



Artigo Original

CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL QUANTO À URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA*

CONCEPTIONS OF MOBILE EMERGENCY SERVICE HEALTH PROFESSIONALS CONCERNING PSYCHIATRIC EMERGENCY

CONCEPCIONES DE PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SERVICIO MÓVIL ACERCA DE LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA

Diego Bonfada¹, Jacileide Guimarães², Andiará Araújo Cunegundes de Brito³

No âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, a assistência às crises psíquicas representa um desafio aos serviços de urgência. Nesse sentido, objetivou-se analisar as concepções dos profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Natal-RN, Brasil, sobre o atendimento às urgências psiquiátricas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou a entrevista como instrumento de coleta de informações. A partir da análise temática, os discursos foram agrupados em três categorias: o estigma sobre o paciente e o medo do profissional nas intervenções do serviço em urgências psiquiátricas; urgência psiquiátrica entendida como situação de risco à segurança do paciente e de terceiros; urgência psiquiátrica entendida como agressividade ou depressão severa do paciente. A análise dos dados aponta que elementos associados à ideologia da periculosidade e segregação social da loucura sustentam o ideário dos profissionais entrevistados. Portanto, a pesquisa suscitou reflexão sobre questões relevantes para o processo de concretização da Reforma Psiquiátrica.

Descritores: Saúde Mental; Emergências; Intervenção na Crise.

Under the Brazilian Psychiatric Reformation, assistance to psychological seizures represents a challenge for the emergency services. Therefore, the objective of this paper is the analysis of the conceptions of health professionals who work at the Mobile Emergency Service in Natal on psychiatric emergency care. This paper is, then, a qualitative study that used interviews as tools for collecting information. By using thematic analysis, the speeches were grouped into three categories: the stigma on patients and the professionals' fear of services interventions in psychiatric emergencies; having psychiatric emergencies regarded as harmful to patients and others' security; psychiatric emergencies being taken as patients' aggressiveness or severe depression. The data collected indicate that the interviewed professionals' ideas are supported by elements associated with the ideology that insanity implies social segregation and dangerousness. Thus, the survey prompted reflection on relevant issues to the process of psychiatric reformation implementation.

Descriptors: Mental Health; Emergencies; Crisis Intervention.

En el ámbito de la Reforma Psiquiátrica brasileña, la asistencia a las crisis psíquicas representa reto para servicios de urgência. El objetivo fue analizar concepciones de profesionales de Servicio Móvil de Emergencia de Natal-RN, Brasil, acerca del servicio de urgencias psiquiátricas. Estudio cualitativo, con entrevista como herramienta para la recopilación de informaciones. Mediante análisis temático, los discursos fueron agrupados en tres categorías: estigma acerca del paciente y temor del profesional en intervenciones del servicio en urgencias psiquiátricas; urgencia psiquiátrica como riesgo a la seguridad del paciente y otros; urgencia psiquiátrica como agresividad o depresión severa del paciente. Los datos indicaron que elementos asociados con la ideología de peligrosidad y segregación social de la locura apoyaron ideas de los profesionales. El estudio suscitó reflexión sobre cuestiones pertinentes al proceso de concretización de la Reforma Psiquiátrica.

Descriptor: Salud Mental; Urgencias Médicas; Intervención en la Crisis.

*Artigo extraído da dissertação Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a assistência às urgências psiquiátricas, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 2010.

¹ Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação da UFRN. Professor Assistente IV do Curso de Graduação em Enfermagem (UERJ), Campus Caicó, Caicó, RN, Brasil. E-mail: diegobonfada@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (EERP-USP). Professora da Escola de Enfermagem de Natal e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil. E-mail: jaciguim@yahoo.com.br.

³ Enfermeira pela UERN, Campus Caicó, Caicó, RN, Brasil. E-mail: andiara_acm@hotmail.com

Autor correspondente: Andiará Araújo Cunegundes de Brito

Rua Joel Damasceno, nº 1010 - Centro, Caicó/RN. CEP: 59300-000. Caicó/RN, Brasil. E-mail: andiara_acm@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira, como movimento social que procurou desconstruir a lógica de exclusão manicomial em prol de novas estratégias de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico, ampliou a discussão sobre a Psiquiatria e seu modelo de assistência, bem como sobre os preconceitos e o estigma estabelecidos em torno do conceito de periculosidade do louco. As consequências desse processo estão evidenciadas na política, na legislação e nos serviços de atenção à saúde mental, atualmente, no Brasil⁽¹⁾.

Tal movimento fomentou a reformulação da atenção em saúde mental, especialmente através da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e da implantação dos serviços substitutivos, permitindo aos portadores de sofrimento mental uma abordagem terapêutica fortemente atrelada à convivência comunitária, reabilitação psicossocial e liberdade para usufruir de seus direitos civis⁽²⁾.

