

3 SAÚDE MENTAL NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS¹

| Fabrício Bastos²; Carla Dutra³; João Almeida da Silva⁴; Kitiana Pacheco⁵; Thiago Silva⁶ |

RESUMO

CONTEXTO: Muitos profissionais da área da saúde ainda preservam resquícios do pensamento manicomial, interferindo diretamente na produção do cuidado e na compreensão das Redes de Atenção à Saúde e de Atenção Psicossocial.

OBJETIVO: Apreender as concepções dos profissionais envolvidos no atendimento pré-hospitalar acerca da atenção à saúde mental.

METODOLOGIA: Estudo descritivo e exploratório, a partir de fragmentos de falas de 28 profissionais do SAMU do município de Itabuna-BA, que atuam diretamente na assistência ao usuário. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo por categorização temática. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da EERP/USP, com base no Parecer Consubstanciado de nº. 543.516, em 27/02/2014.

RESULTADOS: Observou-se concepções negativas em relação à saúde mental, que reproduzem um modelo de atenção fragmentado, que segrega o “louco” para outros espaços, não permitindo a dimensão do cuidado ampliada, com acesso equânime, por entender esse sujeito como diferente, ameaçador, levando à exclusão e ideia de que a única opção, é o encaminhamento/internamento em hospital psiquiátrico.

CONCLUSÕES: Os conceitos fragmentados sobre a saúde diminuem o acesso aos serviços e oportunidades de emancipação do portador de transtorno mental. A reorientação dessa lógica é necessária para qualificar o atendimento e promover nesses profissionais o comprometimento com uma atenção à saúde ampliada e integral, com a perspectiva de melhoria do acesso aos serviços dispostos na rede, independente do usuário que utilizará o SAMU.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Atendimento pré-hospitalar; Urgência

RESUMEN

“Atención de salud mental móvil prehospitalaria: Concepciones de los profesionales”

CONTEXTO: Muchos profesionales de la salud aún conservan restos de pensamiento de asilo, lo que interfiere directamente en la producción de la atención y la comprensión de las Redes de Atención de la Salud y de Atención Psicossocial.

OBJETIVO: Comprender los conceptos de los profesionales implicados en la atención prehospitalaria sobre el cuidado de la salud mental.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo y exploratorio, de fragmentos de discursos de 28 profesionales del SAMU en Itabuna-BA, que actúan directamente sobre la asistencia a los usuarios. Se utilizó la técnica de análisis de contenido por clasificación temática. Estudio fue presentado al Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos de la EERP/ USP, en base a la autorización 543.516 de 27/02/2014.

RESULTADOS: Se observaron concepciones negativas con respecto a la salud mental, que reproducen un modelo de atención fragmentada que segrega el “loco” a otras áreas, no permitiendo la atención prolongada con acceso ecuánime, por entender este usuario como si fuera diferente, amenazante, que conduce a la exclusión y la idea de que la única opción es la remisión/hospitalización en un hospital psiquiátrico.

CONCLUSIONES: La fragmentación de conceptos sobre la salud disminuir el acceso a los servicios y las oportunidades de empoderamiento de los pacientes mentales. Es necesaria la reorientación de esta lógica para mejorar el servicio y promover el compromiso profesional con un enfoque en la salud expandida e integral, con la perspectiva de un mejor acceso a los servicios dispuestos en red, independientemente del usuario que va a utilizar el SAMU.

DESCRIPTORES: Salud mental; Atención prehospitalaria; Urgencia

ABSTRACT

“Mental health in mobile pre-hospital care: Conceptions of the professionals”

BACKGROUND: Many health professionals still preserve remnants of asylum thought, which interferes directly in the production of care and understanding of Care Networks Health and Psychosocial Care.

AIM: To grasp the concepts of the professionals involved in prehospital care about mental health care.

METHODS: descriptive and exploratory study from fragments of speeches of 28 professionals SAMU in the city of Itabuna-BA, which act directly on the user assistance. Content analysis technique for thematic categorization was used. The research was submitted to the Research Ethics Committee in Human Beings of EERP/USP, based on the opinion of Embodied No. 543 516 on 02/27/2014.

RESULTS: There were negative conceptions regarding mental health, which reproduce a fragmented care model that segregates the “crazy” to other areas, not allowing equality in access to extended care, understanding this subject as different, threatening, leading to exclusion and the idea that the only option is referral/hospitalization in a psychiatric hospital.

CONCLUSIONS: Fragmented concepts on health decrease access to services and empowerment opportunities of mental patients. The reorientation of this thought is needed to improve service and promote this professional commitment with a focus on expanded and full health with the prospect of improved access to ready the network services, regardless of the user who will use the SAMU.

