

Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo

EMERGENCY PSYCHIATRIC SERVICE IN GENERAL HOSPITALS: A RETROSPECTIVE STUDY

SERVICIO DE EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA EN HOSPITAL GENERAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Fernando Sérgio Pereira de Sousa¹, Cezar Augusto Ferreira da Silva², Eliany Nazaré Oliveira³

RESUMO

O Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral (SEPHG) é uma proposta articulada com o movimento da reforma psiquiátrica. Objetivou-se caracterizar os clientes com sofrimento psíquico assistidos no SEPHG Dr. Estevam, em Sobral-CE. Este é um estudo do tipo documental, com abordagem quantitativa, envolvendo 191 clientes atendidos no SEPHG no período de janeiro a dezembro de 2007. Os dados foram coletados a partir de um livro de registro, cujas informações nele contidas foram retiradas dos prontuários dos clientes. Observou-se predomínio de pacientes do sexo masculino (70,15%), com idade entre 30-49 anos (48,71%) e solteiros (74,86%). A maioria era proveniente da cidade de Sobral (69,64%). Em 42,40% dos casos, o diagnóstico foi transtorno do uso de álcool. Grande parte da clientela (66,50%) deu entrada no serviço por demanda espontânea. Após avaliação do SEPHG, 43,45% desses clientes foram encaminhados ao CAPS-ad. Pelos resultados, depreende-se o quão imprescindíveis são os serviços de saúde mental.

DESCRITORES

Saúde mental.
Serviços de Saúde Mental.
Psiquiatria.
Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

The Emergency Psychiatric Service in General Hospitals (SEPHG, acronym in Portuguese) is a service included in the psychiatric reform movement. The purpose of the present study was to characterize patients with psychological distress treated at the Dr. Estevam SEPHG, located in Sobral, Ceará state. This exploratory study was performed using documental analyses with a quantitative approach, and involved 191 clients treated at the referred SEPHG from January to December 2007. Data collection was performed using a client register book, which contained information obtained from the patients' medical record. There was a predominance of male patients (70.15%), aged 30-49 years (48.71%) and single (74.86%). Most patients were from the city of Sobral (69.64%). In 42.40% of cases, the diagnosis was of alcohol use/abuse. Most clients (66.50%) sought the service voluntarily. After being evaluated at the SEPHG, 43.45% of patients were referred to the local Center for Psychosocial Care -Alcohol and other Drugs. The results emphasize the importance of mental health.

KEY WORDS

Mental health.
Mental Health Services.
Psychiatry.
Psychiatric nursing.

RESUMEN

El Servicio de Emergencia Psiquiátrica en Hospital General (SEPHG) es una propuesta vinculada al movimiento de la reforma psiquiátrica. Se objetivó caracterizar a los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el SEPHG Dr. Estevam, en Sobral-Ceará-Brasil. Estudio de tipo documental con abordaje cualitativa, involucrando 191 pacientes atendidos en el SEPHG entre enero y diciembre de 2007. Los datos fueron recogidos a partir de un libro de registro, cuyas informaciones fueron extraídas de las historias clínicas de los pacientes. Se observó prevalencia de pacientes de sexo masculino (70,15%), con edad entre 30-49 años (48,71%) y solteros (74,86%). La mayoría provenía de la ciudad de Sobral (69,64%). En el 42,40% de los casos, el diagnóstico fue trastorno provocado por abuso de alcohol. Una gran cantidad de pacientes (66,50%) se presentó en el servicio en forma espontánea. Con posterioridad a la evaluación del SEPHG, 43,45% de tales pacientes fueron derivados al CAPS-ad. Se desprende de los resultados cuán imprescindibles son los servicios de salud mental.

DESCRIPTORES

Salud mental.
Servicios de Salud Mental.
Psiquiatria.
Enfermería psiquiátrica.

¹ Enfermeiro do Centro de Atenção Psicossocial Geral de Sobral. Sobral, CE, Brasil. fernando_sergio_@hotmail.com ² Especialista em Saúde Mental pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú. Médico do Centro de Atenção Psicossocial Geral de Sobral. Sobral, CE, Brasil. jubaxxx@hotmail.com ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. elianyy@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O interesse pelo presente estudo derivou-se da vivência no Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral (SEPHG) do município de Sobral-CE, onde percebeu-se a necessidade de conhecer a clientela assistida e algumas características do atendimento prestado. Conforme entendimento, a assistência psiquiátrica tem sofrido modificações profundas em seus conceitos. Isto delinea novos saberes e práticas a serem constantemente revistas e estudadas no contexto da realidade local e assim pode-se avançar na construção de estratégias, passíveis de propiciar maior suporte à demanda em saúde mental.