Nesse contexto de desinstitucionalização, a crise psíquica e as intervenções em saúde mental ganham as ruas. Estas passam a ser um novo espaço para as manifestações da loucura, sem que o estigma da periculosidade e o medo do louco tenham sido desconstruídos no âmbito da sociedade⁽³⁾. Para compreender a complexidade que envolve um momento tão particular dos portadores de transtorno mental e discutir a intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é necessário refletir sobre a conceituação desta manifestação psíquica.

A crise psíquica é o momento em que a loucura se torna mais incômoda, incompreendida e refutada pelos membros de uma comunidade, justamente devido ao seu caráter de desprendimento dos limites impostos pelas normas sociais vigentes. Isso contribui para que os

serviços de atenção à crise, estruturados na rede de saúde, adotem medidas visando debelar suas manifestações o mais rápido possível, partindo-se da ideia conceitual da Psiquiatria clássica, através da qual a crise é entendida somente como doença, esquecendo-se o sujeito como elemento central desse processo.

Nesse sentido, a crise psíquica é uma situação em que o sujeito extravasa sua angústia e sofrimento, a ponto de se desprender de sua realidade. Portanto, deve ser apreendida como um momento em que profissionais qualificados precisam acolher os sujeitos em suas singularidades, pois, embora salte aos nossos olhos todo o sofrimento vivenciado pelo indivíduo, podemos percebê-lo em seu momento de metamorfose, de saída de um lugar sócio-historicamente construído, para outro que está sendo (re)construído⁽⁴⁾.

A Portaria 2.048/GM, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências, identifica a crise em saúde mental como urgência psiquiátrica e a atribui, assim, como uma das responsabilidades do SAMU, compartilhada com a rede de atenção à saúde mental, a polícia e o corpo de bombeiros⁽⁵⁾. Porém, essa transferência de responsabilidade não pode acontecer de forma aleatória e sem um processo de preparação dos profissionais que não estão habituados a lidar com uma condição tão particular quanto a do sofrimento psíquico. A falta de preparo e de conhecimento pode se tornar elemento propulsor de ações violentas, de cunho repressivo e sem fins terapêuticos, tais como a solicitação de força policial desnecessária e o abuso da contenção física ou química.

Essa preocupação é pertinente ao contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira porque, historicamente, os serviços de urgência e emergência negam ou não praticam aquilo de que a atenção à crise psíquica necessita: empatia, diálogo, corresponsabilização,

humanização, subjetividade e criatividade⁽⁶⁾. Essa realidade corrobora a dificuldade na assistência enfrentada pelos serviços de atenção às urgências, uma vez que as condições de atendimentos rápidos, precisos e transitórios afastam a possibilidade em estabelecer vínculos, sobretudo com os casos psiquiátricos⁽⁷⁾.

Entretanto, é preciso identificar e intervir sobre os aspectos destrutivos que possam estar envolvidos no evento, sem se utilizar de técnicas repressivas ou violentas, mas sim, da criatividade, apresentando-se como um mediador interessado, disponível e participante. Nesse processo, valoriza-se a escuta terapêutica, a empatia e o tempo de que o sujeito em crise necessita para se desprender de parte do sofrimento manifestado no momento⁽⁴⁾.

A transformação da clínica e da forma de perceber e de atuar nas crises psíquicas, em especial, no espaço de atenção do SAMU, é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Porém, essa transformação não se garante sem esforços coletivos, visto que sua construção tem fortes raízes históricas atreladas à Psiquiatria clássica e ao modelo americano para intervenção em crises psíquicas.

Compreende-se que a discussão é ainda mais necessária porque o objeto deste estudo agrega contradições oriundas de compreensões sobre a assistência que divergem em vários aspectos. De um lado, a saúde mental com todas as prerrogativas de inclusão, respeito às singularidades, valorização do aspecto subjetivo, promoção de diálogo, intensificação das relações humanas como elemento terapêutico e luta pela construção de cidadania e justiça social para os usuários dos serviços. Do outro, o SAMU, setor de urgência em que se destaca a objetividade, otimização do tempo, valorização de equipamentos sofisticados, visão mecanicista e biológica do ser, compreensão das

ações através do binômio causa-efeito e extrema formalização técnica de suas ações via construção de protocolos.

Diante disso, a pesquisa teve como objetivo analisar as concepções dos profissionais de saúde do SAMU de Natal/RN acerca do atendimento às urgências psiquiátricas. Nesse processo, entende-se que a coparticipação da enfermagem nas discussões e pesquisas sobre as compreensões da atenção às crises psíquicas no SAMU amplia a visibilidade da interdisciplinaridade em saúde transcendente ao saber técnico ligado às profissões, historicamente fragmentado. Além disso, esse tipo de pesquisa pode contribuir para as mudanças nos cenários das práticas, uma vez que estas são materializadas a partir da relação entre as determinações provenientes de macro espaços e as diretrizes institucionais e saberes profissionais componentes dos micros espaços⁽⁸⁾.