KEYWORDS: Mental health; Prehospital care; Urgency

Submetido em 20-12-2015

Aceite em 30-05-2016

1 Artigo produzido a partir do banco de dados da tese intitulada “Sistema de Atendimento Móvel de Urgência de Itabuna: A relação entre a tomada de decisão e a produção do cuidado”. Os sujeitos da pesquisa foram 28 profissionais do SAMU do município brasileiro de Itabuna-BA.

2 Enfermeiro pela Universidade Estadual de Santa Cruz; Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; Professor Assistente na Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências da Saúde, Rodovia Jorge Amado, Bairro Salobrinho, Ilhéus-Bahia, Brasil, fabriciojbastos@yahoo.com.br

3 Enfermeira pela Universidade Estadual de Santa Cruz; Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente; Professora Assistente na Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências da Saúde, 45662-900 Ilhéus-Bahia, Brasil, cdcdutra@uesc.br

4 Enfermeiro pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Mestre em Enfermagem; Prof. Assistente na Universidade Estadual de Santa Cruz, prof.jl Almeida@gmail.com

5 Enfermeira pela União Metropolitana da Educação e Cultura; Mestranda em Desenvolvimento e Meio Ambiente na Universidade Estadual de Santa Cruz; Docente de Enfermagem na União Metropolitana da Educação e Cultura, 45601-000 Itabuna - BA, Brasil, kittypacheco@hotmail.com

6 Enfermeiro pela Universidade Estadual de Santa Cruz; Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ, Brasil, tns.thiago@hotmail.com

Citação: Bastos, F., Dutra, C., Silva, J., Pacheco, K., & Silva, T. (2016). Saúde mental no atendimento pré-hospitalar móvel: Concepções dos profissionais, acesso à saúde e produção de cuidado. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe. 4), 17-24.

INTRODUÇÃO

O atendimento realizado no ambiente pré-hospitalar móvel, aqui compreendido como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), é protagonizado por profissionais de diversas categorias, oriundas ou não da saúde. A produção do cuidado neste serviço destina-se a promover a saúde em situações de urgência e emergência.

A situação da atual estrutura dos serviços de saúde vai de encontro às características definidoras e princípios de integralidade e equidade na assistência. O que é possível desvelar é que há uma disparidade entre o Sistema planejado e pactuado e o Sistema que efetivamente existe em nosso cotidiano.

Entre todos os elementos que podem interferir na operacionalização das ações planejadas, dois merecem destaque aqui: o usuário do Sistema de Saúde e o Trabalhador da Saúde. O usuário busca os serviços de saúde de acordo com aquilo que compreende que os serviços oferecem. Assim, não se preocupa exatamente com o fluxo estabelecido para o atendimento à saúde no momento de buscar o que ele deseja com base em seu conceito pessoal e particular sobre o que é saúde ou o que é uma urgência.

A realização de ações que resultem no cuidado à saúde de um usuário, família ou comunidade é feita pelos profissionais que atuam na prestação da assistência à saúde. Essa produção apresenta potenciais contribuições para o desenho de um Sistema de Saúde ou seu redesenho ou mesmo para prover a manutenção de um modelo de assistência da maneira como se encontra.

Sobre o trabalho em saúde, Merhy e Franco (2008) nos apresentam alguns conceitos-chave para seu entendimento. O primeiro versa sobre as tecnologias em saúde. Para os referidos autores, os trabalhadores em saúde utilizam-se de três tipos de tecnologia para realizar o trabalho em saúde: tecnologias duras compostas pelos instrumentais utilizados para a execução do trabalho em saúde, a exemplo de seringas, estetoscópios, máscaras etc.; as tecnologias leve-duras que são os saberes elaborados em teorias, protocolos, rotinas; e, por fim, as tecnologias leves, que são relacionais e subjetivas, elas emergem dos contatos entre os diversos atores do cenário da saúde, a exemplo da relação que se estabelece entre trabalhadores da saúde e usuários. O segundo conceito apresentado nos reporta às características do trabalho cujos produtos resultantes podem gerar novos instrumentos ou técnicas que serão utilizados por outro trabalhador para produção de novos bens e serviços.

A este produto do trabalho (o protocolo, por exemplo) já instituído, os autores nomearam de trabalho morto, ou seja, o resultado de uma produção de trabalho que já aconteceu. Ao contrário disto, os autores colocam ainda que o trabalho realizado pelos trabalhadores ocorre no ato do trabalho ou no ato da produção. Este trabalho recebe o nome de trabalho vivo em ato (Merhy e Franco, 2008, p. 278).