A história da psiquiatria brasileira, em consonância com a mundial, escreveu-se mediante reclusão do doente mental em locais onde reinavam a violência, a despersonalização do indivíduo e a intolerância, transformando-o em uma *coisa* e, como tal, sem necessidades individuais ou direitos. Portanto, este deixava de ser visto como cidadão⁽¹⁾.

Por décadas, o atendimento ao doente mental no Brasil esteve ligado ao modelo centrado no hospital, cujo tratamento oferecido limitava-se a internações prolongadas, mantendo o doente afastado do seu âmbito familiar e social. Nos anos 1970, a modificação do modelo asilar foi discutida e implementada por meio de lutas e conquistas da reforma psiquiátrica, que dia a dia se consolida nas políticas de saúde mental. Historicamente, a desinstitucionalização permeia o campo da saúde mental entre os trabalhadores, familiares e na comunidade em geral⁽²⁾.

No Brasil, a política de saúde mental tem como eixos principais a redução de leitos psiquiátricos, o maior controle sobre as internações, a organização de rede de serviços de saúde mental substitutivos e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais. Tais estratégias configuram uma nova forma de compreender e tratar os transtornos mentais, ainda dependente da estruturação de modelos assistenciais orientados pela perspectiva da integralidade, entendida aqui, não apenas em referência à apreensão integral dos sujeitos, mas também aos novos valores e dispositivos técnicos⁽³⁻⁴⁾.

Na atualidade, após os movimentos de crítica à instituição psiquiátrica, a política de saúde mental brasileira, baseada nos pressupostos da reforma psiquiátrica, prevê a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de caráter extra-hospitalar. Entre estes, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório de Saúde Mental, Hospital-Dia, Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Residência Terapêutica, Pensão Protegida, Lares Abrigados, atendimento em saúde mental na rede básica de saúde, além de outros que buscam a reinserção do indivíduo com sofrimento mental na sociedade e o resgate da sua cidadania⁽⁵⁾.

Segundo pressupõe-se, a mudança requerida pela nova política de saúde se materializa nos processos de trabalho institucionais, cuja análise permite revelar as qualidades que a reforma assume para constituir um novo Modelo de Assistência em Saúde Mental. Este corresponde a uma categoria que sintetiza a compreensão do relacionamento dinâmico entre a política e informa suas diretrizes e o modo de organizar os serviços, onde se pratica o trabalho destinado a efetivá-la⁽⁶⁾.

Como divulgado, o movimento de desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e a integração do paciente na comunidade. Nessa perspectiva, os Serviços de Emergências Psiquiátricas no Hospital Geral surgem como um dos pilares assistenciais deste contexto de atenção ao doente mental, providos de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde⁽⁷⁾.

De acordo com o previsto, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira busca a desconstrução da realidade manicomial - para além da *queda dos muros manicomial* em sentido físico - e a construção de novas realidades, em consonância com novas bases epistemológicas, políticas e sociais, operando transformações de toda uma cultura fortalecedora da violência, da discriminação e do aprisionamento da loucura. Para tanto, é necessária a desmontagem da cultura e da estrutura psiquiátrica que separou *um objeto científico, a doença, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social*⁽⁸⁾.

Essa ênfase no tratamento extra-hospitalar levou a um aumento do número de pacientes sujeitos a descompensações na comunidade. Nesse contexto, inserem-se os serviços de emergências psiquiátricas, mediante interface entre a comunidade e as instituições de tratamento de saúde mental, oferecendo atendimento rápido e ágil, com vistas a caracterizar diagnósticos clínicos e psicossociais do quadro apresentado pelo paciente. Viabilizam, assim, uma intervenção imediata, e tentam orientar o tipo de tratamento com maior indicação para o caso em médio e longo prazo. A exigência da intervenção imediata e a função decisória de encaminhamento de um caso, trazem características próprias ao manejo de situações de emergência, tanto na avaliação do paciente, quanto na conduta proposta ao caso⁽⁹⁾.