MÉTODO

Pesquisa aplicada, de abordagem qualitativa, exploratória e do tipo estudo de caso. A entrevista semiestruturada foi adotada por permitir a presença ativa do pesquisador guiando a entrevista, conforme a necessidade, sem perder a possibilidade de descrição, explicação e compreensão dos fenômenos.

Os sujeitos do estudo foram selecionados entre os profissionais de saúde do SAMU de Natal/RN que estavam lotados na instituição e que exerciam atividades de assistência nas ocorrências. O critério de exclusão foi ter a sua atuação profissional voltada para atividades administrativas ou que não envolvesse assistência direta às urgências psiquiátricas à época da coleta de dados.

Para a apreciação das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo, mais especificamente, a análise temática, a qual demonstrou ser útil ao estudo, pois

possibilitou a apreciação mais minuciosa dos dados, para além do que foi simplesmente manifesto nas falas, atingindo a relação das categorias com as estruturas sociais do problema da pesquisa⁽⁹⁾.

Este estudo seguiu as diretrizes da resolução 196/96 que norteia a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil e foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN (CAAE nº 0190.0051.000-09). A coleta de informações foi realizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com critérios de saturação, os participantes do estudo foram quatro médicos, seis enfermeiros e catorze técnicos de enfermagem, de um universo de 143 profissionais de saúde lotados no serviço, que participam diretamente da assistência aos usuários.

Ao longo dos depoimentos dos entrevistados, foram identificadas referências que suscitaram unidades de significado em torno dos conceitos e concepções de urgência psiquiátrica. Tais referências foram agrupadas pela sua relação semântica em três categorias conforme a técnica de análise temática, quais sejam: o estigma sobre o paciente e o medo do profissional nas intervenções do SAMU em urgências psiquiátricas; a urgência psiquiátrica entendida como situação de risco à segurança do paciente e de terceiros; e a urgência psiquiátrica entendida como agressividade ou depressão severa do paciente.

O estigma sobre o paciente e o medo do profissional nas intervenções do SAMU em urgências psiquiátricas

Historicamente, o longo período em que o sujeito em sofrimento psíquico passou por segregação e exclusão da convivência social, isolados juntamente com prisioneiros comuns, ainda encerra reflexo significativo no ideário da loucura, mesmo com o movimento da Reforma Psiquiátrica atingindo o marco de 10 anos de Lei 10.216/2001, promulgada no Brasil. A pessoa com transtorno psiquiátrico, muitas vezes, continua sendo vista, principalmente em crise psíquica, como perigosa à integridade individual e coletiva⁽¹⁰⁾.

Isso se evidencia no trecho abaixo, quando um profissional do SAMU-Natal relata como acontece a abordagem rotineira das urgências psiquiátricas: *A gente comunica à central, pede pra eles ligarem pra Polícia Militar e reforçar o pedido. A gente fica comunicando pelo rádio com a central. Mas, permanece dentro da viatura e afastado do local* (Entrevistado 3).

A primeira defesa do profissional dominado pelo seu medo é se manter à distância da pessoa em sofrimento mental durante o momento de intensificação das manifestações da crise, conforme é reforçado pela fala abaixo: *Eu não me aproximo muito do paciente, vou logo sondando da família como ele está, quando está tudo bem que é eu chego perto do paciente, mas, sempre, com cautela. Não chego muito perto dele não, porque eu fico receosa* (Entrevistado 24).

O afastamento na relação do profissional com o paciente em crise devido, sobretudo, ao medo e ao estigma sobre a doença mental, dificulta a possibilidade da escuta e o fortalecimento da empatia diante da dor do outro. Isso restringe a intervenção às crises psíquicas por parte do SAMU⁽¹¹⁾.

Alguns sujeitos da pesquisa reconhecem que o medo pode prejudicar a qualidade da assistência de urgência prestada pelos profissionais de saúde do referido serviço, quando se trata do atendimento às urgências psiquiátricas: *Você chega lá e a equipe não consegue conter o paciente, fica daquele jeito, vamos dizer assim, com um pouco de medo de lidar com o paciente, mas eu acho que isso aí pode ser considerado uma falha* (Entrevistado 14).

Outro elemento envolvido nessa discussão é a compreensão da instabilidade da pessoa com transtorno mental, devido ao humor e atitudes imprevisíveis. A surpresa diante de alguns comportamentos “repentinos”, associados à manifestação de crise psíquica, reflete-se na dificuldade dos profissionais em perceber os sinais fornecidos pelo sujeito, os quais demonstram a intensificação do seu sofrimento. Neste sentido, alguns depoimentos legitimam os rótulos atribuídos aos pacientes em crise psíquica: *Porque ora ele é cooperativo com você, ora não, de repente ele pode querer mudar, de repente ele fica calmo e eu não tenho confiança em um atendimento psiquiátrico porque ele pode, de repente, surtar e querer me agredir* (Entrevistado 24).