Tanto na Rede de Atenção às Urgências quanto na Rede de Atenção Psicossocial e suas estruturas de atendimento ao portador de transtornos mentais, o cuidado se dá pelo contato trabalhador de saúde/usuário. Esses cuidados e o conjunto de serviços de saúde compõem um Sistema de Saúde. Em relação aos sistemas de saúde, Mendes define como “respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população” (Mendes, 2008, p. 4). Em geral, a responsabilização pela criação das respostas necessárias emerge da função do Estado como provedor a partir da análise de dados epidemiológicos e demográficos.

No caso do SAMU, os trabalhadores da saúde, que prestam assistência direta ao usuário gravemente enfermo, são os Médicos Intervencionistas, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e os Condutores Socorristas. O Médico Regulador realiza atendimento ao usuário gravemente enfermo, a partir da Central de Regulação das Urgências do SAMU, utilizando os recursos da telemedicina.

As necessidades de saúde da população ganham nova forma de vocalização ao serem evidenciadas pela ação do SAMU, uma vez que o serviço acaba atendendo as demandas que outros níveis de atenção do sistema poderiam atender de maneira mais equilibrada. Os profissionais do SAMU vivenciam diariamente as condições das portas de entrada do Sistema de Saúde como um todo, uma vez que os mesmos são acionados para a realização de atendimento tanto em domicílios e vias públicas, quanto em serviços de saúde públicos e privados. A partir da reunião de informações decorrentes do trabalho vivo em ato desenvolvido pelos profissionais que prestam assistência, a Central de Regulação das Urgências pode desenhar um panorama das condições do Sistema de Saúde mais ágil.

Dentre os usuários atendidos estão os portadores de transtornos mentais. Depois de 40 anos do início dos movimentos pela reforma psiquiátrica e suas vitórias, percebemos que os profissionais que atuam na área de saúde ainda preservam resquícios do pensamento manicomial.

Essas concepções interferem diretamente na produção do cuidado e na compreensão da Rede de Atenção à Saúde, mais especificamente na visão dos profissionais acerca da Rede de Atenção a Psicossocial. É possível afirmar que o processo de tomada de decisões realizado pelos profissionais do SAMU toma como base suas experiências, conhecimentos, e valores, aglutinados no núcleo de saberes e práticas do Atendimento Pré-Hospitalar. Este núcleo compõe o campo de saberes e práticas da Urgência e Emergência e é perpassado transversalmente pelo campo de saberes da Saúde Coletiva, Educação Permanente em Saúde e Educação Popular em Saúde.

Todos os processos de elaboração da realidade vivenciada no ambiente pré-hospitalar têm importância inconteste no atendimento ao usuário portador de transtorno mental. A incerteza de ambientes de atendimento torna o trabalho vivo em ato destes profissionais na prestação do cuidado mais difícil de ser executado. Diferentemente de outros campos de atuação com espaços físicos determinados, a exemplo do atendimento nas portas de emergência hospitalares e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no caso do atendimento realizado pelas equipes do SAMU não há definição do espaço físico para a prestação do cuidado.

Este artigo busca discutir como é percebida, pelos profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) de um município do interior da Bahia – Brasil, a prestação do cuidado ao usuário portador de transtorno mental. Define-se como objetivo: apreender as concepções dos profissionais envolvidos no atendimento pré-hospitalar acerca da atenção em saúde mental. Espera-se que este trabalho contribua com a reflexão e sugestão de novos modos de ser e agir em relação ao cuidado prestado nas situações de emergências psiquiátricas.

METODOLOGIA

O estudo é do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Foram utilizadas falas extraídas do banco de dados gerado pela tese de doutorado Sistema de Atendimento Móvel de Urgência de Itabuna: a relação entre a tomada de decisão e a produção do cuidado. Os sujeitos da pesquisa foram 28 profissionais do SAMU do município brasileiro de Itabuna-BA, que atuam diretamente na assistência ao usuário e atenderam ao critério de inclusão de experiência mínima de seis meses de atuação no SAMU. Como critérios de exclusão foram definidos: os profissionais do SAMU Itabuna que não atuavam na assistência direta ao usuário e que tivessem menos de seis meses no serviço.

A pesquisa foi desenvolvida em consonância e observância do que dispõe e orienta a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa com seres humanos (Ministério da Saúde, 2012). Anteriormente à coleta, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, recebendo aprovação pelo Parecer Consubstanciado de nº 543.516, em 27 de fevereiro de 2014. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo por categorização temática.

RESULTADOS

A caracterização profissional da amostra resultou em 09 condutores socorristas (COND), 10 técnicos de enfermagem (TE), 03 médicos intervencionistas (MI), 04 enfermeiros (ENF), 02 médicos reguladores (MR). A partir das falas dos sujeitos, foram compostas 2 categorias temáticas sobre as concepções frente ao transtorno psíquico em situação de urgência/emergência, apresentadas a seguir.