Em virtude de a crise em psiquiatria caracterizar-se como um momento da vida no qual o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar uma desestruturação, não somente na vida psíquica e social do sujeito, mas também na de sua família, o serviço de emergência tornar-se-ia um espaço para se fazer compreender e dar um outro sentido à crise⁽¹⁰⁾.

A emergência psiquiátrica é, pois, marcada por uma situação de crise, de desestabilização, de ruptura, de perturbação, de conflitos, de desordem, tanto em nível individual quanto coletivo. Trata-se de um evento que ressalta a

A emergência psiquiátrica é, pois, marcada por uma situação de crise, de desestabilização, de ruptura, de perturbação, de conflitos, de desordem tanto em nível individual quanto coletivo.

dinâmica e o movimento de determinados saberes e práticas em relação à loucura⁽¹¹⁾.

Diante desse quadro, é indispensável a intervenção imediata de uma equipe multiprofissional, no intuito de evitar maiores prejuízos à saúde do indivíduo, ou de eliminar possíveis riscos à sua vida ou à de terceiros.

Consoante proposto, o objetivo específico do SEPHG diz respeito ao pronto atendimento do indivíduo que, agudamente, encontra-se em uma situação existencial superior à sua capacidade pessoal de adaptação. Visa também contribuir para a redução do número e do tempo das internações, por meio da racionalização dos critérios de hospitalização, tratando de transtornos mentais agudos capazes de remitir ou se estabilizar num prazo médio de 72 horas. Ainda como proposto, o tratamento psiquiátrico, mesmo o de emergência, deve reconduzir o paciente ao seu meio social de origem, e não ser apenas o início de um tratamento custodial. Para tanto, é fundamental estar o sistema de saúde organizado em seus componentes extra-hospitalares.

No hospital geral dispõe-se de especialidades variadas para consulta imediata e de recursos diagnósticos apropriados à correta detecção de distúrbios orgânicos que possam estar causando o transtorno psiquiátrico. Nele, também, encontra-se a oportunidade para evitar o isolamento da psiquiatria, ao integrá-la ao atendimento à saúde em geral. Ao mesmo tempo, evitam-se a discriminação e a estigmatização do doente mental.

Anteriormente à implementação da Rede de Saúde Mental de Sobral - CE, o atendimento psiquiátrico de emergência era realizado, principalmente, pela Casa de Repouso Guararapes e também pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral, a qual, na prática, não formalizava este procedimento.

Atualmente, o Serviço de Emergência Psiquiátrica de Sobral - CE, desenvolvido no Hospital Geral Dr. Estevam Ponte, conta com leitos flutuantes de observação, onde o cliente permanece no máximo 72 horas em observação. Nesse período, ele passa por uma avaliação do médico psiquiatra, que analisa o quadro mental do cliente e determina a forma de tratamento. De acordo com o caso, o cliente dará continuidade ao seu tratamento no seguimento extra-hospitalar, ficará na observação ou será internado na unidade de internação psiquiátrica disponível no mencionado hospital geral. Como mostra o dia-a-dia, quase sempre essa clientela é encaminhada por seus municípios de procedência, ou trazidos diretamente por algum familiar⁽¹²⁾.

O hospital é referência em pronto atendimento psiquiátrico nos fins de semana, feriados e diariamente após às 18:00 horas, quando os serviços extra-hospitalares não mais funcionam. Nestas circunstâncias, cabe geralmente ao clínico de plantão, prestar o primeiro atendimento e decidir pela liberação, observação ou internação do caso, até a avaliação do psiquiatra. No cotidiano deste ambiente, defende-se a prática profissional voltada para a realidade identificada.

Diante disto, com a realização deste estudo, espera-se contribuir para a construção desta prática, ao ampliar as discussões sobre essa problemática e favorecer uma prática que valoriza e fortalece a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, consolidando uma rede de serviços de atenção à saúde mental, notadamente aqueles relativos ao cuidado à situação de crise psiquiátrica.

Estabeleceu-se, então, como objetivo da pesquisa, caracterizar a clientela assistida e observar alguns aspectos do atendimento no SEPHG do Hospital Dr. Estevam Ponte no município de Sobral-CE, por meio de um estudo retrospectivo baseado no levantamento de algumas variáveis demográficas e clínicas dos atendimentos realizados.