Durante as entrevistas, os relatos evidenciaram o perigo, real ou como parte do imaginário dos profissionais, circunscrito ao atendimento das urgências psiquiátricas: *Já levei tanto bufete na cara que tenho medo* (Entrevistado 24). *Na maioria das vezes, eles estão armados. Armados, com um pedaço de pau, com um pedaço de ferro, com uma pedra, com uma faca* (Entrevistado 3).

Esses trechos de entrevista destacam a alta incidência de agressões e de ameaças com armas que, segundo os profissionais, acontecem durante as intervenções em urgências psiquiátricas. Quanto a esses relatos de agressões sofridas, pode-se questionar sobre em que circunstâncias isso teria acontecido? Pois, da voz do profissional que refere ter sido agredido gratuitamente, nunca se oferece a oportunidade de explicações ao agressor.

Diante dessa reflexão, identificam-se falas que contestaram as afirmações sobre agressões constantes: *Eu só vi um paciente agredindo o médico uma única vez. Acredito que de centenas de pacientes* (Entrevistado 10). *Na maioria das vezes não é um indivíduo violento, não é um ladrão, não é um marginal é apenas um indivíduo que está passando por um transtorno* (Entrevistado 17).

Entende-se que, em algumas situações, quando eventualmente o paciente possa estar armado e agressivo, o medo é natural e não um reflexo de preconceito do profissional. Afinal, trata-se de uma situação extrema em que o risco pode ser realmente grande. A análise crítica, no entanto, centra-se na concepção estereotipada de todo paciente psiquiátrico em crise oferecer riscos à equipe que o atende.

Essa percepção de que o sujeito em sofrimento psíquico é queixoso, desequilibrado, imprevisível, violento e que precisa de medidas repressivas para enquadrá-lo nas normas da sociedade⁽¹²⁾, configurou uma imagem distorcida da realidade empírica. Desta forma, o medo/estigma gera despreparo ao lidar com o paciente em crise, suscitando, como a melhor solução para o profissional, a ascensão da imobilização durante a intervenção. *Quando a gente não dispõe da polícia, a gente pede ajuda a terceiros e a gente imobiliza o paciente, contendo ele com crepom mesmo, colocando na viatura e enquanto puder manter ele imobilizado, melhor pra gente* (Entrevistado 9).

Neste depoimento, o uso da imobilização parece denotar uma atitude fim, através da qual o “problema” seria resolvido ao encaminhar a pessoa em sofrimento, imobilizada, até o destino, e não uma atitude meio, a qual deveria ser permeada por princípios de abordagem terapêutica. Portanto, essa percepção de atendimento remete aos primórdios dos abusos do saber/fazer psiquiátrico, onde a contenção mecânica era aplicada por ignorância ou castigo.

O medo dos profissionais do SAMU-Natal diante dos casos de urgência psiquiátrica está atrelado à

adoção de posturas defensivas ou omissões no cuidado prestado. Pesquisas acrescentam que "...o ataque e a omissão do cuidado frequentemente progridem para a contenção mecânica do paciente"^(13:154).

A necessidade de contenção e enquadramento corresponde ao medo que o próprio profissional possui, podendo gerar respostas de negação da condição de paciente psiquiátrico como alguém que precisava de ajuda. *O policial chegando e imobilizando e tirando a arma que ele poderia ter utilizado contra mim na inocência, porque eu pensava que ele era um paciente psiquiátrico precisando de ajuda e podia ter me prejudicado* (Entrevistado 17). Esse tipo de situação precisa, no mínimo, causar perplexidade e inquietação dos profissionais na busca por instrumentos que possam promover a segurança dos envolvidos, sem perder de vista a condição específica da pessoa que, mesmo relutando, está precisando de ajuda terapêutica.

Por vezes, as dificuldades de intervir nas ocorrências psiquiátricas fazem com que os profissionais do SAMU deixem de realizar procedimentos importantes para a avaliação do estado geral do paciente, não realizando, portanto, nem mesmo a abordagem de anamnese ou exame físico. Como depõe: *Então, não tem como você verificar todos os sinais vitais desse doente surtado* (Entrevistado 1).

A situação descrita oferece riscos à saúde dos sujeitos rotulados de pacientes psiquiátricos. Afinal, uma pessoa com história de doença mental pode apresentar demanda clínica, traumática ou obstétrica ao longo de sua vida, conforme evidenciado pelo profissional: *Eu peguei uma paciente psiquiátrica e ela tava bem ofegante; e eu questioneei com a família se essa paciente tinha aquele cansaço antes, aí disseram que sim. Então, eu resolvi olhar a pressão dela. Quando eu olhei, ela tava com pico hipertensivo mínima de 14. Aí, cansada, começou ter uma sudorese. Aí chamei até a ALFA, botei a paciente lá e percebi que ela tava tendo um edema agudo de pulmão* (Entrevistado 9).

É importante destacar que a pressão arterial da paciente, no caso descrito acima, foi verificada porque um sinal clínico chamou a atenção do profissional para a possibilidade de pico hipertensivo. Em pacientes que não carregam o rótulo de psiquiátrico a verificação de todos os sinais vitais é um procedimento padrão e imediato.