Atenção em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: Construções Sociais e o Reflexo no Acesso a Saúde

A Portaria nº. 2.048 do Ministério da Saúde (2011) traz uma definição de urgências psiquiátricas e sinaliza que os serviços de urgência devem estar aptos e possuir competência técnica para o atendimento a essas situações; nesse sentido, o SAMU possui o dever de acolher e articular com a rede de serviços para a produção do cuidado efetivo às demandas de saúde mental que se apresentarem dentro desse contexto.

Contudo, as situações de emergências psiquiátricas ainda são concebidas como complexas, complicadas e merecedoras de uma atenção que parece estar longe do arcabouço de competências de quem proporciona o cuidado, incumbindo outros espaços que são compreendidos como os detentores desse saber, fragmentando o sujeito entre condições clínicas e condições psíquicas, do atendimento do SAMU ao recebimento da demanda pelos hospitais. Os fragmentos das falas a seguir ilustram essa conjuntura:

“É complexo, por exemplo, quando você vai a uma vítima que é psiquiátrica, nós temos um hospital psiquiátrico e um hospital que também atende essa parte de psiquiatria; quando é um paciente clínico [...] o hospital clínico de Itabuna é o São Lucas e às vezes tem aquele lado que o hospital não quer receber [...]”
E06 TE02

“E muitas vezes a gente está com dificuldade também no atendimento médico ao paciente psiquiátrico, a noite não funciona a psiquiatria, que deveria funcionar, a gente acaba saindo com esse paciente, muitas vezes não tem nem necessidade de ir para um hospital de referência, o São Judas.” E19 TE09

Outra fala, a seguir, corrobora com o entendimento de que as situações psiquiátricas possuem um espaço próprio, diferenciado, em que a SAMU não deveria atuar:

“O paciente psiquiátrico, o paciente bêbado que está na porta de alguém, só pra gente ir e fazer o trabalho social de tirar de lá. Aí enquanto a gente está fazendo esse trabalho básico que eu acho que não precisava deslocar uma viatura do SAMU para fazer um atendimento que a própria população ou a própria pessoa possa fazer, a gente faz deixando outras pessoas que precisam na mão.” E12 COND 2

Nessa fala, é perceptível que a situação psiquiátrica é entendida como uma condição menor, “básica” em que os outros, mesmo leigos, podem assumir e se responsabilizar pela mesma. Transcorre também, na subjetividade da fala, um descompromisso em que o próprio sujeito é culpado por sua situação de saúde e que, portanto, pode por si só buscar resolução de seu problema e que, por outro lado, pode mostrar uma aversão para acolher o usuário nessa condição. A SAMU, quando acolhe, está fazendo um favor, um trabalho social que deveria ser de outro, ou seja, não é de sua competência. Esse entendimento como um fardo social fere, entre outras prerrogativas do SUS, os princípios da produção do cuidado com atenção equânime e acesso universal. Na fala seguinte, outro elemento constitutivo das concepções dos profissionais frente as situações de urgência psiquiátrica foi a associação com a violência e o risco de agressão:

“Geralmente se regula aqui no nosso ambiente de trabalho, a regulação é feita com os casos urgentes, que no caso é infarto, acidentes graves e baleados ou esfaqueados, sem contar os psiquiátricos que estão bastante violentos [...]” E15 COND06

É claro que, em muitas circunstâncias, a crise psiquiátrica pode desencadear reações violentas e temerárias; contudo, se considerarmos ações pautadas na contenção física apenas, sem uma intervenção terapêutica apropriada e acolhedora, a agressão entra na esfera do risco. Dessa forma, o medo e a incapacidade para uma ação promotora de cuidado se limitarão e poderão ser geradores de maior sofrimento ao usuário e exacerbação da raiva, o que pode culminar na efetividade do ato violento e consequências à integridade física de ambos.

Por outro lado, não surgem nas falas, em momento algum, uma necessidade de capacitação que mostre um comprometimento frente às situações de urgência psiquiátrica. Abaixo, uma fala que cita apenas a área psiquiátrica no rol de módulos de um curso, não como elemento mobilizador de uma capacitação específica:

“Eu já participei de um curso do PHTLS, já participei do curso Suporte Básico de Vida, Resgate Aero médico, cursos também de APH, pós-graduação em emergência com ênfase em atendimento pré-hospitalar e no momento estou fazendo um curso voltado pra o atendimento pré-hospitalar, um curso do Hospital Alemão Osvaldo Cruz, que abrange 16 módulos, desde da cinemática a áreas clínicas, psiquiátricas, cirúrgicas, pediátricas, gineco-obstétricas, estou fazendo esse curso ainda, falta a conclusão.” E18 TE08

