipe existente	PACS
Médico psiquiatra ou clínico	21
Enfermeiro	5
Psicólogo	5
Assistente social	3
Técnico de enfermagem	28
Profissionais de nível médio e outros	7

Fonte: MINISTÉRIO PÚBLICO, RIO GRANDE DO SUL, Relatório final sobre a “rede de saúde mental de Porto Alegre”, 2015

**DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR TURNO DE TRABALHO:**

	MANHÃ/TARDE	NOITE	FINAL DE SEMANA/FERIADO
Assistente social	1	-	1
Auxiliar administrativo	1	-	-
Auxiliar de recepção	1	1	1
Enfermeiro	1	1	1
Psicólogos	2	-	1
Psiquiatras	2	2	2
Seguranças	2	2	2
Técnicos de Enfermagem	6	6	6

Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre – Secretaria Municipal de Saúde – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – Plantão de Emergência em Saúde Mental, Normas e Rotinas, 2013

## ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nome Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_  
 Horário: \_\_\_\_\_

Bairro onde reside o Paciente: ( ) Distrito do PACS  
 ( ) Distrito do IAPI  
 ( ) Outras cidades

Vem ao PACS: ( ) sozinho ( ) sem identificação  
 ( ) acompanhado Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 ( ) Brigada Militar Nome Policial: \_\_\_\_\_ Batalhão: \_\_\_\_\_  
 ( ) Oficial Justiça Nome Oficial: \_\_\_\_\_  
 ( ) SAMU  
 ( ) outra instituição Nome Instituição: \_\_\_\_\_  
 ( ) Menor de 18 anos ( ) Idoso, maior de 65 anos

( ) Vermelho: ( ) risco iminente de vida → encaminhado à Clínica Médica

( ) Laranja: ( ) alto risco de agressão a terceiros  
 ( ) risco de suicídio  
 ( ) alteração do estado de consciência  
 ( ) alto risco de autoagressão  
 ( ) TS recente (após liberação Clínica)  
 ( ) outros: \_\_\_\_\_

( ) Amarelo: ( ) risco moderado de agressão a terceiros  
 ( ) história psiquiátrica significativa  
 ( ) angústia acentuada  
 ( ) risco moderado de autoagressão  
 ( ) comportamento disruptivo  
 ( ) outros: \_\_\_\_\_

( ) Verde: ( ) doentes mentais crônicos (sem sintomatologia aguda)  
 ( ) alcoolistas e dependentes químicos sem riscos iminentes  
 ( ) outros: \_\_\_\_\_

( ) Azul: ( ) pacientes que necessitam orientação  
 ( ) renovação de receitas  
 ( ) outros: \_\_\_\_\_

Profissional responsável pela CR: \_\_\_\_\_

## ANEXO C – CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Resolução CREMERS 15/2009:

Art. 2º: A internação psiquiátrica é considerada essencial nos casos a seguir elencados e deve seguir os critérios descritos:

I – Risco de agressão: desde lesões corporais até homicídio, quando não existir a segurança de um suporte sócio-familiar capaz de conter o risco;

II – Risco de suicídio: quando não existir segurança quanto às condições de suporte sócio-familiar capaz de contenção e adoção de medidas impeditivas de conduta suicida;

III – Quadros psiquiátricos que impliquem risco de exposição moral: quando não existir a segurança de um suporte sócio-familiar capaz de conter o risco;

IV – Quadros psicóticos graves: quando o prognóstico de esbatimento seja maior que as setenta e duas horas de observação e tratamento no pronto atendimento;

V – Desintoxicação para dependentes de substância psicoativa;

VI – Síndrome de abstinência de dependentes de substância psicoativa: quando apresentarem riscos assinalados acima e sem suporte sócio-familiar de contenção;

VII – Dependência química: quando verificada importante disfunção nos afazeres da vida e incapacidade de cuidados próprios;

VIII – Outros quadros de transtorno mental: quando envolverem risco grave e/ou irreversíveis de dano a si ou a outros;

**ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do estudo:** Educação permanente interdisciplinar no serviço de emergência em saúde mental

**Pesquisador responsável:** Márcia Elisa Prestes Schmitz

**Instituição/Departamento:** Plantão de Emergência em Saúde Mental

Prezado (a) Senhor (a):

- Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Objetivo do estudo:** deflagrar processos de reflexão crítica sobre ações de assistência e de cuidado na saúde mental.

**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam seu processo e organização do trabalho no serviço de emergência psiquiátrica.

**Riscos:** O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
N. identidade

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

## **ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado Educação permanente interdisciplinar em serviço de emergência em saúde mental, conduzido por Márcia Elisa Prestes Schmitz. Este estudo tem por objetivo deflagrar processos de reflexão crítica sobre ações de assistência e de cuidado na saúde mental.

Você foi selecionado(a) por ser funcionário do Plantão de Emergência em Saúde Mental. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

A participação não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em avaliar e problematizar as ações de assistência e sugerir indicadores de saúde.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_



**ANEXO F – CARTA DE CONCORDÂNCIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL

**CARTA DE CONCORDÂNCIA DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Eu, SÉRGIO NOLL LOUZADA, Coordenador do Plantão de Emergência em Saúde Mental – PESH, declaro que tenho ciência do Projeto de Pesquisa a ser realizado nesta instituição, intitulado de: **EDUCAÇÃO PERMANENTE INTERDISCIPLINAR NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**, pela pesquisadora MÁRCIA ELISA PRESTES SCHMITZ, sob a orientação do PROF. WALDOMIRO CARLOS MANFROI, do Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), após a ocorrer aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e pela Plataforma Brasil, obedecendo às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução nº 466 de 2012.

Porto Alegre, 12 de jan de 2016



Sérgio Noll Louzada

Coordenador do Plantão de Emergência em Saúde Mental – PESH

SÉRGIO NOLL LOUZADA  
Médico Psiquiatra  
Crêmers 19170  
Coordenador PESH-PACS

**ANEXO G – CARTA DE CONCORDÂNCIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL

**CARTA DE CONCORDÂNCIA DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Eu, LUIZ HENRIQUE TARRAGÔ, Diretor do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – PACS, declaro que tenho ciência do Projeto de Pesquisa a ser realizado nesta instituição, intitulado de: **EDUCAÇÃO PERMANENTE INTERDISCIPLINAR NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**, pela pesquisadora MÁRCIA ELISA PRESTES SCHMITZ, sob a orientação do PROF. WALDOMIRO CARLOS MANFROI, do Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), após ocorrer aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e pela Plataforma Brasil, obedecendo às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução nº 466 de 2012.

Porto Alegre, 29 de fevereiro de 2016.

Luiz Henrique D. A. Tarrago Carvalho  
Direção Geral  
Matrícula 1145045.1  
PACS - SMS - PMPA

---

Luiz Henrique Tarragô

Diretor do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – PACS