O estigma e o medo da loucura é algo forte nas concepções e conceitos dos profissionais de saúde, porque fazem parte de um contexto construído historicamente pela psiquiatria clássica. Esse constructo teórico, ainda, está presente no espaço da formação dos profissionais de saúde que estão à mercê de currículos que marginalizam a atenção psicossocial e priorizam a psicopatologia, a medicalização e a necessidade de isolamento do paciente sob o argumento da periculosidade⁽¹⁴⁾.

Alguns profissionais fizeram a seguinte sugestão para aumentar a segurança da equipe durante a abordagem em urgências psiquiátricas: *Uma ideia que a gente tá pensando é a possibilidade de utilizar técnicas orientais né, de artes marciais, não com o intuito de luta corporal, mas, utilizar algumas técnicas e, necessariamente, fazer restrição física desse doente* (Entrevistado 1). *A capacitação no sentido da abordagem do paciente! Não sei se vem o caso de colocar defesa pessoal* (Entrevistado 17).

A utilização de técnicas de imobilização adequada e não voltada para a agressão da integridade física e moral do sujeito em crise poderia contribuir para a realização de uma contenção física responsável quando, realmente, fosse necessário. Porém, antes de instrumentalizar a equipe com golpes de artes marciais é importante fazer um trabalho de desconstrução dos medos e preconceitos em torno da loucura que foram evidenciados nos depoimentos. Caso contrário, quando o profissional estiver diante de uma situação que, para ele, denote medo e ameaça, a partir de sua visão distorcida sobre a pessoa em sofrimento psíquico, é

muito provável que se utilize das artes marciais de forma agressiva e para realizar sua suposta defesa. Além do medo, a raiva, a compaixão, a empatia e a revolta são sentimentos comuns em equipes de saúde, teoricamente despreparadas em saúde mental, quando estas se deparam com um atendimento psiquiátrico⁽¹⁵⁾. Todavia, esses não são os únicos elementos envolvidos na construção do estigma sobre o sujeito em crise psíquica. Foi evidenciado que o preconceito com o doente mental também tem implicações na assistência prestada pelo SAMU-Natal, visto que, por vezes, chacotas sobre as ocorrências psiquiátricas fazem parte da comunicação entre as equipes das ambulâncias e o operador de rádio, além da falta de interesse observada em mandar ambulância para uma ocorrência psiquiátrica. Isso foi demonstrado pelo trecho: *Alguns operadores de rádio utilizam todo o seu preconceito contra o doente psiquiátrico, represando as urgências psiquiátricas, no sentido de ah! é doido! Então vai deixando, ou é drogado ou é etilista, vai represando essas ocorrências e somando essas ocorrências* (Entrevistado 1).

Porém, o preconceito sobre os pacientes psiquiátricos, evidentemente, existente entre os profissionais entrevistados no SAMU-Natal, é motivo de preocupação e reflexão para alguns, como se pode perceber nas falas que seguem: *Paciente que sofre de distúrbio psicológico e psiquiátrico não é doido, entendeu. Não são doidos, não devem ser ridicularizados, em hipótese alguma. É preciso humanização, por parte de toda equipe* (Entrevistado 10). *Paciente psiquiátrico ele é visto como se ele não tivesse emoções, como se não fosse dotado de raciocínio, como se ele fosse um animal* (Entrevistado 7).

Algumas reflexões podem ser feitas diante dessa constatação: Como uma percepção estigmatizada e ideológica da loucura pode estar presente no ideário de profissionais de saúde? Quais os mecanismos de sustentação que legitimam esses conceitos? A negação da condição humana dos pacientes psiquiátricos em crise sustenta a realização de práticas violentas, na

medida em que eximem os profissionais da culpa? A busca por essas e por outras perguntas e respostas demonstra que o preconceito velado, a polissemia repleta de negatividade em torno do termo "doido" e a negação da condição humana para os portadores de transtornos psíquicos são elementos trazidos por esses profissionais. Neste sentido, aponta-se para os desafios que a Reforma Psiquiátrica brasileira ainda precisa enfrentar na mudança do ideário social estigmatizado em torno da doença mental.

Esse processo revela a necessidade de desconstruir preconceitos, (re)construir as formas de conceituar a doença mental, reestruturar a condição de doente mental e, de fato, viabilizar a atenção psicossocial. Destarte, a convivência social desprovida ou, ao menos, com redução de preconceito entorno do portador de sofrimento mental ainda é um avanço a ser conquistado, mesmo após a Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa conquista tramita pelas instâncias legislativa, jurídica, executiva, política, de organização e gestão de serviços e de formação/qualificação dos profissionais.