MÉTODO

Estudo do tipo documental com abordagem quantitativa, com dados coletados a partir de um livro de registro, cujas informações nele contidas foram retiradas dos prontuários dos clientes. Amostragem não probabilística intencional direcionou o tamanho da amostra. Conforme detectou-se, 191 clientes foram atendidos (com solicitação de avaliação psiquiátrica) nos leitos de observação do Hospital Geral Dr. Estevam Ponte no período de janeiro a dezembro de 2007. Localizado no Centro da cidade de Sobral-CE, dispõe de três leitos de observação, onde o cliente permanece no máximo 72 horas em observação, e passa por uma avaliação do médico psiquiatra, que analisa o quadro mental do cliente e depois determina se este dará continuidade ao seu tratamento no seguimento extra-hospitalar. Tais leitos são previstos para curta permanência dos usuários, e indicados como último recurso para pessoas em crise, cujo atendimento na própria residência ou no serviço ambulatorial não seja possível.

Como exigido, o estudo seguiu os preceitos éticos que regulam a pesquisa com seres humanos (Resolução 196/96) e, assim, a coleta de dados iniciou-se após pronunciamento favorável da direção da UIPHG Dr. Estevam Ponte, feito via ofício e após o parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sendo aprovado com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0551.0.000.039 - 06. Firmou-se também compromisso de que as informações seriam utilizadas única e exclusivamente para fins acadêmico-científicos previstos neste estudo.

Quanto à organização e ao processamento dos dados, foram realizados pelo programa Epi-Info (versão 6.04.), seguido de análise quantitativa das informações contidas no livro de registro.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Diante das características sociodemográficas dos clientes, segundo observou-se, 70,15 % deles eram do sexo masculino, na faixa etária entre 30 e 49 anos (48,71%), como mostra a Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição das características sociodemográficas dos clientes assistidos no SEPHG, Sobral-CE, no período de janeiro a dezembro de 2007

| Variáveis | N | % |
|---------------------|------------|------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 134 | 70,15 |
| Feminino | 57 | 29,85 |
| Total | 191 | 100 |
| Idade | | |
| 10 - 19 | 30 | 15,71 |
| 20 - 29 | 46 | 24,08 |
| 30 - 39 | 62 | 32,47 |
| 40 - 49 | 31 | 16,24 |
| 50 - 59 | 13 | 6,80 |
| 60 ou mais | 09 | 4,70 |
| Total | 191 | 100 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro(a) | 143 | 74,86 |
| Casado(a) | 42 | 21,98 |
| Viúvo(a) | 5 | 2,61 |
| Divorciado(a) | 1 | 0,52 |
| Total | 191 | 100 |

Para a OMS⁽¹³⁾, a idade é um expressivo determinante dos transtornos mentais. Como podemos perceber, a faixa etária de predomínio compreende pessoas que, apesar das limitações ocasionadas pelo adoecimento psíquico, encontram-se em idade ativa. De modo geral, a presença de transtornos nessa faixa etária, influencia no modo de vida das pessoas, sobretudo por interromper a produtividade, em consequência da incapacidade resultante de algumas doenças.

Como mostra a Tabela 1, a participação de solteiros foi bastante significativa pois, conforme pesquisas realizadas pelo censo demográfico do IBGE de 2000, no Brasil, as famílias unipessoais, ou seja, constituídas de uma só pessoa,

cresceram até 32,5% no período de 1991 a 2000. O IBGE aponta também redução de 4,5% no número de casamentos civis registrados por ano. Em 1990, a taxa de casamento por mil habitantes com mais de 15 anos era de 7,5, e em 2001 caiu para 5,7⁽¹⁴⁾.

Segundo a literatura, cerca de dois terços dos pacientes internos em hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro eram solteiros, isto é, não tinham e nunca tiveram uma relação conjugal estável. Além disso, a proporção de solteiros era mais elevada entre os homens, resultado semelhante ao encontrado no presente estudo⁽¹⁵⁾.

Em relação à origem dos clientes assistidos no SEPHG Dr. Estevam, 69,64 % provinham da cidade de Sobral. Os demais 30,36 % vinham de municípios circunvizinhos.

Isto justifica-se por ser o SEPHG uma referência para a cidade de Sobral, onde há uma grande população necessitada de atendimento na área de saúde mental.