A Fragmentação da Rede: Do Referenciamento à Condução dos Encaminhamentos

Os fragmentos das falas abaixo apontam a ideia de que o hospital psiquiátrico ainda é a preferência para o atendimento de usuários em crise psíquica e o SAMU um instrumento para direcionar esses usuários para a rede hospitalar:

“É... o Hospital de Base que recebe tanto os pacientes clínicos como pacientes de trauma, o Hospital São Lucas que tem função de Oncologia, né? Pacientes da oncologia e o Hospital São Judas que recebe pacientes de necessidade de tratamento psiquiátrico.” E09 COND04

“A gente tem emergências traumáticas que são referenciadas para o Hospital de Base, emergências clínicas que são referenciadas ao hospital São Lucas, emergências obstétricas e pediátricas ao hospital Manoel Novais, emergências psiquiátricas à clínica São Judas, e a parte do convênio são referenciadas à Santa Casa de Misericórdia, o hospital Calixto Midlej.” E10 ENF01

“Bom, paciente psiquiátrico, seja qualquer tipo, é encaminhado para o São Judas, paciente clínico, São Lucas, e pacientes graves, isso vinculado a acidentes ou espancamento, para o hospital de Base.” E15 COND06

As falas abaixo corroboram com os fragmentos anteriores citados e trazem a ideia de fluxo voltado para o hospital psiquiátrico, não obedecendo a essa lógica de organização em rede, na qual os profissionais não reconhecem possibilidades de pontos de atenção existentes e não ou não conseguem identificar outras alternativas de atenção extra – hospitalar:

“Pacientes clínicos na maioria das vezes vão para o hospital São Lucas, paciente trauma vai para o hospital referência que é o hospital de base, psiquiátrico vai para o hospital de base, sendo que de lá ele é avaliado pelo psiquiatra e encaminhado para o hospital São Judas.” E12 TE05

“Quadro clínico SUS vai para o São Lucas, que não aceita neurológico que vai para o Base, psiquiátrico também vai para a psiquiatria do Base é referência, cada um com sua referência diferente.” E19 TE09

Essa situação chama a atenção para necessidade de fluxos, bem como protocolos de encaminhamentos. Apesar dos resultados não apontarem a falta de protocolo de encaminhamento específico para a saúde mental no município em estudo, a fala abaixo mostra a importância da regulação do SAMU, que deve conter protocolos que respeitem as normas da Política Nacional de Atenção às Urgências e uma regulação médica que realize encaminhamentos adequados:

“O médico regulador do SAMU de Itabuna tem o papel de regular as urgências que são atendidas pelo SAMU, as urgências clínicas, cirúrgicas, obstétricas, pediátricas, psiquiátricas.” E18 TE08

A fala abaixo expressa a dúvida em relação ao fluxo ou lacunas quando chega o período da noite, além de descartar a necessidade de uma ambulância com equipamentos de maior densidade tecnológica, para atendimento de estados psíquicos alterados:

“Também a parte dos psiquiátricos que não é uma rotina para avançada (USA), mas que eu vejo durante o dia está tudo bem, mas quando chega a noite pode não estar tudo bem, se criaram lá no passado um fluxo de entrar pelo Hospital de Base para depois ir para o Hospital Psiquiátrico, o Hospital de Base tinha que ter esse atendimento 24 horas entendeu? Receber 24 horas.” E24 ENF03

Observa-se, de uma forma geral, que nas falas dos participantes há concepções negativas em relação à questão da saúde mental, reproduzindo aspectos de um modelo de atenção fragmentado que segrega o louco para outros espaços; portanto, não lhe é permitido uma dimensão de cuidado ampliada, de acesso equânime, por entender esse sujeito como diferente, ameaçador, que gera estranheza e desestabiliza. Em função disso, a exclusão é concretizada pela ideia de internação em um hospital psiquiátrico, resultado de uma percepção social difusa, diluída pelas diversas associações de loucura com o lado negativo da razão. A repercussão, além dessa compreensão do profissional, reproduz ainda modelos de formação que confundem atender a crise (urgência e emergência) com atender a demanda.

DISCUSSÃO

Na primeira categoria, as falas dos sujeitos trazem as construções sociais interferindo na atenção pré-hospitalar à saúde mental. Ainda hoje, a concepção sobre o portador de transtorno mental na sociedade é negativa, considerando-o como um sujeito sem capacidade de juízo, agressivo e, por isso, perigoso e incapaz que precisa de uma exclusividade “excludora”, arraigada na ideia da instituição psiquiátrica como a única capaz de promover o cuidado a essa condição (Maciel, Maciel, Barros, Sá e Carmino, 2008).