Urgência psiquiátrica entendida como situação de risco à segurança do paciente e de terceiros

O referencial teórico que fundamenta a assistência prestada pelo SAMU, em todo Brasil, é oriundo de protocolos internacionais para o atendimento de urgência. Destacam-se, nesse contexto, o *Advance Cardiac Life Support (ACLS)* e o *Pre-hospital Trauma Life Support (PHTLS)*, que tratam de atendimento de urgências cardiológicas e traumáticas, respectivamente. Tais protocolos deliberam, entre outras diretrizes, que o profissional deve avaliar a cena da ocorrência antes de qualquer intervenção, certificando-se a de que existe segurança para todos os membros envolvidos no

resgate. Parte-se do princípio onde os socorristas não devem transformar-se em novas vítimas.

O Corpo de Bombeiros, entidade vinculada à Polícia Militar, é o único serviço brasileiro de atendimento pré-hospitalar que trabalha em situações de risco real para os membros do resgate. A reprodução dessas diretrizes, provenientes de protocolos adotados, evidencia-se na fala dos entrevistados, quando questionados sobre suas prioridades para intervenção nas urgências psiquiátricas, conforme se pode observar nos seguintes discursos: *A primeira coisa que eu acho que a gente tem que ver é a segurança da equipe* (Entrevistado 16). *Se o paciente tem algum risco, se a equipe sofre algum risco devido ao paciente, devido ao grau de instabilidade emocional desse paciente, se a gente pode entrar nessa cena* (Entrevistado 7).

As falas refletem o pensamento protocolar norteador da assistência de urgência no SAMU. Por isso, não podemos atribuir a eleição da segurança da equipe como prioridade de intervenção nas urgências psiquiátricas, como desencadeada pelo medo do paciente psiquiátrico em crise, embora possamos inferir que, nesses casos, há uma sobreposição de estigma e medo por parte do profissional, conforme debatido anteriormente. Afinal, seja na ocorrência obstétrica, traumática, clínica ou psiquiátrica, a prioridade do profissional do SAMU na cena será manter a segurança da equipe em primeiro lugar, segundo o guia dos protocolos nacionalmente adotados.

A urgência psiquiátrica é o único tipo de atendimento prestado pelo SAMU-Natal para o qual não existem diretrizes ou normas protocoladas. A necessidade de construção de um protocolo específico ao atendimento de urgência psiquiátrica e a capacitação da equipe para a atuação protocolar foram ressaltadas: *Mais treinamento e o que a legislação nos permite fazer: uma contenção, uma medida mais agressiva, até onde a gente pode ir, porque eu acho que isso gera dúvidas* (Entrevistado 15).

O pensamento e a prática protocolar trazem para a discussão sobre urgências psiquiátricas uma problemática bem particular, pois a saúde mental não segue "...a formatação de práticas rígidas, como as propagadas no SAMU, quando se trata de saúde mental, o protocolo acaba sendo parte de mais um grande problema do que uma solução"^(13:155).

Em ressalva, durante a construção de um protocolo, na medida em que as condutas são definidas e padronizadas, os espaços para as singularidades são diminuídos, ao passo que, quanto mais o protocolo deixa espaços para as manifestações individuais, mais ele perde seu caráter normativo e operacional. Não existem fórmulas direcionais à assistência em crise psíquica sem que isso implique a negação da subjetividade do sujeito o qual, em crise, se expressa de forma tão particular e singular. Não respeitar essa assertiva pode comprometer, diretamente, a qualidade da assistência prestada à pessoa com sofrimento psíquico acirrado.

Aliás, todas as estratégias de padronização de ações em saúde mental significam uma tentativa de inventar novos modos de organizar o que não pode e não deve ser organizado⁽¹²⁾. Dessa maneira, as intervenções em saúde mental não requerem, simplesmente, a aplicação de ações automáticas e repetitivas com diretrizes bem estabelecidas, mas sim, devem ser concebidas em um processo dinâmico, que envolve, centralmente, o sujeito em crise e se modifica ao mesmo tempo em que se operacionaliza⁽¹⁶⁾.

Todavia, para os profissionais do SAMU a necessidade de construção de protocolos ao atendimento das urgências psiquiátricas surge em resposta à sensação de descontrole e insegurança nas intervenções diante das manifestações de intensificação do sofrimento psíquico dos sujeitos.

Na compreensão dos referidos profissionais, as manifestações e comportamentos do sujeito, que surgem em resposta ao seu sofrimento psíquico, traduzem-se em risco para o próprio paciente, a família, a sociedade e para a equipe de saúde. *Realmente a gente vê que o paciente pode causar um dano a ele mesmo e a quem está próximo. E não tem como saber definir quando isso pode acontecer* (Entrevistado 19).

Ressalta-se que o discurso da periculosidade social e da desordem sobre a doença mental faz parte do saber estigmatizante, criado pela psiquiatria clássica para se consolidar como instrumento de manutenção da ordem e de pretensão equilíbrio social⁽⁶⁾. A preocupação em torno dessa questão emergente é que o serviço prestado pelo SAMU não deve pautar-se em conceitos repressivos e punitivos, corroborando práticas assistenciais violentas e de cunho manicomial.