Sobre o período de observação do cliente no SEPHG, foi no máximo de 24 horas. Este achado reflete a preocupação em não se manter o cliente internado por longos períodos, diferentemente do verificado na prática dos antigos hospitais psiquiátricos. Como discutido na III Conferência Nacional de Saúde Mental, deve-se rever o critério de tempo de internação e garantir, por meio de supervisões institucionais e fiscalizações, que ele seja o mais breve possível, considerando a conduta psiquiátrica e a avaliação realizadas pela equipe multiprofissional que acompanha a pessoa assistida⁽¹⁶⁾.

A seguir, na Tabela 2, apresenta-se a proporção de hipóteses diagnósticas levantadas de acordo com a 10ª Edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da OMS. Como exposto, o diagnóstico mais freqüente foi o denominado transtorno do uso de álcool (42,40%) (CID-10 F- 10).

Tabela 2 - Hipóteses diagnósticas encontrada na maioria da clientela assistida no SEPHG, Sobral-CE, no período de janeiro a dezembro de 2007

| Diagnóstico | CID-10 | N | % |
|--|-------------|----|-------|
| Transtornos do uso de álcool | F 10.0 | 81 | 42,40 |
| Episódio depressivo | F 32.0 | 20 | 10,47 |
| Transtornos dissociativos | F 44.0 | 19 | 10,00 |
| Esquizofrenia | F 20.0 | 16 | 8,40 |
| Transtornos do uso de múltiplas drogas | F 19.0 | 12 | 6,28 |
| Psicose não-orgânica, não especificada | F 29.0 | 12 | 6,28 |
| Transtorno mental não especificado | F 99.0 | 9 | 4,71 |
| Transtorno afetivo bipolar | F 31.0 | 5 | 2,60 |
| Transtornos esquizoafetivos | F 25.0 | 3 | 1,57 |
| Outros transtornos ansiosos | F 41.0 | 3 | 1,57 |
| Transtornos psicóticos agudos e transitórios | F 23.0 | 2 | 1,04 |
| Delirium não induzido pelo álcool e outras substâncias psicoativas | F 05.0 | 1 | 0,52 |
| Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física | F 06.0 | 1 | 0,52 |
| Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso do álcool + Episódio depressivo | F 10 + F 32 | 1 | 0,52 |

continua...

continuação...

| Diagnóstico | CID-10 | N | % |
|--|-------------|---|------|
| Transtorno depressivo recorrente + Transtornos específicos de personalidade | F 33 + F 60 | 1 | 0,52 |
| Transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério, não classificados em outros locais | F 53.0 | 1 | 0,52 |
| Transtornos de hábitos e impulsos | F 63.0 | 1 | 0,52 |
| Retardo mental leve | F 70.0 | 1 | 0,52 |
| Retardo mental grave | F 72.0 | 1 | 0,52 |
| Transtornos emocionais com início especificamente na infância | F 93.0 | 1 | 0,52 |

Neste estudo, consoante observação, o álcool é a droga mais consumida pelos clientes. No Brasil, os estudos epidemiológicos mais abrangentes do uso de álcool na população geral foram os realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Pesquisaram-se as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, mediante 2.411 entrevistas. Segundo os resultados, 6,6% da população estava dependente do álcool. Dois anos depois, pesquisou-se a mesma população novamente e constatou-se um aumento estatisticamente significativo para 9,4% de dependentes. Outro amplo estudo domiciliar englobou as 107 cidades com mais de 200 mil habitantes correspondendo a 47.045.907 habitantes, ou seja, 27,7% do total do Brasil. A amostra abrangeu 8.589 entrevistados. O uso de álcool na população total foi de 68,7%⁽¹⁷⁾.

Na Tabela 3, a seguir, consta a distribuição dos encaminhamentos de entrada no SEPHG entre janeiro e dezembro de 2007.

Tabela 3 - Distribuição dos encaminhamentos de entrada no SEPHG, Sobral-CE, no período de janeiro a dezembro de 2007

| Encaminhamento | N | % |
|----------------------|------------|------------|
| Demanda Espontânea | 127 | 66,50 |
| Santa Casa de Sobral | 20 | 10,50 |
| SAMU | 8 | 4,18 |
| PSF de Sobral | 6 | 3,14 |
| CAPS-ad de Sobral | 4 | 2,09 |
| PSF de Forquilha | 4 | 2,09 |
| Outros | 22 | 11,50 |
| Total | 191 | 100 |

De acordo com a Tabela 3, a maioria dos clientes foi ao serviço por demanda espontânea (66,50%). Em segundo lugar, estão os casos encaminhados pela Santa Casa de Sobral (10,47%).

Inegavelmente há muitos entraves para a acessibilidade do usuário ao campo da saúde mental, pois as unidades básicas de saúde vêm tradicionalmente respondendo por menos de 10% da demanda, quando deveriam ser o local privilegiado de acolhimento. Diante dessa limitação, impedem que o serviço de emergência psiquiátrica e hospital psiquiátrico se configurem como porta de entrada para os serviços. Esta realidade confirma a dificuldade de inserção da saúde mental na atenção básica e o papel centralizador ocupado

pelo hospital psiquiátrico na rede de cuidados⁽¹⁸⁾. Sobre a distribuição dos encaminhamentos após avaliação no SEPHG entre janeiro e dezembro de 2007, observe-se a Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos encaminhamentos após avaliação no SEPHG, Sobral-CE, no período de janeiro a dezembro de 2007

| Encaminhamento | N | % |
|-----------------------------------|------------|------------|
| CAPS-ad de Sobral | 83 | 43,45 |
| CAPS Geral de Sobral | 27 | 10,50 |
| PSF de Procedência | 24 | 12,56 |
| PSF de Sobral | 19 | 10,00 |
| Preceptorial em Saúde Mental | 13 | 6,80 |
| CAPS de Procedência | 13 | 6,80 |
| Ambulatório de Psiquiatria do CEM | 8 | 4,18 |
| Outros | 4 | 2,09 |
| Total | 191 | 100 |

Ao analisar-se o tipo de encaminhamento após avaliação, como mostra a Tabela 4, 43,45% dos clientes foram encaminhados para seguimento do tratamento ambulatorial no Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) da cidade de Sobral - CE. Isso demonstra a existência de uma Rede de Saúde Mental que presta assistência integral ao cliente.

Conforme estabelecido pela Portaria Ministerial n° 224, de 29 de janeiro de 1992, existem determinadas diretrizes para a assistência em saúde mental. São elas: organizações de serviços baseados nos princípios da universalidade; hierarquização; regionalização e integralidade das ações; diversidade e métodos de técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissional na prestação de serviços; ênfase na participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental, até o controle de sua execução; definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da portaria e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

Como sabemos, mesmo no caso de clientes de outros municípios que não são assistidos pelo CAPS-ad de Sobral, eles podem ser referenciados para o ambulatório de psiquiatria do CEM, o qual funciona como porta de entrada da rede para os outros municípios que referenciam para Sobral. Dessa forma, filtram-se possíveis internações desnecessárias e garante-se seguimento am-

bulatorial, no intuito de evitar a cronificação causada por repetidas internações⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

Com este estudo tentou-se intensificar a discussão em relação ao Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral, sobretudo porque pesquisas sobre esses aspectos são mínimas. Portanto, enfrentou-se um desafio e o estudo parece ter sido bem sucedido.

Como evidenciam os dados, houve um número significativo de atendimento de emergência psiquiátrica determinado pelo uso/abuso do álcool. Tal fato chama a atenção, pois o álcool é uma droga considerada de uso natural e é comum seu consumo no ambiente domiciliar, em festividades, ou mesmo em ambientes públicos. Neste aspecto, a sociedade é permissiva ao estimular referido consumo mediante propaganda. Tece-se, aqui, uma crítica: em face da sua decisiva influência sobre a sociedade, os meios de comunicação, entre eles, a propaganda, deveriam alertar quanto à dependência de álcool como uma grave doença, geradora de nefastas conseqüências.

Diante desse problema, é visível a necessidade de maior intervenção por parte das políticas públicas na dependência química, não só nas drogas ditas ilícitas, mas, particularmente, em relação ao álcool. Este, por ser lícito, está sendo consumido desregradadamente. Dessa forma, torna-se uma droga perigosa, pois traz consigo inúmeras complicações clínicas, psicológicas, familiares e sociais.

Quanto aos encaminhamentos de entrada no SEPHG, a maioria dos clientes foi ao serviço por demanda espontânea, a demonstrar ser ele referência em saúde mental no município, sendo porta de entrada para a saúde mental. Como o SEPHG dá suporte no momento de crise psiquiátrica, justifica-se, então, a demanda espontânea quando dentro desse perfil. Contudo, nas demais situações, a porta de entrada inicial deverá ser a atenção básica e, posteriormente, os serviços da saúde mental extra-hospitalares. Essa maior integração da saúde mental na atenção básica constitui uma conquista, pois, em decorrência da cultura hospitalocêntrica ainda presente no sistema de saúde, a porta de entrada inicialmente é a atenção básica.