Observa-se que existem sérios entraves sociais, emocionais e/ou culturais que dificultam a implantação e a aceitação das situações psiquiátricas na atenção pré-hospitalar. Nas propostas para a desinstitucionalização na saúde mental estão previstas estratégias para que os hospitais gerais tenham unidades para as situações de emergência psiquiátrica e, conseqüentemente, o encaminhamento para uma rede de suporte, pós-crise, que continue a produção do cuidado. Contudo, no município de Itabuna, essa realidade ainda está distante tanto na estruturação de rede como nas concepções e ações dos profissionais frente à demanda do sofrimento psíquico em crise, como se pode observar nas falas iniciais dos sujeitos.

Brito, Ramos, Arruda, Dias e Silva (2013) apontaram, no seu estudo, concepções dos profissionais do SAMU que corroboram, expressando que a urgência psiquiátrica é “resultante de uma doença que incomoda, da qual a família quer se livrar e que para isso recorre muitas vezes ao SAMU”. As autoras ainda apontaram que os profissionais entenderam que o transporte de uma pessoa em crise não deveria ser em um veículo comum e que haveria a necessidade de imobilização, uso da força física e auxílio policial para conter. Nas falas do presente estudo, essa situação não surgiu, mas deixa claro, em ambas, que não deve existir forma alguma de acolhimento, empatia ou possibilidade de atenção ao sujeito que está em uma agudização de um processo psíquico. A discussão é quase inexistente quando o assunto é saúde mental no atendimento pré-hospitalar, o que reflete na prática dos profissionais do SAMU, marcando concepções e ações vinculadas ao senso comum e enraizadas nos procedimentos dos antigos hospitais psiquiátricos, como a imobilização mecânica e o auxílio da força física (Jardim e Dimenstein, 2007).

Nessa noção também está explícita a de “aprisionar o louco porque ele pode fazer mal”. Barros (1994, p. 184) reforça que “enquanto o sofrimento não consegue encontrar outros canais de expressão se fundamenta o risco potencial de um ato agressivo”.

Pode se observar que ainda existe um estigma da periculosidade do louco associada à maldade e perversidade que deve ser punida, aprisionada, contida. A ideia de imprevisibilidade e o desconhecimento trazem o medo e a insegurança que refletem o enfrentamento defensivo que afasta, que condena e que restringe.

Essa necessidade de compreender a situação do sofrimento psíquico para atuar de forma mais efetiva e humanizada perpassa a necessidade do profissional capacitar-se e atualizar-se frente a essa demanda. Nas falas desses sujeitos, essas capacitações, que poderiam causar algum desdobramento na atenção psiquiátrica em urgência, são poucas ou inexistentes. Além disso, as disciplinas psiquiátricas de formação não possuem um enfoque integral que perpassasse todos os ciclos e situações de saúde-adoecimento, o que as leva ao isolamento em um lócus de saber que merece atenção somente de quem irá se especializar na área. No atendimento pré-hospitalar restringem o profissional a reproduzir ações de cuidado equivocadas, excludentes e condenatórias.

No processo de desconstrução de todo esse contexto, não é possível restringir a criação de novos espaços e atores com competências assistenciais distanciadas da integralidade dos sujeitos no seu processo saúde-doença. Torna-se necessário ampliar o escopo de intervenção do SAMU para uma efetiva ruptura com valores que ainda justificam práticas e concepções segregadoras de uma cultura psiquiátrica centrada no manicômio. No que se refere à segunda categoria, sobre a rede e o direcionamento da demanda, as concepções trazem uma forma de fluxo também fragmentada e pouco efetiva. A regulação médica das urgências é identificada como porta de entrada, em conjunto com a atenção básica (Ministério da Saúde, 2001a), e deve agir como elemento orientador e ordenador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, com o intuito de estruturar a relação entre os vários serviços, bem como qualificar o fluxo dos usuários e estabelecer uma via de comunicação aberta, onde pedidos de socorros são “recebidos, avaliados e hierarquizados” (Ministério da Saúde, 2001b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma das principais barreiras, para alcançar resultados e eficácia em saúde em muitos sistemas de saúde, a fragmentação dos serviços (WHO, 2008). Estudos constatam que a assistência às crises psíquicas representa um grande desafio aos serviços de urgência e ainda apresenta divergências nos encaminhamentos e dificuldades para consolidar a atuação do SAMU articulada com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Jardim, 2008; Bonfada e Guimarães, 2012; Bonfada, Guimarães e Brito, 2012).