A necessidade de normalização da doença mental como uma exigência social pode ser identificada quando um dos participantes da pesquisa tenta definir urgência psiquiátrica: *É todo processo que acontece que pode causar um dano ao paciente ou aos acompanhantes e a sociedade. Esse dano pode ser físico, psíquico ou social* (Entrevistado 6).

Cabe, nesse momento, refletir como um paciente em crise psíquica pode deflagrar riscos tão graves à sociedade? Precisa-se definir o risco nas situações de urgência psiquiátrica, para que o estigma de periculosidade que envolve a doença mental, presente no imaginário dos profissionais do SAMU-Natal, não direcione as intervenções no sentido da desvalorização do paciente como sujeito e da negligência diante dos princípios da Reforma Psiquiátrica, entendidos como os norteadores das práticas em saúde mental no Brasil.

Urgência psiquiátrica entendida como agressividade ou depressão severa do paciente

Durante a discussão pressuposta, destaca-se a presença do conceito de periculosidade, identificado na fala dos profissionais de saúde estudados, como um dos constructos propugnado pela psiquiatria clássica para efetivar socialmente seu poder e o discurso de dominação sobre a loucura. Um dos principais elementos fortalecedores das concepções de periculosidade é o fator da agressividade gratuita atribuída às pessoas com transtorno mental, especialmente em crise psíquica.

A internação no período anterior à Reforma Psiquiátrica foi justificada, ideologicamente, pelo raciocínio de que todo paciente psiquiátrico era perigoso e agressivo, configurando uma imagem distorcida e preconceituosa do usuário dos serviços de saúde mental. Dessa maneira, percebe-se que o debate acerca do doente mental é tão carregado de estigma que, mesmo depois de "liberto", ele continua sendo visto sob o viés da alegada incapacidade de viver em sociedade, marcadamente atribuída à periculosidade. Essa lógica ainda é alimentada pela relação da noção de urgência psiquiátrica com reações agressivas⁽⁶⁾.

O conceito de urgência psiquiátrica está fundamentado sobre o fator agressividade: *Urgência psiquiátrica são aqueles quadros caracterizados por pacientes que desenvolvem alto grau de agressividade, com ou sem utilizar algum tipo de arma, seja arma branca, arma de fogo* (Entrevistado 2). *É quando o paciente está agressivo, agitado, não colaborativo* (Entrevistado 9).

A estratégia de análise da pesquisa, baseada na categorização das informações coletadas, fez incluir o estigma acerca do paciente, o medo do profissional e a referida agressividade/periculosidade do sujeito em

sofrimento psíquico em três categorias, conforme já apresentadas. Porém, esses três aspectos estão, intrinsecamente, atrelados no pensamento e na prática dos profissionais do SAMU-Natal.

Afinal, periculosidade/agressividade e medo fazem parte de um mesmo processo de construção histórica, no qual se materializa um círculo vicioso em que a ideia de periculosidade potencializa a percepção de agressividade, aumenta o estigma da exclusão e alimenta o medo dos profissionais. Por sua vez, o medo fomenta o ideário social da periculosidade da loucura. Esse mecanismo de *feedback* contribui para que os sujeitos em sofrimento psíquico tenham suas necessidades e subjetividade negadas durante o atendimento de urgência, reforçando o estigma da exclusão social.

Olhar a agressividade unicamente como uma manifestação destrutiva e insalubre pode contribuir com a prática de intervenções voltadas para o ajuste e o enquadramento do sujeito. É necessário que os profissionais percebam, nessas manifestações de agressividade em crise, mais esperança do que desespero, mais carência do que maldade, mais apelo do que destrutividade e passem a intervir com o sujeito e para o sujeito.

A depressão foi destacada pelos profissionais entrevistados como outro elemento relevante na identificação de situações de urgência psiquiátrica. *Eu acredito que uma emergência psiquiátrica é aquele paciente que esteja tendo um suicídio* (Entrevistado 19). *Uma urgência psiquiátrica é quando aquele paciente está um tanto depressivo, muito depressivo uma depressão severa, a pessoa tentar suicídio, isso é uma emergência* (Entrevistado 3).

Neste sentido, durante as observações na sala de regulação, identificaram-se situações onde médicos reguladores negaram o envio de ambulâncias a solicitantes que relataram ideação suicida, alegando que

o SAMU não tem responsabilidade sobre as urgências psiquiátricas, sendo apenas de responsabilidade do SAMU quando o paciente está agressivo ou quando a tentativa de suicídio foi concretizada, por colocar em risco a vida do mesmo. Como é que uma equipe de saúde não pode intervir em uma situação de ideação suicida, porque aguarda que a autoagressão seja consumada, uma vez que não há nenhuma garantia de êxito para o socorro diante de uma tentativa de suicídio levada a termo?