Urge conhecer mais detalhadamente a qualidade do atendimento ofertado, as práticas de saúde produzidas, ou seja, que estratégias podem ser adotadas pelos serviços de atenção básica para dar conta dessa demanda em saúde

mental, encontrar resolutividade na própria unidade básica e, assim, evitar recorrer ao hospital psiquiátrico.

Conforme percebeu-se, a maioria dos clientes, após avaliação no SEPHG, foi encaminhada para seguimento do tratamento ambulatorial no Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e outras Drogas, serviço esse, extra-hospitalar, que atende à demanda de dependência química. Isso evidencia maior articulação entre os serviços componentes da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE.

Nesse sentido, o dispositivo de cuidados para situações de crise, como é o caso da emergência psiquiátrica ora em discussão, situa-se de forma pontual como um serviço e não como o responsável exclusivo por todo o processo de assistência à saúde mental. Existe continuidade desse cuidar numa rede extra-hospitalar, constituída de serviços substitutivos ao modelo convencional.

Um serviço de emergência que não se encontra inserido em uma rede de outros serviços tende a se cristalizar como uma referência em si mesmo: a assistência a pacientes essencialmente em crise. Dessa maneira, para onde deverão ir os outros pacientes, aqueles que necessitam de assistência contínua, de suporte, ou os que obtêm alta do hospital e da própria emergência psiquiátrica?

Portanto, o serviço de emergência psiquiátrica aqui analisado cumpre sua função de ser referência no atendimento diferenciado à crise, colocando-se à frente da estrutura hospitalar tradicional.

Os serviços de saúde mental que possuem como características o tratamento e a reabilitação de pessoas com sofrimento psíquico são imprescindíveis em nosso meio. Neste cenário, deve-se destacar a reforma psiquiátrica, movimento que tem orientado as políticas de saúde mental no intuito de qualificar e humanizar os cuidados nesse setor.

Consoante percebe-se, o estudo possibilitou ampliar o conhecimento sobre o SEPHG. Com base nesse conhecimento, pode-se apontar estratégias de trabalho mais condizentes com a realidade e políticas mais eficazes no equacionamento da crise psiquiátrica no município. Para tal, exige-se esforço, tanto da equipe como um todo - responsável por várias visões propiciadas pela clínica - quanto de gestores, para a formação de uma política de saúde mental que objetive integrar outros serviços em regime aberto, substitutivos ao manicômio. É preciso proporcionar, sobretudo, reabilitação psicossocial, constituindo-se, dessa forma, uma rede de serviços em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(1):4-9.
2. Waidman MAP, Jouclas VMG, Stefanelli MC. Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2002;1(1):97-100.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: OPAS; 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; 2007.
5. Schrank G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):127-34.
6. Silva ATMC, Barros S. O trabalho de enfermagem no hospital dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa - Paraíba. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(3):310-6.
7. Campos CJG, Teixeira MB, O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(2): 141-9.
8. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, organizadores. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.
9. Santos MESB. Emergências psiquiátricas [resenha]. *Rev Bras Psiquiatr* [periódico na Internet]. 2001[citado 2006 jun. 15];23 (1):55-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n1/a14v23n1.pdf>
10. Gondim DSM. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial? [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
11. Carvalho JC. Controle social e responsabilização familiar: a administração da emergência psiquiátrica em Brasília e na cidade do México [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
12. Montefusco MA. Organização da nova Rede de Atenção à Saúde Mental do município de Sobral-CE [monografia]. Sobral: Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual Vale do Acaraú; 2000.
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Relatório Sobre a Saúde no Mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília; 2001.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais [texto na Internet]. [citado 2006 jun. 12]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2002/
15. Silva JPL, Continho ESF, Amarante PD. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(3):505-11.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2001.
17. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País: 2001. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, Universidade Federal de São Paulo; 2002.
18. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Moraes C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2006 jun. 15]; 3(5):23-41. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/mental/v3n5/v3n5a03.pdf>
19. Pereira AA, Andrade LOM. Rede integral de atenção à saúde mental de Sobral, Ceará. In: Lancetti A, organizador. Saúde mental e saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 167-98. (Saúde Loucura, 7).