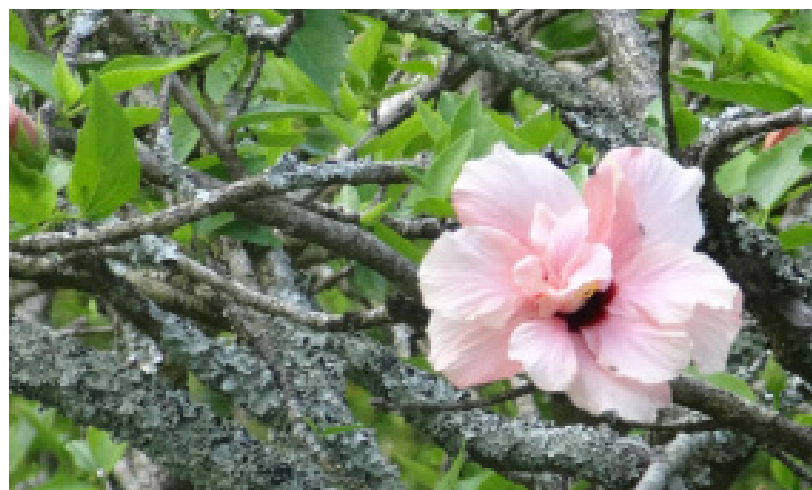
No presente estudo essas perspectivas também são observadas e ainda existe a concepção de que o fluxo dos usuários do SAMU possui direcionamento prioritário para a rede hospitalar, não articulando intervenções juntamente com outros serviços de atenção à saúde mental.

Jardim e Dimesntein (2008) ressaltam que o SAMU deve atuar de forma decisiva para contemplar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e não servir somente como simples instrumento de transporte com ambiente manicomial. Além disso, Dias, Vasconcelos, Vasconcelos e Moraes (2013) reforçam que essa prática pode levar ao aumento de pacientes em hospitais, deixando o CAPS como rara opção de escolha de referência.

Destarte, os serviços de Atenção à Saúde Mental devem estar organizados em rede com vista ao manejo do paciente psiquiátrico, em nível extra hospitalar, a exemplo de centros de atenção psicossocial, ambulatórios especializados e serviços de atenção primária, bem como identificar outras alternativas, como os serviços de internação parcial, através dos hospitais-dia; e a ampliação das funções dos serviços de emergências para o direcionamento dos pacientes em crise (Barros, Tung e Mari, 2012).

Por outro lado, no que concerne ao funcionamento protocolado do SAMU, que deveria trazer tanto as formas de atuação como o direcionamento das demandas, alguns estudos afirmam que nem sempre os atendimentos psiquiátricos contam com capacitações e muito menos com protocolo direcionador. Os autores ainda mostram que cada médico acaba criando o seu e este gira em torno, mais uma vez, de conceitos de agressividade e/ou periculosidade, não implicando em atendimento especializado ou que envolva maior complexidade (Jardim e Dimesntein, 2008).

O estudo demonstrou claramente a necessidade de capacitação profissional para compreensão dos fluxos de atendimento, pontos de atenção e reconhecimento da Rede de Atenção à Saúde Mental como um todo, bem como criação de protocolos de encaminhamento específicos para usuários em crise psíquica.



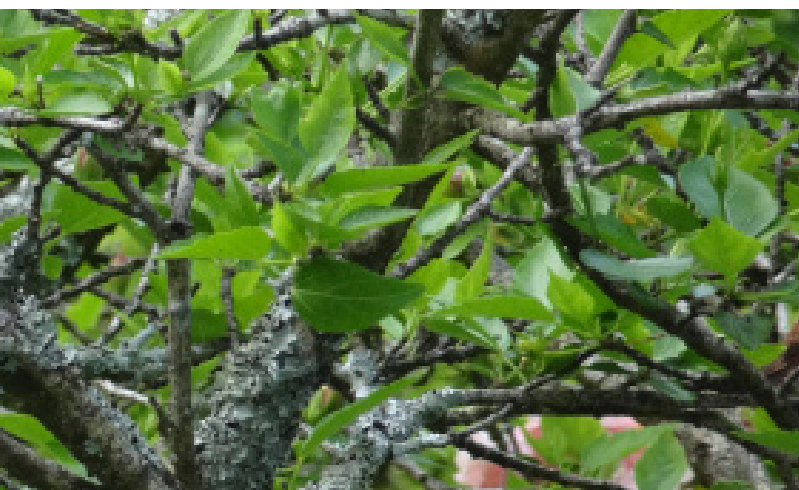
CONCLUSÕES

Os profissionais que atuam no SAMU preservam concepções teóricas e sociais que tendem a subdimensionar a gravidade das situações de acometimento da saúde mental. Essa é uma situação que requer dos gestores de saúde a adoção de estratégias que envolvam os elementos formadores e a promoção de ações de Educação Permanente em Saúde para suprir as lacunas geradas no processo de qualificação profissional que atenda aos usuários em crise psíquica, em situação de urgência, além da necessidade de também estabelecer continuamente, processos de capacitação de gestores locais, para dar suporte à atuação das equipes de saúde.