Os profissionais do SAMU-Natal, em especial, os médicos reguladores que classificam as situações graves e não graves, precisam desmitificar o significado de urgência psiquiátrica, pois, conforme a observação clínica da área, um quadro de extrema passividade e lentidão de ações e pensamentos pode ser tão grave quanto um de agitação/agressividade⁽¹⁷⁾.

O paciente com ideação suicida está em risco de vida e precisa receber atendimento. O médico regulador deve investigar casos como esses, visto que um histórico de perturbação afetiva, ideação suicida severa, recidivante tentativa de suicídio, histórico familiar anterior, uso abusivo de álcool e outras drogas aumentam a probabilidade de que a tentativa de suicídio seja concretizada⁽¹⁸⁾. Esse tipo de risco não é percebido segundo os critérios estabelecidos pelo estigma do paciente psiquiátrico e do medo dos profissionais presentes na realidade do SAMU-Natal, pois, o suicídio ou sua tentativa é uma afronta aos profissionais de saúde que baseiam sua formação na racionalidade médica ocidental, sempre focada na cura e no socorro associados ao desejo de viver do paciente⁽¹⁹⁾.

Portanto, torna-se necessária uma mudança nas concepções vigentes na realidade da assistência às urgências psiquiátricas no SAMU-Natal, relevando as experiências subjetivas e o contexto social do paciente

em crise psíquica. Isso pode contribuir para que associações simplistas, que acabam por banalizar os fenômenos, sejam substituídas por uma análise mais ampla, possibilitando um horizonte de ação mais fértil⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É impossível pensar em uma transformação dos fazeres sem uma reorientação no campo dos saberes. Todavia, a análise levantada por esta pesquisa desenvolvida no SAMU-Natal é fundamental para que se possa entender as dificuldades dos profissionais no cotidiano dos serviços, bem como, discutir os limites, potencialidades e perspectivas para a transformação desse contexto.

Em síntese, a necessidade apresentada, ao longo da discussão, é de que a crise psíquica seja compreendida como uma manifestação individual, mas, que se apresenta e se desenvolve no âmbito coletivo, com todas as incoerências e antagonismos decorrentes da sua construção social e histórica. E, portanto, a assistência prestada nesses casos busque manter os laços sociais, ambientais e afetivos dos sujeitos, evitando medidas violentas, de cunho repressor ou excludente, que possam comprometer a criação de novas e futuras relações por parte da pessoa em crise psíquica.

Compreende-se a existência de situações em que a intervenção policial precisa ser solicitada ou que o uso de medidas enérgicas devem ser tomadas, como no caso de pacientes que ameaçam com alguma arma ou tentam ferir ou machucar alguém que se aproxima. Entretanto, apenas se contesta o uso indiscriminado de medidas extremas em situações de crises psíquicas ou de urgências psiquiátricas nas quais os sujeitos se mostram, até certo ponto, cooperativos e/ou abertos

para o diálogo, interação e adoção de medidas terapêuticas que visem à vivência positiva daquele momento traumático.

Os desafios são imensos e os questionamentos são complexos no contexto da assistência à crise psíquica. Mas, ao mesmo tempo, esses aspectos são um estímulo para a produção de conhecimento científico que venha a contribuir com o SAMU de Natal/RN para a consolidação de uma intervenção humanizada e articulada com a Reforma Psiquiátrica brasileira, garantindo diálogo terapêutico, inserção social e o resgate da cidadania para os sujeitos em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

1. Yasui S, Rosa AC. A estratégia de Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde Debate*. 2008; 32(78-80):27-37.
2. Ministério da Saúde (BR). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev Psicol UNESP*. 2007; 6(1):31-44.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Jardim KFSB, Dimenstein M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicol Rev*. 2007; 13(1):169-89.
7. Silva MBB. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):149-58.

8. Soares AM, Silveira BV, Reinaldo MAS. Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. *Rev Rene*. 2010; 11(3):47-56.
9. Rodrigues MSP, Leopardi MT. O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
10. Couto R, Alberti S. Breve histórico da Reforma Psiquiátrica para a uma melhor compreensão da questão atual. *Saúde Debate*. 2008; 32(78-80):132-9.
11. Corbisier C. RIPP: quando escutar é preciso. *Cad IPUB*. 2000; 6(17):59-69.
12. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):297-395.
13. Jardim K, Dimenstein M. A crise na rede do SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Saúde Debate*. 2008; 32(78-80):150-60.
14. Oliveira WF. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção à saúde. *Saúde Debate*. 2008; 32(78-80):38-48.
15. 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.
16. Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. Manual de saúde mental. São Paulo: Hucitec; 1994.
17. Moraes MLS. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. *Saúde debate*. 2009; 33(81):112-28.
18. Pordeus AMJ, Cavalcanti LPG, Vieira LJES, Coriolano LS, Osório MM, Ponte MSR, et al. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(5):1731-40.
19. Machini R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às "lesões autoprovocadas" nas emergências. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(5):1741-50.
20. Andrade EV, Bezerra Júnior B. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(2):445-53.

Recebido: 05/07/2011

Aceito: 26/02/2012