As consequências de tais concepções, por parte dos profissionais do SAMU, refletem diretamente na produção do cuidado prestado por este serviço. Este cuidado acaba sendo compreendido por estes profissionais como situação não urgente e que, portanto, não deveria ser incluída no rol de atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência.

Quando os profissionais, que são os agentes promotores da saúde na situação de urgência, reproduzem concepções distorcidas sobre a saúde, em especial, a atenção em saúde mental, o cuidado produzido tende a repetir os mesmos erros impulsionando e reforçando a segregação do portador de transtorno mental. Além disso, na medida em que o portador de transtorno mental só pode ser atendido no setor da psiquiatria de um determinado hospital e no período diurno, o sistema assume que este usuário não pode ser atendido na unidade de emergência junto com os outros usuários não portadores e reforça a necessidade de fluxos de atendimento adequados e da organização dos serviços existentes.

Conclui-se, assim, que ainda há muito a ser feito no processo de promoção, prevenção e atenção à saúde no atendimento dos portadores de transtorno mental, bem como ações de educação voltadas para os profissionais que prestam este cuidado e para gestores. Essas ações são essenciais para a mudança de concepções e atitude, somadas à imprescindível necessidade da reorientação do sistema de saúde em questão.



IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A partir das concepções da equipe, em que se observou os conceitos e ações fragmentadas e uma noção de rede descontínua, é importante refletir sobre a necessidade da mudança de um modelo em que os profissionais do SAMU não conseguem abarcar a complexidade no atendimento ao usuário em crise psíquica e intervém na “lógica linear de causa e efeito”, não reconhecendo seu potencial e objetivo ordenador e orientador no Sistema de Atenção Integral às Urgências.

Assim, a maior implicação para a atenção à saúde é a possibilidade de repensar as dimensões dessa prática assistencial, pois elas são as deflagradoras do processo de prestação de cuidado mais integral ao usuário com transtorno mental, interferindo no acesso aos serviços e oportunizando maior emancipação desses sujeitos no que se refere ao direito à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, D. D. (1994). Cidadania versus periculosidade social: A desinstitucionalização como desconstrução do saber. In P. Amarante, *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 171-194). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Barros, R. E. M., Tung, T. C., e Mari, J. (2012). Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 571-577. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600003

Bonfada, D., e Guimarães, J. (2012). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 227-236. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000200006

Bonfada, D., Guimarães, J., e Brito, A. A. C. (2012). Concepções de profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel quanto à urgência psiquiátrica. *Revista Rene*, 13(2), 309-320. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027981008.pdf>

Brito, M. A., Ramos, M. A. R., Arruda, V. S., Dias, A. M. A., e Silva, G. B. M. (2013). Percepção da equipe multiprofissional do SAMU frente às emergências psiquiátricas. *Revista Piauiense de Saúde*, 2(1), 1-11. Disponível em <http://www.revistarps.com.br/index.php/rps/article/view/11>

Dias, L. K. S., Vasconcelos, M. A., Vasconcelos, A. K. B., e Moraes, K. M. (2013). Atendimento pré-hospitalar às urgências psiquiátricas por uso de substâncias psicoativas. *Revista Sanare*, 12(2), 47-53. Disponível em <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/382>

Jardim, K., e Dimenstein, M. (2007). Urgência psiquiátrica: Loucura-periculosidade fundamentando as práticas do SAMU. In *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Disponível em http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_77.pdf

Jardim, K., e Dimenstein, M. (2008). A crise na rede do SAMU no contexto da reforma psiquiátrica. *Saúde em Debate*, 32(78,79,80), 150-160. Disponível em http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condi%C3%A7%C3%B5es%20e%20Condicionantes%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate_Sa%C3%BAde%20mental_%20v.32_n%2078-79-80_jan_%20dez_2008.pdf

Jardim, K. F. S. B. (2008). O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica: Em análise a experiência de Aracajú/SE (Dissertação Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

Maciel, S., Maciel, C., Barros, D., Sá, R., e Camino, L. (2008). Exclusão social do doente mental: Discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Psico*, 13(1), 115-124. Disponível em www.re-dalyc.org/pdf/4010/401036068014.pdf

Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 18(4), 3-11. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05>

Merhy, E. E., e Franco, T. B. (2008). Trabalho em saúde. Disponível em <http://www.epsvjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>

Ministério da Saúde. (2011). Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ministério da Saúde. (2001a). IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, excluir não. Relatório final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2001b). Portaria 814/GM, 1º de junho de 2001. Dispõe sobre a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências, revogando a Portaria N. 824 de 24 de junho de 1999. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012). Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde.

World Health Organization. (2008). Integrated health services: What and why?. Disponível em http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf

