

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**ALEXSANDRO BARRETO ALMEIDA**

**ATENÇÃO PRÉ HOSPITALAR AO SUJEITO EM CRISE  
PSÍQUICA**

**FLORIANÓPOLIS  
2011**



**ALEXSANDRO BARRETO ALMEIDA**

**ATENÇÃO PRÉ HOSPITALAR AO SUJEITO EM CRISE  
PSÍQUICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Linha de Pesquisa: Cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS  
2011]**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

A447a Almeida, Alexsandro Barreto

Atenção pré-hospitalar ao sujeito em crise psíquica  
[dissertação] / Alexsandro Barreto Almeida ; orientadora,  
Eliane Regina Pereira do Nascimento. - Florianópolis, SC,  
2011.

119 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Cuidados médicos  
ambulatoriais. 4. Serviço de ambulâncias - Florianópolis,  
Região Metropolitana de (SC). I. Nascimento, Eliane Regina  
Pereira do. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**ALEXSANDRO BARRETO ALMEIDA**

**ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR AO SUJEITO EM CRISE  
PSÍQUICA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

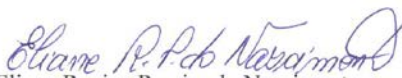
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 16 de dezembro de 2011, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora

**BANCA EXAMINADORA:**



Eliane Regina Pereira do Nascimento  
Presidente



Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza  
Membro



Dr. Jefferson Rodrigues  
Membro



Dra. Maria Terezinha Zeferino  
Membro



## Muros e Grades

Nas grandes cidades, no pequeno dia-a-dia  
O medo nos leva tudo, sobretudo a fantasia  
Então erguemos muros que nos dão a garantia  
De que morreremos cheios de uma vida tão vazia

Nas grandes cidades de um país tão violento  
Os muros e as grades nos protegem de quase tudo  
Mas o quase tudo quase sempre é quase nada  
E nada nos protege de uma vida sem sentido

Um dia super, uma noite super, uma vida superficial  
Entre as sombras, entre as sobras da nossa escassez  
Um dia super, uma noite super, uma vida superficial  
Entre cobras, entre escombros da nossa solidéz

Nas grandes cidades de um país tão irreal  
Os muros e as grades nos protegem de nosso próprio mal  
Levamos uma vida que não nos leva a nada  
Levamos muito tempo pra descobrir  
Que não é por aí... não é por nada não  
Não, não pode ser... é claro que não é, será?

Meninos de rua, delírios de ruínas  
Violência nua e crua, verdade clandestina  
Delírios de ruína, delitos e delícias  
A violência travestida faz seu trottoir  
Em armas de brinquedo, medo de brincar  
Em anúncios luminosos, lâminas de barbear

Viver assim é um absurdo como outro qualquer  
Como tentar o suicídio ou amar uma mulher  
Viver assim é um absurdo como outro qualquer  
Como lutar pelo poder  
Lutar como puder

Humberto Gessinger - Augusto Licks





## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e irmãos pelo incentivo, compreensão, apoio, carinho e principalmente por sempre acreditarem em mim;

A minha esposa e filhos, por transformar minha ausência e distancia em amor, estímulo e muito carinho. Vocês são a minha vida;

À orientadora, Dr<sup>a</sup>. Eliane Nascimento, por acreditar em minhas ideias, nortear meu caminho, paciência e compartilhar seus conhecimentos;

Aos membros da banca examinadora Dr<sup>a</sup> Maria Terezinha Zeferino, Dr<sup>a</sup> Ana Isabel Jatoba de Souza, Dr<sup>o</sup> Jeferson Rodrigues. e Dr<sup>a</sup> Gabriela Schweitzer, por contribuírem para riqueza desta pesquisa;

A todos os trabalhadores do SAMU, com os encontros e desencontros, que me acolheram e possibilitaram a construção deste estudo;

Ao GEASS por toda a nossa convivência, apoio e discussões tecidas em nossos encontros;

Aos meus verdadeiros amigos, que mantiveram nossa amizade em todos os momentos, fornecendo apoio e entusiasmo.



ALMEIDA, Alexsandro Barreto. **Atenção pré-hospitalar ao sujeito em crise psíquica**. 2011. 119 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2011.

Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Linha de Pesquisa: Cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

## RESUMO

O presente estudo teve por objetivo analisar como uma equipe de Atenção Pré-Hospitalar percebe e atende o sujeito em crise psíquica. A pesquisa se caracteriza como de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva, tendo como referencial teórico-filosófico o Paradigma Psicossocial. O estudo foi realizado em um município da grande Florianópolis com quatro equipes das Unidades de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Atenderam ao critério de seleção 14 profissionais, sendo que, destes, sete são técnicos de enfermagem e sete são socorristas que atuam como motoristas ou na assistência. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2011, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer Nº 1060/11) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para coleta dos dados foram utilizadas a observação da realidade, a fim de conhecer o funcionamento do serviço e permitir a aproximação com a equipe, e a entrevista semiestruturada, que possibilitou identificar o conhecimento dos participantes sobre a crise em saúde mental e a vivência no atendimento à crise. No processo de organização e análise dos dados utilizaram-se três figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo: a Expressão-chave (ECH), a Ideia Central (IC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os resultados deram origem a cinco discursos com os temas: entendimento de doença psíquica; características de situações de crise psíquica; as intervenções em crise psíquica; percepção das dificuldades no atendimento à pessoa em crise psíquica; sugestões na busca por um atendimento mais próximo do desejado à pessoa em crise psíquica. Os participantes percebem a crise psíquica como alteração de comportamento, instabilidade psicológica e como doença mental, caracterizada com a presença de alucinações,

mania de perseguição, desorientação e violência. Quanto às intervenções, referiram, entre outras, a contenção física, medicamentosa e encaminhamento. Sobre as dificuldades apontaram principalmente a falta de preparo para o atendimento. As sugestões dadas para a busca de um atendimento mais próximo do desejado foram a capacitação e a sistematização do atendimento. Os resultados da pesquisa apontaram a grande dificuldade nas ações de atenção à crise pelas equipes de atendimento pré-hospitalar devido principalmente à falta de preparo dos profissionais de saúde aliada ao estigma da loucura. Apesar da mudança política em saúde mental pautada no paradigma psicossocial, pode-se verificar o processo de trabalho centrado em intervenções tutelares e normatizadoras. Com isso constata-se a necessidade de repensarmos a loucura como fenômeno social e rediscutirmos o processo de formação profissional a partir do Paradigma Psicossocial.

**Palavras-chave:** saúde mental, atenção à crise, atendimento pré-hospitalar.

ALMEIDA, Alexsandro Barreto. **Pre-Hospitalar Attention to the subject in psychic crisis.** 2011. 119 p. Dissertation (MA in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis /SC, 2011.

Advisor: Dr. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Research Line: Care and the process of living, be healthy and fall ill.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze how a team of Pre-Hospital Care perceives and serves a patient in psychic crisis. It is a research with a qualitative approach of the exploratory and descriptive kind, that took the Psychosocial Paradigm as a theoretical-philosophical referential. The study was conducted in a municipality of Florianópolis with four teams of basic support units of the Department of Mobile Emergency Care (SAMU). 14 professionals came to be according the selection criteria, of whom seven were nursing technicians, and seven were paramedics who work as drivers and help with the assistance. The data collection was held during the period of April to June 2011, after authorization by the Ethics Committee in Research of the Federal University of Santa Catarina – (Opinion No. 1060/11) and signing of the Term of Consent. For data collection, were used both 1) the observation of the reality in order to understand the operation of the service and 2) approach to the team and the semi-structured interviews that made the identification of the participants' Knowledge about the crisis in mental health care and experience in crisis care possible. In the process of data analysis and organization, three methodological approaches of the Collective Subject Discourse were used: Key Expression (ECH), the Central Idea (CI) and the Collective Subject Discourse (CSD). The results led to five discourses with the following themes: understanding of the mental illness, the characteristics of psychic crisis situations, intervention in psychic crisis, perception of the difficulties in meeting a person in mental crisis; suggestions in search of a service closer to the desired for a person in mental crisis. The participants perceive the psychic crisis as a change in behavior, psychological instability, and as a mental illness, characterized by the presence of hallucinations, delusions of persecution, violence and disorientation. As for the interventions, were mentioned, among others, physical restraint, medication and referral. On the difficulties, the lack of preparation for the service was mainly pointed. The suggestions given to the search for a service closer to the desired were: capacity and the systematization of care. The results of the

search indicated the great difficulty in actions of attention to the crisis, coming from the teams of pre-hospital care, mainly due to lack of training of health professional, as well as the stigma of madness. Despite the political change in mental health guided the Psychosocial Paradigm, one can check the work centered in tutelar and normalizing interventions. Thus, there is the need to rethink this madness as a social phenomenon and revisit the process of training, from the Psychosocial Paradigm.

**Keywords:** Mental health, care crisis, pre-hospital care.

ALMEIDA, Alessandro Barreto. **Atención Pre-Hospitalar al sujeto en crisis psíquica**. 2011. 119 p. Dissertação (Maestría en Enfermería ) – Programa de Pós-Graduação em Enfermería , Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2011.

Orientador: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Línea de Investigación : Cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y enfermo

## RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo analizar como un equipo de atención pre - Hospitalar percibe y atiende sujeto en crisis psíquica. La investigación de abordaje Cualitativa , de tipo explorativo descriptiva , atiende como referencial teórico filosofía el paradigmas psico - social . El estudio fue realizado en un municipio de grande Florianópolis con cuatro equipos de las unidades de soporte Básico del servicio de Atendimento móvil de urgencias ( SAMU). Atendieron al criterio de selección a 14 profesionales , de este , siete eran técnicos de enfermería y siete socorristas, que actuaban como motoristas y asistentes . La colecta de datos fue realizada en el periodo de abril a junio de 2011, pos autorización del comité de ética en investigación de la universidad Federal de Santa Catarina – ( Parecer N ° 1060/11) y firma del termino de consentimiento libre y esclarecido . Para la colecta de los datos fueron utilizadas la observación de la realidad al fin de conocer el funcionamiento del servicio , y aproximación con el equipo y la entrevista semi estructurada que posibilito identificar el conocimiento de los participantes sobre las crisis en salud mental y vivencias en el atendimento a la crisis. En el proceso de organización y análisis de los datos se utilizó tres figuras metodológicas del Discurso del sujeto Colectivo: Expresión clave ((ECH); la Idea Central (IC) y el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Los resultados darán origen a cinco discursos con los temas: entendimiento de enfermedades psíquica; características de situaciones de crisis psíquica; as intervenciones en crisis psíquica ; percepción de las dificultades en el atendimento a la persona en crisis psíquica; sugerencias en la busca por un atendimento más próximo del deseado a la persona en crisis psíquica. Los participantes percibieron la crisis psíquica como alteración de comportamiento, inestabilidad psicológica y como enfermedad mental; caracterizada con la presencia de alucinaciones, manía de persecución, desorientación y violencia. Cuanto a las intervenciones informo, entre otras, la contención física, medicamentosa y encaminamiento. Sobre

las dificultades apuntaron principalmente la falta de preparo para el  
atendimiento. Las sugerencias dadas para la busca de un atendimiento  
más próximo del deseado fueron a la capacitación y la  
sistematización del atendimiento. Los resultados de la investigación  
apuntaron la grande dificultad en las acciones de atención a crisis por  
los equipos de atendimiento pre-hospitalar, debido principalmente a la  
falta de preparo de los profesionales de salud aliado al estigma de la  
locura. A pesar de la mudanza política en salud mental pautado en el  
paradigma psicosocial, puede verificar el proceso de trabajo centrado  
en intervenciones tutelares y normalizadoras. Con eso, hay necesidad  
de repensarnos a la locura como fenómeno social y rediscutimos el  
proceso de formación profesional, a partir del Paradigma Psicosocial.

**Palabras clave:** Salud mental, atención a la crisis, atendimiento pre-hospitalaria.



## LISTA DE QUADROS

- Quadro I:** Distribuição de publicações sobre as intervenções nas situações de crise em saúde mental segundo a base de dados, o periódico, o título e o ano de publicação. .... **35**
- Quadro II:** Distribuição de publicações sobre as intervenções nas situações de crise em saúde mental segundo a metodologia, o objetivo, o referencial teórico e a temática..... **38**



## SUMARIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA (RIL) .....</b>	<b>27</b>
2.1 ARTIGO - O CUIDADO NAS SITUAÇÕES DE CRISE EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	27
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>47</b>
3.1 PARADIGMA PSICOSSOCIAL.....	47
<b>3.1.1 Atendimento à Crise.....</b>	<b>50</b>
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>53</b>
4.1 ABORDAGEM DA PESQUISA .....	53
4.2 PARTICIPANTES E LOCAL DO ESTUDO.....	53
4.3 A ENTRADA NO CAMPO, A COLETA E O REGISTRO DOS DADOS .....	54
4.4 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	56
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>59</b>
5.1 ARTIGO I – SITUAÇÕES DE CRISE PSÍQUICA: PERCEPÇÃO E INTERVENÇÃO DE UMA EQUIPE DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR .....	66
5.2 ARTIGO II – INTERVENÇÃO NAS SITUAÇÕES DE CRISE PSÍQUICA: DIFICULDADES E SUGESTÕES DE UMA EQUIPE DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR.....	79
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>96</b>
<b>APENDICES.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>113</b>



## INTRODUÇÃO

A ideia desta pesquisa surgiu a partir das minhas vivências em diferentes espaços da vida pessoal e profissional, principalmente quando presenciava situações de crise em Saúde Mental. Em vários momentos como profissional pude verificar a angústia dos sujeitos em sofrimento psíquico, dos familiares e principalmente dos profissionais quanto às ações a serem tomadas, sendo que com frequência recorrem a estratégias de atenção superficiais e controladoras. Quando iniciei na docência, estive em contato direto com acadêmicos de enfermagem que atuavam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência como técnicos de enfermagem ou socorristas e percebia, na ocasião, que o tema *crise em saúde mental* era um dos assuntos mais esperados e questionados por eles. Instigava-me pensar que apesar de várias mudanças e avanços na formação profissional e nas Políticas Públicas referentes ao olhar sobre os sujeitos em sofrimento psíquico, a prática demonstrava que pouco se alterava nos momentos de intervenção às situações de crise psíquica.

As práticas aprisionantes e tutelares se colocam a partir da construção histórica da loucura, estando introjetado o olhar controlador e estigmatizante que persiste, provavelmente, devido, entre outros fatores, ao medo do desconhecido. Em uma sociedade de controle, com um processo de formação pautado na doença e na busca da cura como prioridade, torna-se difícil romper com esse modelo. Para que se consiga quebrar com esse sistema padronizado e patologizante, é necessário priorizar um cuidado humanizado e composto por diversos elementos que compõem a vida dos sujeitos, como o trabalho, a família, a cultura, entre outros. Para isso as ações devem ser prioritariamente complexas e constituídas a partir do empoderamento do sujeito no seu processo de cuidado. Para Boff (1999) o processo de cuidar perpassa pela responsabilização, preocupação, ocupação e constituição de vínculo. Esse entendimento requer uma aproximação entre os diferentes atores, profissionais e usuários, exigindo reconhecer o outro como um sujeito que represente mais do que um mero objeto de intervenção.

A psiquiatria enquanto especialidade médica surge a partir das transformações sociais promovidas pela Revolução Francesa e da ascensão do positivismo frente às explicações religiosas do cristianismo. Com isso a medicina se fortalece enquanto ciência com a criação da doença-loucura, e a instituição hospitalar se configura como dispositivo dominante no processo de suas reformas enquanto visão da loucura e forma de tratamento. Mas, após o fim da II Guerra Mundial, na Europa e

nos Estados Unidos surgem os primeiros movimentos contestadores ao modelo estabelecido pela psiquiatria, ampliando as discussões quanto à ordem social e estimulando a participação democrática pelo bem-estar social para todos os cidadãos (COVINO, 2007).

No início da década de 1970 os movimentos reformistas, inspirados na Reforma Psiquiátrica Italiana, se fortalecem no Brasil em consonância ao movimento sanitário brasileiro, em busca de uma mudança paradigmática nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, com o foco na saúde coletiva e na participação social no processo de mudança. Esta, conforme Yasui (2006), foi sendo construída pelos trabalhadores que vivenciavam o cotidiano de violência das instituições, angustiados pelas contradições e questões que a prática impunha, mas que, inspirados pelo clima político cultural, acreditavam na possibilidade de transformação. Nesse mesmo momento, a partir de um grupo de sanitaristas, nasce em São Paulo a ideia da criação do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e da Revista Saúde em Debate, com o objetivo de produzir e organizar o pensamento e as práticas críticas no campo da saúde pública (AMARANTE, 1997).

Conforme Amarante (2007), com o aumento de denúncias de maus-tratos e de condições de trabalho desfavoráveis pelos profissionais de saúde, constituiu-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), caracterizando-se por ser o primeiro e mais importante movimento organizado de contestação ao saber Psiquiátrico e renovação do campo da saúde mental, organizando e planejando ações e focando a desinstitucionalização como princípio fundamental. O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira surge com um intenso processo de discussão coletiva relacionada à saúde mental, envolvendo o questionamento dos conceitos instituídos e a construção de novos referenciais teóricos e políticos no contexto da psiquiatria. Ao mesmo tempo, é importante salientar que o Brasil vivia naquele momento um processo político bastante conturbado, devido à ditadura militar, mas com muitas possibilidades graças ao crescimento dos movimentos sociais na luta pela redemocratização do país.

Com a ampliação de integrantes no MTSM em todo o país, ampliam-se também as discussões e problematizações do tema, principalmente quanto ao olhar crítico sobre o fenômeno da loucura e seus paradigmas, representados pela transformação das relações sociais e pela desconstrução do imaginário social da loucura. Em 1987 surge o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que se configura pela articulação de diversos atores, como profissionais, usuários e familiares, mas principalmente pela parceria aos movimentos

sociais. Esse coletivo configurou-se pela mobilização em prol da desinstitucionalização e desospitalização da loucura.

Para Amarante (1995) a reforma psiquiátrica se configura pelo processo histórico de formulação crítica e prática, tendo como objetivos o questionamento e a elaboração de propostas transformadoras do modelo tradicional e do paradigma da psiquiatria. Esse autor ainda se refere à reforma psiquiátrica brasileira como um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões (epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural), que são simultâneas e inter-relacionadas, envolvendo movimentos, atores e conflitos, em que nenhum método ou teoria pode explicar sua complexidade.

Refere esse autor que a reforma é uma proposta de mudança paradigmática na forma de olhar a loucura e de transformação do processo de cuidado, tendo como foco o sujeito e sua complexidade. O sofrimento passa a ser entendido como uma manifestação da existência humana, em que o sujeito vivência um fenômeno subjetivo que se relaciona com seu corpo e com os aspectos sociais.

De acordo com Amarante (1995) a doença psíquica precisa ser entendida como uma forma de manifestação subjetiva que se dá conforme as relações sociais do sujeito em toda sua complexidade, ou seja, para além de um conceito de patologia. Indo mais além, Alverga e Dimenstein (2006) entendem a Reforma Psiquiátrica como um processo de reformulação social em que é preciso produzir um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão e considerar e valorizar as diferenças existentes e principalmente desconstruir as relações de dominação.

Com essa nova proposta de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico com base na coletividade, o hospital psiquiátrico deixa de ser o dispositivo de referência no tratamento para dar lugar a uma rede de cuidado comunitário e territorial, tendo como norteadora a Reabilitação Psicossocial. Para Pitta (2001), Reabilitação Psicossocial é uma abordagem estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais, que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados. A Atenção Psicossocial se coloca como oposição ao modelo da psiquiatria clássica.

A Reforma Psiquiátrica não prevê apenas transferir o cuidado de um espaço para outro, mas romper com um paradigma centrado na doença, no hospital e na desconstrução da identidade dos sujeitos. No ano de 2001, após intensas discussões no Congresso Nacional, é

implantada a Política Nacional de Saúde Mental, com a lei 10.216 (Anexo A). Essa política dá início a uma mudança no modelo de atenção à saúde mental brasileiro, alicerçado no Paradigma Psicossocial e em alguns dos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade –, havendo mudança de um modelo centralizador para a priorização dos serviços comunitários e territorializados. A implantação de uma nova política é um marco para a Saúde Mental Brasileira, principalmente após anos de discussões e embates com diversos atores da sociedade. Mas não podemos deixar de lembrar que esse marco é somente um novo início, com velhos e novos desafios para esse processo contínuo de repensar a loucura. E após quase dez anos de implantação, apesar de vários avanços em novos serviços de atendimento territorializados, e com foco na busca da cidadania do louco, os momentos de situações de crise ainda causam muitas inseguranças e desconfianças nas práticas desinstitucionalizantes.

Nesse sentido, Costa-Rosa et al. (2003) apontam para a configuração de um novo paradigma de atenção psicossocial substitutivo ao modelo iatrogênico e cronificador do manicômio, tendo como estratégia de transformação a desinstitucionalização dos saberes e a construção da cidadania dos sujeitos loucos. Conceituando loucura, Pichon-Rivière (2009) refere ser esta a expressão de nossa incapacidade para suportar e elaborar um montante determinado de sofrimento.

A constituição de uma nova forma de cuidado baseada na atenção psicossocial considera necessário inventar novas práticas em saúde mental e tem como objetivo buscar formas de atuação que impliquem a percepção do sujeito em sofrimento como um ser individual, complexo e entrelaçado por uma rede familiar e social, assim possibilitando a produção de novos territórios existenciais através da relação cotidiana e da transformação do imaginário social relacionado à loucura. Para esse novo modo de agir, surgem equipamentos de saúde que têm como prioridade o funcionamento em rede com os diversos setores da sociedade na busca da cidadania dos sujeitos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residencial terapêutico, ambulatórios, entre outros.

Os sujeitos em grave sofrimento psíquico vivenciam alguns momentos críticos que muitas vezes coincidem com o desencadeamento de um momento de crise, gerando com isso ações confusas e incompreendidas por eles e pela sociedade, que dificilmente resolvem-se somente com uma intervenção pontual, mas sim com uma estratégia ampliada de cuidado. Em vários momentos, na prática profissional, pude perceber a dificuldade das estruturas de saúde em lidar com essas



situações, em especial as de urgência. Uma das estratégias para tentar solucionar esse problema é contemplada no Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que coloca a regulação médica das urgências como sendo uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001a).

Posteriormente, com a publicação da Portaria 2048/GM (BRASIL, 2002b), instituiu-se a Política Nacional de Atenção às Urgências, na qual foi definido o conceito das urgências psiquiátricas, atestando que estas são de competência técnica dos serviços de urgência. Em 2003 foi aprovada a Portaria 1864/GM (BRASIL, 2003c), que fundou o componente pré-hospitalar móvel da política de urgência por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192). De acordo com essa portaria, o SAMU tem como dever realizar os atendimentos psiquiátricos, com o propósito de acompanhar as situações de Saúde Mental em crise até a rede de atendimento de urgência. O SAMU no Brasil possui uma Unidade de Suporte Avançado (USA) à vida e uma Unidade de Suporte Básico (USB) à vida, na qual não estão presentes as figuras do médico e do enfermeiro, e sim um técnico de enfermagem e um motorista socorrista, passando de Serviço de Atendimento Médico de Urgência para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

No entanto, somente a implantação de uma portaria não garante à população o atendimento humanizado, pois, para que ocorra uma mudança na assistência, é necessária a incorporação desse novo modelo de atenção pelos profissionais de saúde. Assim, faz-se de extrema importância o debate coletivo entre todos os atores frente ao Paradigma Psicossocial no intuito de refletir a prática.

Frente ao exposto e às possíveis contradições encontradas entre a Política vigente e as ações de cuidado ao sujeito nos momentos de crise, foi elaborado este estudo, que teve como questionamento: **Como a equipe de Atenção Pré-Hospitalar percebe e atende o sujeito em crise psíquica?**

Para atender ao questionamento acima, este estudo teve como objetivo **Analisar como uma equipe de Atenção Pré-Hospitalar percebe e atende o sujeito em crise psíquica.**



## **2 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA (RIL)**

A escolha da RIL se deu por entender que ela possibilita um aprofundamento do tema a partir dos estudos existentes. Conforme Mendes, Silveira e Galvão (2007), esse método permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área de estudo, além de contribuir para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas.

A RIL será apresentada, nessa pesquisa, sob a forma de artigo, para contribuir com possíveis publicações referentes ao tema abordado. O referente artigo será encaminhado à Revista Gaúcha de Enfermagem, de acordo com as instruções aos autores do periódico selecionado, porém com adaptações na apresentação gráfica, para atender às normas para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

### **2.1 ARTIGO - O CUIDADO NAS SITUAÇÕES DE CRISE EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

#### **O cuidado nas situações de crise em saúde mental: uma revisão integrativa**

#### **La crisis de los cuidados en salud mental: una revisión integradora**

#### **The care crisis in mental health: an integrative review**

Alexsandro Barreto ALMEIDA  
Eliane Regina Pereira do NASCIMENTO

#### **RESUMO**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que objetivou identificar como o entendimento de crise em saúde mental vem sendo descrito ao longo da última década nas produções científicas nacionais, a partir das publicações indexadas nas bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE. Obedecendo aos critérios de inclusão, totalizaram-se 14 publicações selecionadas para análise, das quais nove estão na LILACS,

quatro na BDEF e uma na MEDLINE. Esta pesquisa evidenciou o déficit de estudos com enfoque na intervenção em crise na saúde mental e que a forma de intervenção às situações de crise descritas está direcionada para exacerbação sintomatológica. Os achados indicam a necessidade em produzir pesquisas voltadas para atenção à crise a partir da percepção da clínica ampliada, o que pode contribuir para construção de ações em saúde mental pautadas no Paradigma Psicossocial.

Descritores: Saúde mental; Crise; Psiquiatria.

## **RESUMEN**

Se trata de una revisión integrativa de la literatura, dirigida a identificar y entender como las crisis de salud mental han sido descritas en la última década en las producciones científicas nacionales. La consulta se llevó a cabo en las publicaciones indexadas en las bases de datos LILACS, MEDLINE y BDEF. 14 publicaciones cumplieron con los criterios de inclusión. Del análisis se extrajeron dos categorías: la comprensión y prácticas en situaciones de crisis en la salud mental y las formas de intervención en la red de salud mental y la Estrategia de Salud de la Familia. La pesquisa mostró un déficit de estudios que se centran en la intervención en crisis en la salud mental y que la forma de intervención se dirige a una exacerbación de los síntomas. Los resultados indican la necesidad de producir una investigación para la atención a la crisis basada en la percepción de la clínica ampliada, que puede contribuir a la construcción de acciones en salud mental delineados en lo Paradigma Biopsicosocial

**Descritores:** Salud mental, Crisis, Psiquiatría.

## **ABSTRACT**

It is an integrative review of literature that aimed to identify how the understanding of mental health crisis has been described over the last decade, in the national scientific productions. The consultation was held in the publications indexed in the following databases: LILACS, MEDLINE and BDEF. 14 publications met the inclusion criteria. From the analysis, two categories were extracted: the understanding and practices in crisis in mental health and forms of intervention in mental health network and the Family Health Strategy. The research showed a deficit of studies that focus on crisis intervention in mental health, and that the form of intervention is directed to an exacerbation of symptoms. The findings indicate the need to produce research for the attention to the crisis based on the perception of the expanded clinic, which may contribute to the construction of actions in mental health delineated in

the Psychosocial Paradigm.

**Descriptors:** Mental Health, Crisis, Psychiatry.

## INTRODUÇÃO

O surgimento da psiquiatria enquanto especialidade médica se configura a partir das transformações sociais promovidas pela Revolução Francesa e da ascensão do positivismo frente às explicações religiosas do cristianismo. Com isso a medicina se fortalece enquanto ciência com a criação da doença-loucura, e a instituição hospitalar se configura como dispositivo dominante no processo do cuidado.

No início da década de 1970 os movimentos reformistas, inspirados na Reforma Psiquiátrica Italiana, se fortaleceram no Brasil, em consonância ao movimento sanitário brasileiro, em busca de uma mudança paradigmática nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, com o foco na saúde coletiva e na participação social no processo de mudança. A Reforma Psiquiátrica (RP) pode ser considerada como processo social complexo, articulado por diferentes dimensões que buscam a reorientação de serviços de saúde mental e o redimensionamento do olhar dos profissionais da saúde para o fenômeno da loucura (RODRIGUES; PINHO; SPICIGO; SANTOS, 2010).

O sofrimento passa a ser entendido como uma manifestação da existência humana, em que o sujeito vivencia um fenômeno subjetivo que se relaciona com seu corpo e com os aspectos sociais. Esse sofrimento precisa ser entendido como uma forma de manifestação subjetiva que se dá conforme as relações sociais do sujeito em toda sua complexidade, ou seja, para além de um conceito de patologia. A constituição de uma nova práxis baseada no Paradigma psicossocial considera necessário inventar novas práticas em saúde mental a partir dos princípios de concepção do objeto e dos meios de trabalho, concepções das formas da organização institucional, formas do relacionamento com a clientela e a concepção da finalidade em termos terapêuticos e éticos. Com isso, para iniciarmos a discussão do tema de crise em saúde mental, faz-se necessário refletir acerca de que olhar e de qual momento estamos partindo, pois esse conceito não possui somente uma definição. Com essa amplitude na concepção do entendimento do conceito de crise é fundamental compreender que essas situações podem surgir de múltiplos fatores, tanto objetivos como subjetivos. Nessa perspectiva o adoecimento é entendido como uma forma de adaptação e

de reação do sujeito, frente aos estímulos internos ou externos ao organismo. Com isso, a crise passa a ser entendida como um momento de extrema angústia e ansiedade, mas produtor de transformação e potencialidade singulares que não devem ser abafadas e nem se deve ter uma única resposta para elas. Podemos entender a crise como um momento de metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado para outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter também inédito (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Para a transformação do entendimento de crise é necessário uma mudança radical nas práticas assistenciais, principalmente na disponibilização da equipe técnica para o acolhimento e escuta do sujeito em situação de crise, proporcionando um ambiente favorável para a constituição de vínculo. No entanto pode-se perceber a dificuldade dos profissionais de saúde em incorporar no seu processo de trabalho esses novos entendimentos e práticas inovadoras na assistência em situações de crise. Isso principalmente no que se refere à percepção das potencialidades possíveis de serem trabalhadas, devido a sua singularidade, mas também à falta de conhecimento e criatividade na construção de ações coletivas e desestigmatizantes.

Como as situações de crise em saúde mental não possuem momento específico para acontecer, é necessário pensarmos em estratégias possíveis para ações a essa população em diferentes espaços.

Considerando-se as possíveis contradições encontradas entre a Política vigente na atenção à saúde mental e as ações de cuidado ao sujeito nos momentos de crise, questiona-se: como o entendimento de crise em saúde mental vem sendo descritos ao longo da última década nas produções científicas nacionais? Quais as suas contribuições para as intervenções nas situações de crise em saúde mental pautadas no paradigma psicossocial?

Nesse sentido, objetivou-se evidenciar e discutir o entendimento de crise em saúde mental e as principais formas de intervenção nas situações de crise, a partir de publicações científicas de enfermagem e saúde.

## **CAMINHO METODOLÓGICO**

Trata-se de estudo de revisão a fim de identificar as produções sobre o tema intervenção da crise em saúde mental, entre o período de 2001 a 2011. Optou-se pela Revisão Integrativa de Literatura, uma vez

que ela determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa da literatura estabelece critérios bem determinados para o seu desenvolvimento. Para tanto se utilizou para essa revisão da literatura as seis etapas indicadas para a sua construção: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e seleção da amostra; 3) definição das informações-chave a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) análise crítica dos estudos procurando diferenças ou conflitos nos diferentes estudos; 5) interpretação/discussão dos resultados comparando com conhecimento teórico; 6) síntese do conhecimento reportando de forma clara todos os procedimentos adotados na elaboração da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A estratégia de identificação e seleção dos estudos e identificação da amostra foi a busca de publicações científicas brasileiras, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), indexada na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE), nos meses de agosto e setembro de 2011.

Foram adotados como critérios de inclusão para seleção das publicações: artigos científicos indexados em periódicos nacionais, dissertações, teses e publicações com resumo e textos completos disponíveis para análise em idioma português, sendo que todos os trabalhos deveriam ter data de publicação entre os anos de 2001 e 2011. Esse recorte temporal se justifica devido à aprovação e implantação da Política Nacional de Saúde Mental, conforme lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Outro critério de inclusão adotado foi que os trabalhos deveriam contemplar em seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): saúde mental, crise, psiquiatria, reforma do serviço de saúde, serviço de saúde mental. Os critérios de exclusão dos artigos foram: publicações não disponibilizadas *on-line* e/ou que não estivessem na íntegra.

Através dos descritores utilizados foram encontradas 165 publicações. A primeira seleção dos trabalhos foi realizada através da leitura dos títulos e resumos de todas as publicações identificadas que possuíam relação com o objetivo da pesquisa. Atendendo os critérios de

inclusão, 14 estudos foram selecionados para análise, os quais são referenciados neste estudo. Os artigos selecionados foram analisados na íntegra e agrupados por áreas temáticas.

A caracterização dos estudos selecionados é apresentada na forma de quadro. A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram identificados os dados de localização do artigo, base de dados, periódico (artigo ou dissertação), título e ano de publicação. Os dados estão apresentados no I. Na segunda etapa ocorreu a análise das publicações, a partir de seus objetivos, metodologia utilizada, referencial teórico e temática do estudo. Esses dados estão presentes no quadro II. Os resultados encontrados foram sintetizados e agrupados por similaridade do conteúdo para serem analisados sob a forma de categorias. Foram construídas duas categorias de análise: entendimentos e práticas em situações de crise em saúde mental; rede de saúde mental e Estratégia de Saúde da Família (ESF); formas de intervenções.

## **RESULTADOS**

No quadro I pode-se constatar, no que se refere à base de dados, que o maior número de publicações (nove) encontra-se na LILACS. Quatro publicações estão disponíveis na Bdenf e uma na Medline. Quanto ao período de maior publicação de estudos com o tema intervenção na crise em saúde mental, constatamos que foi de 2004 a 2010, sendo que o maior número de publicações ocorreu no ano de 2009. Pode-se inferir que, apesar de a atual política de saúde mental nacional ter sido aprovada em 2001, as pesquisas relacionadas ao tema da crise passaram a ser publicadas com mais intensidade nos últimos 05 anos, porém ainda em pequena quantidade.

Com relação à origem dos 14 trabalhos que constituíram o corpo amostral desta revisão, dez estão publicados em periódicos, sendo cinco em periódicos de enfermagem, dois em periódicos de saúde coletiva, dois em periódicos de psicologia e um em periódico de terapia ocupacional. Além dos dez artigos em periódicos, encontrou-se o tema crise em saúde mental em quatro dissertações, sendo uma em enfermagem e três em saúde coletiva.



<b>N</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>PERIÓDICO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>ANO</b>
<b>01</b>	Bdenf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS (Dissertação)	Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede saúde dos municípios de Porto Alegre	Sidnei Teixeira Junior	2010
<b>02</b>	Bdenf	(SMAD) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (artigo)	Uso da criatividade e da tecnologia no ensino da crise em enfermagem psiquiátrica e saúde mental	Jeferson Rodrigues; Leandro I. Pinho; Jonas S. Spricigo; Silvia M. A. dos Santos.	2010
<b>03</b>	Medline	Revista Escola Enfermagem USP (artigo)	Saúde mental e enfermagem na estratégia Saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?	Laiane M. Ribeiro; Soraya M. Medeiros; Jonas S. Albuquerque; Sandra M. B. A. Fernandes.	2010
<b>04</b>	Lilacs	Revista de Saúde Pública (artigo)	Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental	Rosana T. O. Campos; Juarez Pereira Furtado; Eduardo Passos; Ana Luiza Ferrer; Lilian Miranda; Carlos A. P. Gama.	2009
<b>05</b>	Lilacs	Ciência e Saúde Coletiva (artigo)	A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica	Cristina Amélia Luzio; Solange L`Abbate.	2009

<b>06</b>	Lilacs	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (dissertação)	O engenho por dentro: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade	Dynnara de Azevedo Avena	2009
<b>07</b>	Lilacs	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (dissertação)	Assistência aos pacientes em crise em um centro de referência em saúde mental de Belo Horizonte	Flaviana Mara da Silva	2009
<b>08</b>	Bdenf	Revista gaúcha Enfermagem	Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde	Juliana Reale Caçapava; Luciana de A. Colvero.	2008
<b>09</b>	Bdenf	Revista Enfermagem UERJ (artigo)	Emergências em saúde mental: prática da equipe de enfermagem durante o período de internação	Priscila Estelmhsts; Tatiana Brusamarello; Dayane Borille; Mariluci Alves Maftum.	2008
<b>10</b>	Lilacs	Revista enfermagem UERJ (artigo)	Centro de atenção psicossocial: trajetória, organização e funcionamento	Christine Wetzel; Luciane Prado Kantorski; Jacqueline de Souza.	2008
<b>11</b>	Lilacs	Psicologia em revista (artigo)	Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica	Katita jardim; Magda Dimenstein.	2007
<b>12</b>	Lilacs	Revista mal-estar e subjetividade (artigo)	Psicose e sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise	Isalena Santos Carvalho; Ileno Izídio Costa; Júlia S. N. F. Bucher-Maluschke.	2007

13	Lilacs	Escola Nacional de Saúde pública Sergio Arouca (dissertação)	A ação territorial do centro de atenção psicossocial (caps) enquanto Indicativo de sua natureza substitutiva	Renata Martins Quintas	2007
14	Lilacs	Revista Terapia Ocupacional (artigo)	A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental	Fernanda Nicácio; Gastão Wagner de Sousa Campos.	2004

**Quadro I:** Distribuição de publicações sobre as intervenções nas situações de crise em saúde mental segundo a base de dados, o periódico, o título e o ano de publicação.

Em relação ao objetivo dos estudos pode-se verificar (quadro II) que sete publicações têm o foco no conhecimento e na análise das práticas assistenciais pelos serviços de saúde e que duas publicações com foco na descrição de ações voltadas para estratégias de intervenção dos serviços e ao usuário de saúde mental. Ou seja, a discussão quanto ao entendimento de crise em saúde mental foi explorada como objetivo em apenas uma dessas publicações.

Em relação aos aspectos metodológicos, observa-se o predomínio de publicações (onze) utilizando método de estudo qualitativo. Justifica-se esse maior número de publicações qualitativas devido ao tema da saúde mental estar relacionado diretamente com fenômenos subjetivos.

Nesse sentido a pesquisa qualitativa parte da vida real dos sujeitos. Essa modalidade de pesquisa possibilita uma ampliação do olhar ao fenômeno pesquisado e, por consequência, uma maior aproximação com a realidade vivenciada no dia a dia (MINAYO, 2007).

Apesar de diferentes referenciais teóricos citados em 12 estudos, pode-se constatar um maior número de referenciais relacionados à linha das ciências humanas e sociais. Essa constatação se deve ao fato de que o olhar da saúde mental está pautado nos princípios da complexidade do sujeito e, por consequência, na sua coletividade. Os estudos 11 e 03 não apresentaram ou citaram o referencial teórico utilizado

<b>N</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b>	<b>TEMÁTICA</b>
<b>01</b>	Estudo Qualitativo	Analisar a rede de serviços tecida a partir das trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos de uma ESF.	História de vida focal associado entrevista profundidade.	Rede saúde mental e ESF
<b>02</b>	Estudo de atualização	Apresentar possibilidades de ensino sobre crise em saúde mental nos cursos de graduação em enfermagem.	Ensaio teórico	Ensino sobre crise em saúde mental na enfermagem
<b>03</b>	Estudo Qualitativo	Descrever as atividades voltadas para a atenção ao portador de transtorno mental na Estratégia Saúde da Família e identificar se os profissionais encontram-se preparados para atender a essa clientela específica.	História oral temática	Atuação do enfermeiro da ESF em Saúde Mental
<b>04</b>	Estudo Qualitativo	Avaliar os modelos assistenciais, de gestão e de formação de trabalhadores de uma rede de centros de atenção psicossocial	Referencial teórico de Ricoeur	Avaliação dos CAPS
<b>05</b>	Estudo Qualitativo	Conhecer as ressonâncias das propostas do movimento da RP no que se refere às transformações nos campos teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico político e sociocultural em municípios de pequeno e médio porte.	Método dialético	Atenção à crise
<b>06</b>	Estudo Qualitativo	Analisar os processos de trabalho e de produção do cuidado	Cartografia	Enfermagem na internação

		dos auxiliares e técnicos de enfermagem do Núcleo de Atenção à Crise do IMAS Nise da Silveira no contexto da desinstitucionalização e os seus efeitos na integralidade do cuidado.		
07	Estudo Qualitativo	Investigar as práticas de assistência ao paciente com sofrimento mental em situação de crise em um novo serviço (CERSAM)	Psicossociologia Francesa	Entendimento sobre crise
08	Estudo Qualitativo	Conhecer as estratégias de atendimento em saúde mental na Atenção Básica e a maneira como se articulam os serviços de saúde de uma determinada região do município de São Paulo, para produzirem o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico.	Avaliação de quarta geração, desenvolvida por Guba e Lincoln	Saúde Mental na Atenção Básica
09	Estudo Qualitativo	Conhecer como se desenvolve a prática de enfermagem nas situações de emergência a pacientes internados.	Psiquiatria Democrática Italiana e pela experiência santista de formulação de um programa de saúde mental	Intervenção da enfermagem na internação
10	Estudo Qualitativo	Descrever a trajetória, a organização e o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial	Realidade das experiências de Gorizia e Trieste	Análise da Intervenção
11	Não descreve	Problematizar a Urgência Psiquiátrica e seus conceitos fundantes, o risco e a crise.	Não especificado	Intervenção à crise
12	Não	Discutir significados	Não especificado	Intervenção à

	descreve	atribuídos à ocorrência de uma crise psicótica na sociedade, tendo como base suas possíveis repercussões na vida do paciente e de sua família, bem como relações que passam a desenvolver com instituições de saúde mental.		crise
13	Não descreve	Investigar as possibilidades de atuação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação ao território.	Observação participante	Análise da intervenção
14	Estudo de Investigação	Elaborar e refletir sobre as principais temáticas para a produção do Núcleo de Atenção Psicossocial, no contexto da experiência de saúde mental desenvolvida em Santos no período de 1989 a 1996, em seu fazer-se cotidiano, problematizando as inovações e as contradições desse processo.	Não especificado	Intervenção à crise

**Quadro II:** Distribuição de publicações sobre as intervenções nas situações de crise em saúde mental segundo a metodologia, o objetivo, o referencial teórico e a temática.

A leitura pormenorizada dos 14 estudos permitiu o agrupamento dos resultados por similaridade de conteúdo, constituindo duas categorias de análise: entendimento e práticas em situações de crise em saúde mental e as formas de intervenção na rede de saúde mental e Estratégia de Saúde da Família.

### **I - Entendimentos e práticas em situações de crise em saúde mental**

Os estudos 02, 05, 06, 07, 09, 10, 11, 12, 13, 14 tiveram como

foco as situações de crise em saúde mental. O estudo 05 nos mostra a importância do compromisso dos gestores com um maior investimento nas equipes multiprofissionais, a participação dos usuários e familiares e ações de intersectorialidade (LUZIO; L'ABBATE, 2009). Podemos complementar essa afirmação com o estudo 14, que verificou que com a implementação de políticas públicas locais em saúde mental abre-se um conjunto de novas questões a serem analisadas, como práticas inovadoras de atenção às situações de crise. Desafio complexo que, em suas diversas dimensões, exige a superação do pensamento linear que pretende simplificar o sofrimento e pretende dar respostas simples a demandas cuja formulação foi artificialmente induzida.

Para que ocorra essa mudança, o estudo 13 nos traz como dado a necessidade de que se extrapolem as vias do olhar clínico tradicional e se incorpore nas práticas diversas formas de saber de pacientes, familiares e do seu território (QUINTAS, 2007). Com isso, nota-se que é de extrema importância verificar, conforme o estudo 02, a dissonância entre o que se ensina e o que se pratica na atenção à crise em saúde mental (RODRIGUES; PINHO; SPICIGO; SANTOS, 2010).

O estudo 11 relata a importância de desconstruir a ideia de urgência em psiquiatria e pensar em uma ética-cuidado que se aproxima mais de um tipo de atenção urgente à pessoa em crise (SILVA, 2009). O estudo 09 salienta o ato de repensar as concepções de emergência, os cuidados, a importância do diálogo como primeira intervenção junto à pessoa que necessita de atendimento de emergência (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007). O cuidado, conforme o estudo 12, necessita de uma escuta que valorize a opinião do sujeito e a de sua família sobre fatores que associam à constituição da crise, bem como sobre as decisões relacionadas ao tratamento. Representa um desafio que não se extingue com a derrubada dos muros dos hospitais psiquiátricos, com a diminuição de seus leitos ou o com desenvolvimento de novos serviços de atendimento (CARVALHO; COSTA; BUCHER-MALUSCHKE, 2007).

O estudo 06 nos mostra que através do mapeamento das práticas rotineiras de cuidado evidenciou-se que estas são predominantemente pautadas no modelo asilar. Os profissionais são desprestigiados em relação à política de formação e capacitação em saúde mental (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

O estudo 07 permitiu compreender o imaginário dos profissionais sobre o próprio serviço e sua proposta assistencial, além das representações de crise que perpassam as práticas assistenciais desses profissionais. Junto à dimensão imaginária, a configuração dos

processos de trabalho, o funcionamento dos dispositivos assistenciais do serviço e o trabalho em equipe permitiram apreender os desafios cotidianos encontrados pelos profissionais que se dedicam ao árduo trabalho de oferecer uma assistência às pessoas em situação de crise conforme os princípios e valores do ideal que norteia o projeto assistencial da equipe: o ideal antimanicomial (JUNIOR, 2010).

## **II – Rede de saúde mental e Estratégia de Saúde da Família (ESF): formas de intervenção**

Os estudos 01, 03, 04 e 08 tiveram como foco a rede de saúde mental e a estratégia de saúde da família. Entre esses estudos, é possível perceber análises divergentes: o estudo 08 mostra que as Unidades Básicas possuem estratégias semelhantes no atendimento de saúde mental à população, estruturando, a partir do acolhimento, o fluxo do usuário nos serviços (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008); o estudo 03 constata que não há atividades para o portador de transtorno mental na rede básica (RIBEIRO; MEDEIROS; ALBUQUERQUE; FERNANDES, 2010); o estudo 04 identificou pontos fortes e fragilidades no que concerne à atenção à crise, à articulação com a rede básica, à formulação de projetos terapêuticos, à gestão e à organização em equipes de referência, à formação educacional e ao sofrimento psíquico (LUZIO; L'ABBATE, 2009).

Através do estudo 08 foram observadas dificuldades na articulação entre os serviços de saúde do território devido às barreiras de acesso à atenção especializada, o que propicia a emergência de crises psiquiátricas, a trajetória recorrente e frequente do usuário ao serviço de emergência e uma lacuna na prestação do cuidado de saúde contínuo e global (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008).

Com isso, faz-se necessário, conforme o estudo 01, aprofundar a corresponsabilização entre os recursos do estado, do território, dos cidadãos, desenhando novas cartografias, comprometidas com o agenciamento de trajetos assistenciais mais resolutivos.

## **DISCUSSÃO**

Para que possamos pensar na questão da crise em saúde mental é necessário uma análise a partir do processo de constituição histórica da doença loucura. Conforme Silva (2009), a partir do conceito de alienação mental definiu-se a loucura como patologia produzida por um



distúrbio no âmbito das paixões que podia ser curada. Com a criação da doença se cria um grande investimento em ações de tratamento através da organização moral na busca de uma cura, tendo como dispositivo principal o hospital. A psiquiatria enquanto “medicina abstrata” encontrou diversas dificuldades para seu funcionamento (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007). Para Silva (2009) a psiquiatria, desde seu início, esforçou-se em definir a natureza do seu objeto de acordo com o modelo de racionalidade que preside a ciência moderna. Na busca de uma afirmação enquanto especialidade médica, principalmente por não possuir uma prática baseada no corpo, a crise surge como instrumento de efetivação da doença.

A crise decreta a prova de realidade que o psiquiatra precisava para estabelecer-se enquanto médico, constituindo em doença mental o seu objeto de trabalho (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007). Com isso, a constituição do entendimento acerca da crise se estabelece a partir da ideia de uma alteração exacerbada dos sintomas da doença, caracterizando-se por um padrão anormal da pessoa, contendo risco para a sociedade. A partir da ideia de anormalidade e risco social o atendimento à crise se constitui através de ações controladoras e normatizadoras.

Com o passar do tempo o modelo da psiquiatria passa a ser questionado por movimentos que contestam seus ideais e práticas, tendo a institucionalização do sujeito como um dos principais focos de discussão. No Brasil surgem, na década de 70, movimentos de grupos de trabalhadores de saúde mental, que passam a questionar o então modelo instituído e dão início ao processo da reforma psiquiátrica brasileira em consonância com a Reforma Sanitária.

Conforme Nicácio e Campos (2004), a Reforma Psiquiátrica se consolida no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), produzindo novos desafios políticos, institucionais, teóricos, sociais e jurídicos para o campo da saúde mental. Essa nova ideia de pensar a loucura perpassa por uma mudança paradigmática de entender a saúde, pautada nos princípios do SUS e Paradigma Psicossocial. Este se caracteriza por um olhar sobre a loucura a partir da sua complexidade e tendo como norte das suas intervenções o sujeito e a busca da sua cidadania. Mas é importante entendermos que uma mudança não se faz somente com uma alteração na legislação, mas sim a partir de uma ampla discussão entre todos os atores sociais, como trabalhadores, usuários, familiares, gestores e sociedade, principalmente pela desconstrução de um imaginário social da loucura. Nas situações de crise esse imaginário se precipita ainda mais, devido ao fato de ser

constituída através da relação direta com a agressividade e, por consequência, com o risco. Além disso, é necessária uma problematização do entendimento de crise em saúde mental pautada no Paradigma Psicossocial, considerando que durante muito tempo esteve atrelado ao conceito exclusivo da exacerbação de sintomas e riscos, determinados pela Psiquiatria Clássica. Para que isso ocorra, é fundamental a transformação das práticas assistenciais conforme esse novo Paradigma, o que implica, principalmente, no envolvimento dos profissionais de saúde e familiares nesse cuidado.

Com a inversão dos modelos de cuidados em saúde mental no Brasil, os centros de atenção psicossocial (CAPS) surgem como serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território. Mas, a partir de um maior investimento em ações na comunidade, a Estratégia de Saúde da Família se coloca como um dispositivo de extrema importância nesse processo. A constituição de um trabalho em rede se faz importante para conseguir uma maior amplitude nas ações de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Dentro disso, conforme Junior (2010), o entendimento de rede deve ser discutido amplamente em todas as esferas da sociedade, no que diz respeito à saúde mental, pois deve ter como centro o sujeito e os diversos dispositivos do território, por meio da estratégia da comunicação e do vínculo, articulando-se e corresponsabilizando-se pela saúde desses sujeitos. A rede é descrita como uma representação nuclear da integração entre os dispositivos de saúde na busca de coordenar as práticas clínicas aos sujeitos que sofrem, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008).

Entendendo a loucura como fenômeno complexo, as ações de cuidado necessitam de intervenções complexas. Com isso, não podemos limitar a rede somente aos serviços de saúde, mas sim considerar uma rede ampliada e composta por diversos dispositivos sociais.

Para a articulação entre o campo da Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família, é importante que o profissional esteja sensibilizado para compreender a organização no modelo familiar, respeitando seus valores, suas crenças, seus medos, seus desejos, buscando atuar de modo a não julgar o comportamento familiar (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008). Esse entendimento está pautado nos princípios do SUS e da Atenção Psicossocial, que são definidos como um conjunto de ações nos campos teórico, ético, técnico, político e social, aptos a construir um novo paradigma para a Saúde Mental (RIBEIRO; MEDEIROS;

ALBUQUERQUE; FERNANDES, 2010).

## CONCLUSÃO

A partir da reforma psiquiátrica brasileira podemos verificar um processo de mudança política na saúde mental, pautado pelos princípios do SUS e do Paradigma Psicossocial.

Através da caracterização das publicações analisadas, foi possível identificar que, embora os artigos científicos referentes ao atendimento à pessoa em sofrimento psíquico tenham crescido numericamente nos últimos anos, verifica-se, ainda, um baixo número de estudos referentes ao atendimento nas situações de crise.

Com base nos estudos analisados, verificamos dois temas importantes, sendo o primeiro relacionado aos entendimentos e às práticas em situações de crise em saúde mental, em que, em sua maioria, foi constatada uma tendência das equipes de saúde em perceber a crise somente como exacerbação sintomatológica e, com isso, realizar ações norteadas pelo modelo biomédico. O outro tema está ligado diretamente à incorporação da saúde mental na estratégia de saúde da família, que surge como potencializador para essa mudança paradigmática, por ser concebida a partir de uma nova compreensão de saúde. Mas, ao mesmo tempo, os estudos nos mostram uma dificuldade das equipes em atender essa demanda a partir de uma clínica ampliada.

Essas questões são importantes para investirmos em pesquisas referentes à crise em saúde mental, com o objetivo de contribuir na reflexão teórica e auxiliar na sua finalidade de fornecer a base de conhecimentos, podendo promover uma mudança no processo de cuidado ampliado.

## REFERENCIAS

CAÇAPAVA, J.R; COLVERO, L.A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Rev Gaúcha Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 573-580, 2008.

CARVALHO, I.S; COSTA, I.I; BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.7, n. 1, p. 163-

189, 2007.

FERIGATO, S.H; CAMPOS, R.T.O; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 3, 2007.

JARDIM, K; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, 2007.

JUNIOR ST. **Trajetórias assistenciais de usuários com transtorno psíquico na rede de saúde do município de Porto Alegre.** (Dissertação). Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

LUZIO, C.A; L`ABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. **Revisão Integrativa:** método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MINAYIO, M.C.S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

NICÁCIO, F; CAMPOS, G.W.S. A complexidade da atenção às situações de crise - contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004.

QUINTAS, R.M. **A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva.** (Dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ, 2007.

RIBEIRO, L.M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 376-382, 2010.

RODRIGUES, J. et al. Uso da criatividade e da tecnologia no ensino da crise em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **SMAD**, v. 6, n. 1, p. 10, 2010.

SILVA, F.M. **Assistência aos pacientes em crise em um centro de referencia em saúde mental de Belo Horizonte.** (Dissertação). Belo Horizonte: Departamento de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), 2009.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando o contexto deste estudo, utilizou-se, para nortear o caminhar desta pesquisa, o paradigma psicossocial, iluminando a análise dos achados.

#### 3.1 PARADIGMA PSICOSSOCIAL

Com a implantação da política nacional de saúde mental podemos verificar cada vez mais um investimento dos trabalhadores e pesquisadores da área, na busca de estratégias inovadoras e criativas para sua efetivação, contraditório ao modelo tradicional da psiquiatria (asilar). Esse modelo perdurou durante muitos anos como diretriz nos cuidados à saúde mental. Porém, esse modelo não contempla a complexidade da vida humana e seus sofrimentos, reduzindo-o simplesmente a sintomas e doenças.

Para que se possa entender as contradições relacionadas ao paradigma asilar e psicossocial em questão é necessário inicialmente definir o que se entende por contradição. Para Costa-Rosa (2000), a contradição é resultado dos conflitos reais entre grupos e os interesses sociais, representados nas instituições. O mesmo autor refere ainda que na saúde mental dois modelos serão contraditórios quando suas ações forem, na essência, opostas. Se o modelo/paradigma asilar coloca a doença no centro do cuidado, o modelo psicossocial privilegia o sujeito e suas formas de expressão. Conforme Yasui (2006), o paradigma psicossocial tem como bases epistemológicas o Paradigma da Complexidade de, Morin, o Paradigma Emergente, de Boaventura e Santos, e o Paradigma da Nova Aliança, de Prigogine e Stengers. Portanto, o paradigma psicossocial busca em seu vértice um modelo de atenção através do diálogo entre as epistemologias e percepções de mundo, proporcionando com isso um olhar mais sensível para a complexidade de vida do sujeito. Isso permite que os aspectos sociais e psíquicos sejam considerados como fatores fundamentais no processo de cuidado.

Para Costa-Rosa (2000), o conjunto das práticas promovidas pelo processo de Reforma Psiquiátrica como *Modo Psicossocial*, em um movimento dialético de contradição ao modelo psiquiátrico tradicional,

é o modelo dominante nas práticas de saúde mental. Sugere o autor que, para configurar a transformação do paradigma de atenção capaz de superar o modelo asilar, é imprescindível que a prática preencha algumas condições relativas a mudanças radicais em quatro âmbitos:

**Concepção do objeto e dos meios de trabalho:** O Modo Psicossocial caracteriza-se pela transformação do olhar dos profissionais frente à demanda do sujeito, sendo necessário analisá-lo em toda a sua complexidade. É importante salientar que só temos como analisá-la a partir da percepção do próprio sujeito quanto a si e ao mundo ao seu redor. Conforme Costa-Rosa (2000) é imprescindível a importância que se atribui ao sujeito, investindo de maneira fundamentada em sua mobilização como participante principal em seu tratamento. Com isso, o sofrimento psíquico passa a ser não mais como algo a ser retirado a qualquer custo, e sim como parte do processo de vida do sujeito. O objeto sai do foco da doença e sintoma para a individualidade humana em toda sua complexidade.

Quanto às formas de intervenção, o modo psicossocial visa a um deslocamento do sujeito quanto ao seu sofrimento passivo para a implicação desse processo com vista à possibilidade de mudanças. Para isso é necessária a mudança na forma de trabalho, ou seja, a interdisciplinaridade, possibilitando a diversidade de estratégias de cuidado que preservem os aspectos singulares dos sujeitos, desde o momento da continência em uma crise até a apropriação familiar e social.

Com essa mudança paradigmática se faz necessária uma articulação dos serviços de saúde pautada em ações norteadas a partir dos princípios da política nacional de saúde mental, a fim de responsabilizar-se pelos sujeitos em sofrimento. Dentre as equipes de saúde responsáveis pelo cuidado em saúde mental, conforme o modelo psicossocial, podemos citar as da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), os centros de convivência, os ambulatórios e o hospital geral.

Nessa perspectiva a clínica ampliada surge como estratégia dentro do paradigma psicossocial. Conforme Campos e Amaral (2007), a concepção epistemológica e organizacional denominada de clínica ampliada e compartilhada baseia-se na reconstrução do trabalho clínico com a construção de responsabilidade singular e de vínculo entre equipe de saúde e sujeito.



**Concepções das formas da organização institucional:** como princípio fundamental dentro do modo psicossocial, faz-se necessária a transformação das organizações institucionais de uma verticalidade para um processo de horizontalização. Esse novo entendimento está pautado nos princípios do SUS, principalmente no que se refere à descentralização da saúde e ao controle social. Dentro do paradigma psicossocial, a interdisciplinaridade e a gestão compartilhada surgem como princípios fundamentais, no intuito de quebrar com as relações de poder verticalizadas tanto entre equipe como com os sujeitos. Os dispositivos psicossociais buscam o diálogo horizontal para a organização e a manutenção dos serviços, tendo como estratégias coordenações de equipe representativas, assembleias gerais entre todos os atores e tomadas de decisão compartilhadas.

**Formas de relacionamento com a clientela:** Para Costa-Rosa (2000), no modo psicossocial, a relação com os sujeitos, a equipe e a instituição se faz a partir das trocas de saberes e respeito às individualidades. Conforme Jardim (2008), durante os atendimentos, principalmente de crise, os sujeitos necessitam de acolhimento, continência e vínculo. A interlocução, a liberdade de ir e vir da população e a territorialização são metas radicais do modo psicossocial quanto à forma da relação da instituição com a clientela e a população, por oposição à imobilidade, ao mutismo e à estratificação da atenção, que caracterizam o modo asilar.

**Concepção da finalidade em termos terapêuticos e éticos:** Para Costa-Rosa (2000), sem esquecer o organismo, ir além equivale a reconhecer a especificidade psíquica de uma ampla série de impasses que interpelam as equipes e instituições de saúde. O modo psicossocial descreve como característica o reposicionamento subjetivo, levando-se em conta a dimensão coletiva e sociocultural. Conforme Schrank e Olschowsky (2008), o modo psicossocial tem por finalidade a desinstitucionalização e a cidadania como norte para um conjunto de dispositivos que possibilitam a construção e a invenção de novas perspectivas de vida e subjetividade. Nessa perspectiva, é necessário refletir sobre a ideia de crise apontada por Costa (2007): crise é um termo geralmente utilizado no campo da Saúde Mental para designar um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis e singulares que afetam em graus variáveis a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio e costumam ser determinantes das demandas e intervenções em serviços

de Saúde Mental.

A crise necessita ser vista como um momento singular e potencializador, como algo além de agudização da sintomatologia psiquiátrica, e sim como algo transformador, criativo. Para Dell'Acqua e Mezzina (2005), a crise assume um valor dinâmico, tão contraditório à própria existência humana, ou seja, a saída de um lugar historicamente dado para um outro lugar a ser reconstruído.

Para o Modo Psicossocial, a ética verifica-se a partir da perspectiva da singularização do sujeito, horizontalização e interlocução das relações, em contradição à ética de estagnação do modo asilar. A Estratégia de Atenção Psicossocial (EAP) se coloca como norte da Política Nacional de Saúde Mental, sustentando com isso seus princípios e ações em seus diferentes campos: prático, político, social e cultural. Para que possamos transformar nosso entendimento frente à Saúde Mental, a partir da EAP, faz-se necessário um olhar ampliado quanto ao sofrimento psíquico e também, por consequência, problematizar o conceito de crise.

As intervenções nas situações de crise necessitam ser repensadas a partir de um novo olhar, centrado no sujeito, e não no sintoma. Com isso, é importante refletirmos sobre o processo de cuidado desde o primeiro contato, com uma escuta acolhedora na busca da confiança e da relação de vínculo.

A atenção à crise se coloca hoje como uma das situações mais problemáticas dentro do atendimento em saúde mental, devido a toda a sua complexidade e subjetividade. Para Jardim e Dimenstein (2007), pessoas em crise geralmente necessitam de alguma intervenção, e em alguns casos extremos essa ajuda precisa ser imediata. No entanto, precisamos reconstruir a ideia de urgência em psiquiatria, a fim de eliminar junto toda a sua história de violência e estigma.

### **3.1.1 Atendimento à Crise**

Conforme Ferigato, Campos e Ballarin (2007), a intervenção nas situações de crise necessita de alguns elementos norteadores para a ação, porém estes não são de forma alguma absolutos e nem acabados em si mesmos. São eles:

- *A postura do profissional de saúde mental*  
A postura do profissional deve ser baseada fundamentalmente na postura de suporte. Suportar essa condição seria afirmar a realidade do

acontecimento da crise, no sentido de sustentar sua força destrutiva para que ela encontre destinos mais criativos para o sujeito. Esse suporte implica considerar a crise da mesma forma que o sujeito a considera, sendo o profissional um elo entre esse sujeito em sofrimento e a realidade.

- *A valorização do sujeito*

Valorizar o sujeito em crise implica levar em consideração sua condição de ser humano, e não apenas de doente ou sujeito em crise; significa respeitar seu tempo, sua individualidade e singularidade, que nem sempre vão ao encontro da expectativa da equipe.

- *A escuta terapêutica*

O profissional de saúde, ao escutar algo que se manifesta verbalmente ou na linguagem não verbal, não dá razão nem desaprovação, não emite juízo moral, apenas escuta e tenta analisar o significado daquele momento para o sujeito. Ao oferecer a escuta, criamos a demanda, os sujeitos se dispõem a se abrirem e a serem ajudados. Outro fator fundamental para a escuta terapêutica é saber diferenciar o eu do outro, conhecer profundamente a si mesmo para evitar que as subjetividades envolvidas no processo terapêutico se misturem. É importante salientar que nem sempre, ao escutarmos o outro, teremos uma resposta imediata para aplacar sua angústia; e se, por um lado, isso gera uma grande angústia a quem ouve, por outro, a ânsia por uma resposta ou por um instrumento de cura pode privar o terapeuta de escutar.

- *A corporeidade do sujeito em crise*

Durante anos de atenção à saúde mental, os pacientes portadores de sofrimento psíquico foram tratados como se não fossem possuidores de um corpo que sente e tiveram suas mentes dissociadas desse mesmo corpo, às vezes por eles mesmos e muitas vezes pelos próprios profissionais da saúde. Além das queixas físicas “cientificamente compreendidas” pela medicina, nas psicoses e principalmente nas situações de crise também aparecem frequentes queixas de manifestações corporais de outra ordem: sensação de desmembramento, de ausência de órgãos, transformações no corpo, alterações sinestésicas e perda da própria dimensão dos limites corporais. Essas manifestações devem ser percebidas pela equipe e cuidadas para que não adquiram, para o sujeito, um grau de sofrimento maior do que sua existência já lhe proporciona.

Essa abordagem implica em uma nova forma de pensar o terapêutico, valorizando as vivências de expressão corporal e do cuidado que se deve ter a cada intervenção direta na corporeidade do sujeito em crise, seja na administração medicamentosa, nos cuidados da higiene, no toque ao falar ou em atividades específicas como massagens, relaxamentos, entre outras.

- *O auxílio psicofarmacológico*

Na Saúde Mental, a medicação não tem o papel de modificar, por si própria, o curso natural do problema do sujeito, mas de estabelecer condição de relação diferente entre todos os autores. Da mesma forma que os psicotrópicos podem representar um importante meio de trabalho e de comunicação dentro e fora da instituição, facilitando a relação entre o paciente e vida, quando mal administrados podem também representar o maior obstáculo dessa mesma relação.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

Considerando a questão de pesquisa, o objetivo e o referencial teórico adotado, utilizou-se como abordagem a pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva. Para Minayo (2007) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, das relações e das ações humanas, não captáveis nas quantificações. Na abordagem qualitativa se trabalha com um nível de realidade não possível de ser quantificado, respondendo a questões muito particulares, em um espaço mais profundo e complexo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2007). Conforme Chizzotti (2006), a abordagem qualitativa surge para valorizar a complexidade, as contradições e a imprevisibilidade das relações interpessoais e sociais. É necessário que nesse tipo de pesquisa o pesquisador seja ativo no processo de produção de conhecimento, livre de preconceitos e disposto a partilhar da cultura de outro. É da vida real dos sujeitos que parte a pesquisa qualitativa.

A pesquisa exploratória objetiva dar uma explicação geral sobre determinado fato, e a pesquisa descritiva procura analisar em profundidade a realidade pesquisada (OLIVEIRA, 2007).

### 4.2 PARTICIPANTES E LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) com os profissionais de quatro equipes da Unidade de Suporte Básico do SAMU, no estado de Santa Catarina, em um município da grande Florianópolis, escolhidos e convidados intencionalmente. Esse serviço tem como função prestar o primeiro atendimento nas situações de urgência e emergência e está regulamentado pela Portaria GM / MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e pelas Portarias GM / MS 1863 e 1864 de 29 de setembro de 2003.

O SAMU surge no Brasil, a partir do modelo Francês, através da USA – Unidade de Suporte Avançado –, apesar de utilizar como base para seus treinamentos o modelo norte-americano, com as diretrizes da

PHTLS – Prehospital Trauma Life Support. Além disso, no Brasil, foi acrescentada a estratégia de USB – Unidade de Suporte Básico –, que é composta por uma equipe com um técnico de enfermagem e um socorrista.

No Estado de Santa Catarina, o SAMU teve início em novembro de 2004 pela região Oeste do Estado, tendo sua central de regulação implantada na cidade de Chapecó. Posteriormente se difundiu pelos municípios de Florianópolis, Joinville, Criciúma, Blumenau, Joaçaba e, por último, Lages, em julho de 2005.

No Município onde foi realizada a pesquisa o serviço é dividido em quatro bases de atendimento em regiões estratégicas da cidade, sendo que uma das bases também é utilizada como referência administrativa e na qual acontecem as passagens de plantão. Todas as chamadas da população acontecem via central de regulação, que é controlada pela Secretaria do Estado de Saúde, através do número 192. A partir da avaliação da regulação médica via telefone, a equipe é encaminhada para o local de atendimento e orientada quanto ao direcionamento da ação para a rede de suporte. O estado de Santa Catarina segue uma estrutura de gerência responsável pelas Unidades de Suporte Avançado e apoio através da regulação médica de todas as bases do estado. A gerência municipal é responsável pelas unidades de suporte básico, nas quais também é auxiliada pela regulação estadual.

Para a escolha dos participantes desta pesquisa, estabeleceu-se como critério de inclusão pertencer à equipe de Suporte Básico do SAMU, ter prestado atendimento a pessoa com crise em saúde psíquica, desejar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Participaram do estudo quatorze trabalhadores do serviço, sendo sete técnicos de enfermagem que atuam na assistência direta à população e sete socorristas que atuam como motoristas e na assistência. Todos os participantes trabalham em regime de plantão de 12 horas e folgam 36 horas.

#### 4.3 A ENTRADA NO CAMPO, A COLETA E O REGISTRO DOS DADOS

A entrada no campo, na base central do SAMU, se deu em dois momentos. O primeiro, através do contato com a Coordenação Municipal do SAMU, com a finalidade de apresentar a proposta do projeto e levantar, junto à coordenação, os profissionais pertencentes à

equipe, a fim de agendar um primeiro encontro com os mesmos. No segundo momento, ocorreu o encontro com os profissionais, além do coordenador, e foi explicado o objetivo do estudo, a importância na participação da pesquisa e sobre as questões éticas relacionadas, além de ouvir o desejo e a intenção dos profissionais em participarem do trabalho como também esclarecer as dúvidas que surgiram. Pela dificuldade de reunir os trabalhadores em um mesmo momento, esses encontros aconteceram durante a passagem de plantão da equipe, em dias alternados, com a finalidade de atingir toda a equipe, definindo com isso os potenciais participantes. Em um desses encontros foi planejado junto com o coordenador o cronograma das atividades, ou seja, horários, local e datas. É importante esclarecer que os horários das atividades foram planejados para não interferir no trabalho dos profissionais.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: a primeira com a observação da realidade, a segunda através da entrevista semiestruturada. Na primeira etapa foi realizada a observação da realidade, através de um roteiro de observação (Apêndice B), ou seja, metodologia de trabalho desenvolvida na Base Central do SAMU. Essa observação aconteceu através do acompanhamento do trabalho interno desenvolvido no SAMU pelo período de cinco dias de visitas, alternando os três turnos (manhã, tarde e noite), e objetivou também a busca da aproximação e construção de vínculo com a equipe. Essas visitas aconteceram sempre pelo período da passagem de plantão, às sete e às dezenove horas.

Esses momentos foram importantes para que o pesquisador pudesse se aproximar da equipe e com isso constituir um vínculo maior com os profissionais. Possibilitaram também uma observação mais ampla da organização de trabalho do SAMU, como as trocas de plantão, que ocorrem sempre de 12 em 12 horas, com as equipes compostas por um Técnico de Enfermagem e um Socorrista que também atua como motorista. Cada equipe é responsável por uma das quatro bases, divididas em pontos estratégicos da cidade, tendo um determinado território de abrangência. Os dados coletados durante a observação em campo foram registrados em relatório de observação pelo pesquisador.

A segunda etapa se deu com a realização da entrevista semiestruturada (Apêndice C), que, de acordo com Minayo (2007, p. 261), é “acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, tendo em vista o objetivo da mesma”. A realização das entrevistas semiestruturadas foi planejada de comum acordo com os profissionais,

para que acontecessem durante visitas do pesquisador nas quatro bases do SAMU em dias e turnos diferentes, a fim de conseguir entrevistar o maior número possível de profissionais. Após várias tentativas sem sucesso, pois esses profissionais estavam fora das bases, atendendo chamadas, foi avaliado que seria necessário mudar a estratégia para realizar as entrevistas na base central, devendo ser agora realizadas no período após a passagem de plantão. Mesmo com essa mudança na estratégia verificou-se dificuldade para conseguir realizar a coleta de dados, pois muitos trabalhadores possuem outras atividades profissionais e precisam sair logo após o plantão.

As entrevistas foram individuais, com duração de 20 a 30 minutos, e realizadas no período de abril a junho de 2011. Estas se deram após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e da autorização para gravação, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Foi assegurado aos participantes o anonimato, a confidencialidade, o direito à liberdade de desistência a qualquer tempo do estudo e o retorno dos resultados. As entrevistas, num total de 14, foram gravadas em áudio digital e posteriormente transcritas pelo pesquisador. Os participantes foram identificados pela letra D (Discurso) seguida pelo número correspondente à ordem da entrevista (por exemplo: D1, D2, D14). O critério estabelecido para o encerramento destas foi o da saturação dos dados, ou seja, número suficiente para identificar reincidência de informações. Minayo (2007, p. 197-198) se refere à saturação como “o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo”.

Todos os dados coletados foram armazenados em arquivos próprios e foram utilizados apenas para fins desta pesquisa. Somente tiveram acesso aos arquivos, com os dados coletados, o pesquisador principal e o responsável.

#### 4.4 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados conforme a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, que, de acordo com Lefèvre e Lefèvre (2005), surge da organização dos dados de pesquisa qualitativa sendo



um discurso-síntese na primeira pessoa de uma fala coletiva. Os autores propõem esse processo em quatro figuras metodológicas que subsidiam a construção do discurso do sujeito coletivo (DSCs):

- **Expressões-chave (ECH):** são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso que revelam a essência do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento, ou seja, o resgate da literalidade do depoimento;

- **Ideia Central (IC):** é um nome ou expressão linguística que revela e descreve de forma sintética o sentido de cada discurso analisado e de cada conjunto homogêneo de ECHs;

- **Ancoragem (AC):** é uma experiência de fala objetiva baseada em uma teoria, ideologia ou crença inclusa no discurso do autor, caracterizando-se como afirmações genéricas em circunstâncias particulares;

- **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):** É a junção de pedaços de falas isoladas a fim de formar um discurso coerente, mas coletivo. Essa estrutura deve ser escrita em primeira pessoa do singular e é constituída pelas ECHs.

O DSC se compreende como uma estratégia metodológica a partir da fala na busca de explicar o pensamento do coletivo social. Neste estudo optou-se por utilizar três das quatro figuras metodológicas: ECH, IC e DSC.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Neste estudo, foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a resolução 196/96. Sendo assim, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado sob Parecer Nº 1060/11 (Anexo B) e pelo Comitê Gestor da Rede Docente Assistencial de Florianópolis, da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Antes da realização da coleta de dados explicou-se aos participantes o objetivo do estudo, a metodologia a ser utilizada e que as entrevistas seriam gravadas, respeitando o sigilo e o anonimato, a liberdade de adesão e desistência a qualquer momento do estudo, sem prejuízo a sua pessoa. Foi apresentado o TCLE e pedido que o lessem e assinassem no caso de concordarem em participar. Foi solicitada a autorização para publicação dos resultados encontrados.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão apresentados inicialmente os resultados do estudo e, em seguida, os resultados com as discussões.

Os dados extraídos das entrevistas deram origem a cinco temas: entendimento de crise psíquica; características de situações de crise psíquica; as intervenções em crise psíquica; percepção das dificuldades no atendimento a pessoa em crise psíquica; e sugestões na busca por um atendimento mais próximo do desejado à pessoa em crise psíquica.

Os temas com as ICs, ECH e os DSC seguem abaixo:

### **Tema 1: Entendimento de doença psíquica.**

**Ideia central:** Alteração de comportamento, instabilidade psicológica, doença mental.

#### **Expressões-chave:**

- **D1** – Problemas, principalmente psiquiátricos, que acabam sendo desenvolvido por outras doenças de base.
- **D2** – Doença que na verdade a gente vê assim que não é bem-vista por todos, às vezes exclui as pessoas do meio social.
- **D6** – Envolve a parte psíquica, parte mental, envolve o raciocínio lógico. No meu entendimento, todos têm uma saúde mental prejudicada, às vezes a causa é o trabalho, as situações financeiras, as situações familiares, e a partir da hora que isso interfere na tua vida social tu podes ter crise.
- **D7** – Tudo que foge do padrão normal, que seria uma instabilidade na parte psicológica ou neurológica.
- **D8** – Saúde mental é tudo. A gente entende doença mental como paciente psiquiátrico, mas acredito que não seja só o psiquiátrico, e sim outras pessoas. Envolve situações de estresse, depressão, dificuldades emocionais.
- **D9** – Doença mental é não ter uma mente adequada.
- **D10** – Doença mental pra mim é um desequilíbrio da pessoa. A causa às vezes é por dependência química, às vezes pela própria agitação do dia a dia. Pode começar com uma depressão e daqui a pouco essa depressão já se torna obsessiva e assim vai.
- **D11** – Doença mental é não ter discernimento da situação.
- **D12** – Acho que a doença mental é tudo que envolve a parte psíquica e social da população.

**DSC 1 – Distúrbios psiquiátricos alteram o equilíbrio da pessoa causando alterações de discernimento e comportamento. É tudo que foge do padrão normal tendo uma instabilidade psicológica ou neurológica, devido a não ter uma mente adequada e um raciocínio lógico. É uma doença que não é bem-vista por todos e às vezes exclui as pessoas do meio social. É causada por um desequilíbrio da própria pessoa devido, às vezes, por uma dependência química, agitação do dia a dia ou uma depressão que se torna uma obsessão e assim por diante. Entendo que todos têm a saúde mental prejudicada devido ao trabalho, à situação financeira, a situações familiares, interferindo na vida social. A doença mental, apesar de se entender ser somente do paciente psiquiátrico, acredito que envolve a população em geral, como depressão, dificuldades emocionais. É tudo aquilo que envolve a parte psíquica social da população.**

## **Tema 2: Características de situações de crise psíquica.**

**Ideia central:** Presença de alucinações, mania de perseguição, desorientação, agressividade.

### **Expressões-chave:**

- **D1** – Crise é quando a doença já está avançada.
- **D2** – Pessoa fica diferente do estado de uma pessoa normal. Alterada, o assunto não tem ritmo, desorientada, não fala coisa com coisa.
- **D3** – Caracteriza pelas ideias fixas, mania de perseguição, alucinações, então pra nós ele está em surto psicótico. O paciente que tem distúrbio de comportamento, a gente sabe pelo jeito de agir, de falar, às vezes é agressivo, é muitas vezes ansioso, choroso.
- **D4** – Diferente de um estado de uma pessoa normal, está alterada, agressiva, nervosa, imprevisível no que ela pode agir naquele momento.
- **D5** – É um desequilíbrio da própria pessoa em si.
- **D5** – Fica certo tempo sem tomar as medicações e começa a ter alucinações, é agressivo, tem mudanças de comportamento.
- **D7** – Paciente agitado, quebrando tudo em casa, etilista, drogado, tentativa de suicídio.
- **D8** – O estresse em si, devido à ansiedade, devido ao teu ritmo muito prolongado de trabalho e de cobrança.
- **D9** – Pacientes psiquiátricos, transtorno tipo bipolar ou esquizofrênico, que o paciente fica tomando medicação e para, ou por algum motivo pessoal ingere bebida alcoólica, desencadeia uma reação maior da doença. Na população em geral, seria situações de estresse que

a pessoa passa ou um quadro de depressão, acaba fazendo uma somatização de sintoma, gerando transtorno.

- **D10** – A pessoa está em crise quando ela manifesta alteração.
- **D11** – É quando a pessoa foge do controle, ela foge do controle do raciocínio, da lógica.
- **D12** – apresenta risco ou mania, fala desorganizada, insônia.

**DSC 2** – *A crise em saúde psíquica se caracteriza por uma pessoa alterada, com a presença de alucinações, mania de perseguição, psicótico, sob uso de drogas, fica agressiva. Geralmente pacientes psiquiátricos entram em crise quando deixam de tomar suas medicações, mas as pessoas que não possuem diagnóstico também entram em crise por consequência de estresse, ocasionando um transtorno para a família. A pessoa fica diferente do estado normal, foge do controle do raciocínio lógico, tornando-se desorientada, não falando coisa com coisa. É um estado avançado da doença do tipo transtorno bipolar e esquizofrenia.*

### **Tema 3: As intervenções em crise psíquica.**

**Ideia central:** contenção física, medicamentosa e encaminhamento.

#### **Expressões-chave:**

- **D1** – Sempre fico conversando de longe, de preferência já vou abordando os familiares pra saber exatamente o que aconteceu, quando as pessoas estão nesse tipo de surto elas confundem muito a realidade, aí a gente vai conversando e vendo as causas, vai fazendo uma avaliação e depois passa para nossa regulação que então vai ver a necessidade de uma internação.
- **D2** – Tem crise que já está tão aguda, está apresentando risco para quem vai atender, aí precisa do auxílio da polícia. Quando não está agressivo, às vezes o diálogo acalma, e aí se remove a pessoa. Às vezes precisa medicamento.
- **D3** – Primeiro se avalia a cena, vê se não está causando risco para equipe, vê se esse paciente não está com uma arma, arma branca ou uma arma de fogo. Aí é acionado a polícia militar. Então, primeiro tem que se pensar na segurança da equipe, em primeiro lugar ver a segurança da equipe.
- **D4** – Depende a crise, ou ele é medicado, pra tentar contê-lo, ou às vezes se consegue com conversa, tentar levar, alguns até aceitam.
- **D5** – O que a gente deve fazer é conversar o máximo possível, sem violência, abordar bem o paciente, tentar conversar e passar pro médico, mas se precisar levar pro hospital a gente tem que levar amarrado.

- **D6** – Conversar com os familiares pra ver o que aconteceu, conversar com o próprio paciente pra ver se realmente há um quadro de desorientação, de agressividade, abordar a família, ver o que ele toma de medicação. Avaliar a situação e ver se o paciente está agressivo, se tá muito alterado, se há ou não necessidade de encaminhamento para internação psiquiátrica de emergência.
- **D7** – Quando a pessoa está muito agitada a gente conversa com a família, diz que a gente precisa imobilizar pra levar ela de ambulância para o IPQ ou o Instituto São José. É importante saber a forma de pegar neles para não machucar e com isso deveria ter um preparo melhor e até mesmo um protocolo
- **D8** – Primeiro a gente tenta se aproximar do paciente e se ele deixar a gente conversa. Depois passa todos os sinais e sintomas para o médico regulador e ele indica qual a medicação ou se de repente esse paciente tiver condições de responder por si e disser “eu quero ajuda para ir para o IPQ” a gente encaminha para o IPQ sem medicação, pra ser avaliado pelo psiquiatra.
- **D9** – Cabe a você entrar no mundo dessas pessoas e tentar entender. Você entra no mundo dela, pra tentar buscar uma solução ali, de maneira emergencial.
- **D10** – A gente passa para a regulação, eles chamam a polícia militar, entra no atendimento o SAMU e a Polícia Militar, legal. Material a gente tem, a gente tem medicações, a gente contém eles com atadura.
- **D11** – Muitas vezes tu consegue resolver o problema com o companheirismo dos colegas e com a paciência.
- **D12** – O entrosamento entre a equipe ajuda muito é um ponto positivo.
- **D13** – Pra família é um conforto, o SAMU traz conforto.
- **D14** – Eu acho que o único benefício para o paciente com o atendimento do SAMU é conseguir uma consulta rápida no IPQ.

**DSC 3** – *É necessário no primeiro momento avaliar a cena e verificar se tem algum risco para a equipe, caso não haja se faz a aproximação e o diálogo com o paciente e familiar para avaliar os sinais e sintomas e repassar para a regulação. Quando essas pessoas estão nesse tipo de surto elas confundem muito a realidade. As vezes é necessário entrar no mundo delas para conseguir buscar uma solução para o caso. Tem surto que já está tão agudo e apresentando risco, com uma arma branca ou uma arma de fogo, que é necessário o auxílio da polícia. Quando ele está muito agitado, informo aos familiares a necessidade*

*de imobilizá-lo e medicá-lo conforme indicação do médico regulador, para que se possa levá-lo para o hospital, mas sempre amarrado. Quando não está agitado basta o diálogo, o medicamento e remover a pessoa. É importante salientar as principais potencialidades da equipe, que são primeiramente o entrosamento dos profissionais e a articulação rápida com a regulação e a polícia militar. O apoio à família e o encaminhamento rápido ao IPQ também apresentam-se como potencialidades. É importante saber a forma de pegar neles para não machucar e com isso deveria ter um preparo melhor e até mesmo um protocolo.*

#### **Tema 4: Percepção das dificuldades no atendimento à pessoa em crise psíquica.**

**Ideia central:** Falta preparo para o atendimento.

##### **Expressões-chave:**

- **D1** – Posso dizer que não me sinto preparada.
- **D2** – No momento não estou preparado para atender uma pessoa em crise de saúde mental.
- **D3** – Preparado na medida do possível, abordar porque tu vai ter que abordar, eu não me sinto preparado.
- **D4** – Tecnicamente sim, psicologicamente não, eu sei técnicas pra contê-lo, mas não a parte psicológica.
- **D5** – O SAMU é um atendimento de urgência e não a continuação dele. Então assim, a gente chega no momento da crise, o paciente está com o quadro emocional alterado e a gente ou encaminha pra avaliação psiquiatra e até medica no local e orienta a família para procurar esse atendimento.
- **D6** – Me sinto preparada porque eu já tenho um histórico de estudo anterior, não dentro do SAMU.
- **D7** – Algumas situações não me sinto preparada. No caso de agressividade não me sinto preparada. Sempre eu abordo o paciente com a Polícia Militar (PM).
- **D9** – Fico muito em alerta a tudo que o paciente faz, a forma de ele agir, a forma dele expressar. Dali a gente já tem uma noção, se o paciente tá tranquilo a gente vai conseguir conduzir a situação.
- **D10** – Com certeza precisa mais coisa para o atendimento, orientação, treinamento.
- **D13** – A única área que a gente aqui no SAMU não tem capacitação é a área de psiquiatria.
- **D14** – Acredito que a nossa dificuldade é a falta de preparo, a falta

de conhecimento associado ao estigmatizado medo faz com que o atendimento siga uma forma não correta.

**DSC 4 –** *Acredito que a experiência do dia a dia me faz ter certo preparo técnico, mas com dificuldade na questão psicológica. Por ser o SAMU um serviço de Urgência e Emergência, e não de continuação do cuidado, realiza-se o necessário, mas acho que poderíamos ter um preparo melhor. Pode-se dizer que estou preparado na medida do possível, pois consigo realizar técnicas para contenção física, mas não psicológica. Em algumas situações, não me sinto preparado e abordo a pessoa com a presença da polícia militar. Em geral não me sinto preparado, acredito que precisaríamos de mais orientação, pois é a única área que a gente não tem capacitação. Quando consigo me aproximar, a abordagem com a pessoa fica tranquila, mas quando não, é na força mesmo. Acredito que a falta de preparo e de conhecimento associado ao estigma do medo faz com que o atendimento siga uma forma não correta.*

**Tema 5: Sugestões na busca por um atendimento mais próximo do desejado à pessoa em crise psíquica.**

**Ideia central:** Capacitação e sistematização do atendimento.

**Expressões-chave:**

- **D1** – Treinamento, com maneiras de agir, pode-se dizer assim, defesa.
- **D2** – Ter mais instituições de psiquiatria, ter mais acompanhamento para família, ter mais capacitações pra gente.
- **D3** – Mais cursos, palestras para equipe de APH, SAMU, bombeiro e até polícia militar.
- **D4** – Uma maior abrangência nesse atendimento, oferecer psiquiatra no atendimento às emergências.
- **D5** – Um psiquiatra no posto de atendimento; eu acho que a situação de crise mental não seria nem caso pro SAMU.
- **D6** – Eu penso que deveria ter uma sistematização desse atendimento.
- **D7** – Precisa ter capacitação, educação continuada, inclusive para saber como abordar e como segurar a pessoa. A gente tenta não fazer força, mas é preciso.
- **D8** – Eu acho que deve ter uma equipe especializada.
- **D9** – Esses atendimentos não deveriam ser pelo SAMU.
- **D10** – A gente vai tratar o agora, o sintoma principal e ou



encaminhar para o hospital ou orientar a família pra fazer esse atendimento e esse controle secundário.

**DSC 5 – *Acredito que seria necessário um treinamento para a equipe, onde aprenderíamos como agir nas situações. Outro ponto importante seria o aumento de psiquiatras na rede de atendimento de emergência, mas principalmente a criação de uma sistematização do atendimento para o SAMU. A forma como tratamos é o agora para encaminharmos ao serviço especializado ou orientar a família para realizar esse atendimento e esse controle secundário. Temos que saber como segurar a pessoa, a forma, pois a gente tenta não fazer força, mas é preciso. Deveríamos ter uma equipe especializada ou então não atender esse público, pois não é demanda para o SAMU.***

Conforme o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC na resolução 001/PEN/2008, que dispõe sobre elaboração de apresentação de trabalhos finais dos Cursos de Mestrado em Enfermagem, os resultados e as discussões deste estudo são apresentados em forma de dois artigos.

**Artigo I: SITUAÇÕES DE CRISE PSÍQUICA: percepção e intervenção de uma equipe de atenção pré-hospitalar**, será encaminhado à Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Rev Esc Enferm USP), conforme critérios estabelecidos. Nesse artigo estão contemplados os temas 1, 2 e 3.

**Artigo II: INTERVENÇÃO NAS SITUAÇÕES DE CRISE PSÍQUICA: dificuldades e sugestões de uma equipe de atendimento pré-hospitalar**, que será encaminhado à Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Rev Enferm UERJ), conforme critérios estabelecidos por esta. Esse artigo contém os temas 4 e 5.

Os artigos estão apresentados de acordo com as instruções dos periódicos selecionados aos autores, porém com adaptações na apresentação gráfica, para atender às normas para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

## 5.1 ARTIGO I – SITUAÇÕES DE CRISE PSÍQUICA: PERCEPÇÃO E INTERVENÇÃO DE UMA EQUIPE DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR

### **Situações de crise psíquica: percepção e intervenção de uma equipe de atenção pré-hospitalar**

#### **Psychic crisis: perception and action of a team pre-hospital care**

#### **Psíquica de crisis: la percepción y la accion de um equipo pre-hospitalaria**

Alexsandro Barreto Almeida<sup>I</sup>, Eliane Regina Pereira do Nascimento<sup>II</sup>

### **RESUMO**

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, que objetivou analisar como uma equipe de atenção pré-hospitalar percebe e atende a pessoa em crise psíquica. O estudo foi realizado no estado de Santa Catarina com quatro equipes das Unidades de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, mediante entrevista semiestruturada, no período de abril a junho de 2011. Para a análise, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Dos resultados emergiram três temas: entendimento de crise psíquica; características de situações de crise psíquica; as intervenções em crise psíquica. A crise é entendida como alteração de comportamento, instabilidade psicológica e se manifesta com alucinações, mania de perseguição, agressividade. As intervenções são contenção física, medicamentosa e encaminhamento. Conclui-se a necessidade de superar o modelo tradicional da psiquiatria, rediscutir o conceito da loucura e com isso repensar as práticas assistenciais, a partir do paradigma psicossocial e dos princípios do SUS.

**DESCRITORES:** Saúde mental; Crise; Psiquiatria; Urgência.

### **ABSTRACT**

It is a qualitative, exploratory descriptive study that aimed to analyze how a team of pre-hospital care serves and notices the person in psychic crisis. The study was conducted in the state of Santa Catarina with four teams of basic life support units of the Department of Mobile Emergency Care, through a semi-structured interview made in the period of April to June 2011. For the analysis, the method of the

Collective Subject Discourse was used. The results revealed three themes: understanding of psychic crisis, the characteristics of psychic crisis situations and interventions in psychic crisis. The crisis is understood as a change in behavior, psychological instability, and it's marked by hallucinations, delusions of persecution, aggression. Interventions are physical and medicacional restraint, and referral. The conclusion is the need to overcome the traditional model of psychiatry, revisit the concept of madness and thus rethink the assistance practices, from the psychosocial paradigm and the principles of the SUS.

**DESCRIPTORS:** Mental Health.;Crisis; Psychiatry; Emergency;

## **RESUMEN**

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio descriptivo, que tuvo como objetivo analizar cómo un equipo de cuidado pre-hospitalario percibe y atende una persona en crisis psíquica. El estudio se realizó en el estado de Santa Catarina con cuatro equipos de las unidades básicas de soporte vital del Departamento de Atención Móvil de Urgencia, a través de entrevista semi-estructurada realizada en el período de abril a junio de 2011. Para el análisis, se utilizó el método del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados revelaron tres temas: la comprensión de la crisis psíquica, las características de las situaciones de crisis psíquicas y las intervenciones en crisis psíquicas. La crisis se entiende como un cambio en el comportamiento, inestabilidad psicológica, y es marcada por alucinaciones, delirios de persecución, agresión. Las intervenciones son la restricción física y de medicamentos, y orientación. La conclusión es la necesidad de superar el modelo tradicional de la psiquiatría, revisar el concepto de locura y por lo tanto replantear las practicas asistenciales, siguiendo el paradigma psicosocial y los principios de la NHS.

**DESCRIPTORES:** Salud mental; Crisis;Psiquiatría; Emergencia

## **INTRODUÇÃO**

Os sujeitos em grave sofrimento psíquico vivenciam alguns momentos críticos que muitas vezes coincidem com o desencadeamento de um momento de crise, gerando com isso ações confusas e incompreendidas por ele e pela sociedade e que dificilmente resolve-se somente com uma intervenção pontual, mas sim com uma estratégia ampliada de cuidado. Em vários momentos, na prática profissional, pude

perceber a dificuldade das estruturas de saúde em lidar com essas situações, em especial as de urgência. Uma das estratégias para tentar solucionar esse problema é contemplada no Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que coloca a regulação médica das urgências como sendo uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001a).

Posteriormente, com a publicação da Portaria 2048/GM (BRASIL, 2002b), instituiu-se a Política Nacional de Atenção às Urgências, na qual foi definido o conceito das urgências psiquiátricas, atestando que estas são de competência técnica dos serviços de urgência. Em 2003 foi aprovada a Portaria 1864/GM (BRASIL, 2003c), que fundou o componente pré-hospitalar móvel da política de urgência, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192).

De acordo com essa portaria, o SAMU tem como dever realizar os atendimentos psiquiátricos, com o propósito de acompanhar as situações de Saúde Mental em crise até a rede de atendimento de urgência. O SAMU no Brasil possui uma Unidade de Suporte Avançado (USA) à vida e uma Unidade de Suporte Básico (USB) à vida, na qual não está presente a figura do médico e enfermeiro, e sim um técnico de enfermagem e um motorista socorrista, passando de Serviço de Atendimento Médico de Urgência para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

No entanto, somente a implantação de uma portaria não garante à população o atendimento humanizado, pois para que ocorra uma mudança na assistência é necessária a incorporação desse novo modelo de atenção pelos profissionais de saúde. Desse modo, faz-se de extrema importância o debate coletivo entre todos os atores frente ao Paradigma Psicossocial no intuito de refletir a prática.

Assim, considerando-se o exposto, este estudo teve como objetivo analisar como uma equipe de Atenção Pré-Hospitalar percebe e atende o sujeito em crise psíquica.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo. Conforme Minayo (2008), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, das relações e das ações humanas, não captáveis nas quantificações. Para Oliveira (2007) a pesquisa

exploratória objetiva dar uma explicação geral sobre determinado fato, e a pesquisa descritiva procura analisar em profundidade a realidade pesquisada.

Este estudo foi realizado no estado de Santa Catarina, com quatro equipes das Unidades de Suporte Básico do SAMU. Estabeleceu-se como critério de inclusão: profissionais da equipe da Unidade de Suporte Básico do SAMU que prestam atendimento ao público com crise psíquica, a autorização para a gravação das informações, a publicação dos resultados e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Atenderam a esse critério 14 (quatorze) profissionais, sendo que destes sete eram técnicos de enfermagem e sete eram socorristas que atuam como motoristas e na assistência. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2011, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer N° 1060/11) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, gravadas e posteriormente transcritas. Aos participantes foi perguntado como percebiam a crise psíquica e o atendimento dado pelo SAMU à pessoa em crise. Para o processo de análise dos dados utilizou-se três figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): Expressão-Chave (ECH), Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2008).

## **RESULTADOS**

Dos depoimentos dos participantes emergiram três DSC, os quais tiveram como temas: entendimento de crise psíquica; características de situações de crise psíquica; as intervenções à pessoa em crise psíquica. Os discursos foram analisados a luz do paradigma psicossocial. Para esta apresentação optou-se em não mostrar as ECHs dos discursos individuais, e sim os DSC que as contém, representados por DSC1, DSC2, DSC3 para diferenciá-los.

O tema I retrata o discurso de 10 participantes, o tema II estava presente em 13 relatos e o tema III em todos os depoimentos.

### Tema I - Entendimento de Doença Psíquica

IC	Discurso do Sujeito Coletivo
Alteração de comportamento, instabilidade psicológica, doença mental.	<i>DSC 1 – Os distúrbios psiquiátricos alteram o equilíbrio da pessoa causando alterações de discernimento e comportamento. É tudo que foge do padrão normal tendo uma instabilidade psicológica ou neurológica, devido a não ter uma mente adequada e um raciocínio lógico. É uma doença que não é bem-vista por todos e às vezes exclui as pessoas do meio social. É causada por um desequilíbrio da própria pessoa devido, às vezes, por uma dependência química, agitação do dia a dia ou uma depressão que se torna uma obsessão e assim por diante. Entendo que todos têm a saúde mental prejudicada devido ao trabalho, à situação financeira, a situações familiares, interferindo na vida social. A doença mental, apesar de se entender ser somente do paciente psiquiátrico, acredito que envolve a população em geral, como depressão, dificuldades emocionais. É tudo aquilo que envolve a parte psíquica social da população.</i>

### Tema II - Características de situações de crise psíquica

IC	Discurso do Sujeito Coletivo
Presença de alucinações, mania de perseguição, desorientação, agressividade.	<i>DSC 2 – A crise em saúde psíquica se caracteriza por uma pessoa alterada, com a presença de alucinações, mania de perseguição, psicótico, sob uso de drogas. Geralmente pacientes psiquiátricos entram em crise quando deixam de tomar suas medicações, mas as pessoas que não possuem diagnóstico também entram em crise por consequência de estresse, ocasionando um transtorno para a família. A pessoa fica diferente do estado normal, foge do controle do raciocínio lógico, tornando-se desorientada, não falando coisa com coisa, às vezes é agressiva, muitas vezes ansiosa e chorosa. É um estado avançado da doença do tipo transtorno bipolar e esquizofrenia.</i>

### Tema III - As intervenções em crise psíquica

IC	Discurso do Sujeito Coletivo
contenção física, medicamentosa e encaminhamento.	<i>DSC 3 – É necessário no primeiro momento avaliar a cena e verificar se tem algum risco para a equipe, caso não haja se faz a aproximação e o diálogo com o paciente e familiar para avaliar os sinais e sintomas e repassar para a regulação. Quando essas pessoas estão nesse tipo de surto elas confundem muito a realidade.</i>

	<p><i>Às vezes é necessário entrar no mundo delas para conseguir buscar uma solução para o caso. Tem surto que já está tão agudo e apresentando risco, com uma arma branca ou uma arma de fogo, que é necessário o auxílio da polícia. Quando ele está muito agitado, informo aos familiares a necessidade de imobilizá-lo e medicá-lo conforme indicação do médico regulador, para que se possa levá-lo para o hospital, mas sempre amarrado. Quando não está agitado basta o diálogo, o medicamento e remover a pessoa. É importante salientar as principais potencialidades da equipe, que são primeiramente o entrosamento dos profissionais e a articulação rápida com a regulação e a polícia militar. O apoio à família e o encaminhamento rápido ao IPQ também apresentam-se como potencialidades. É importante saber a forma de pegar neles para não machucar e com isso deveria ter um preparo melhor e até mesmo um protocolo.</i></p>
--	---

## DISCUSSÃO

O DSC 1 nos mostra que os profissionais da equipe do SAMU entendem doença psíquica como uma alteração da normalidade do ser humano, uma inadequação à realidade social. A patologização do fenômeno da loucura perpassa por todo o discurso, e o comportamento agressivo se destaca como sintoma principal.

É importante entendermos que a loucura acompanha a história humana, sendo vista de diferentes formas a partir do momento social vivido. A loucura passa a ser decretada como doença somente após a revolução francesa, a partir da declaração dos direitos humanos, com a ideia de proporcionar uma saída para os alienados, de cura através de um tratamento pautado na organização da moral e tendo como dispositivo os asilos. Conforme Amarante (1996), a loucura passa a ser entendida como um estado oposto à razão, ou seja, sem condições de privar de sua liberdade. Essa percepção pode ser observada na fala “*É tudo que foge do padrão normal tendo uma instabilidade psicológica ou neurológica, devido a não ter uma mente adequada e um raciocínio lógico*”, ou seja, inadequado para viver em sociedade.

O entendimento de loucura passa a ser questionado mais intensamente no mundo após a II Guerra Mundial, com vários

movimentos de contestação e problematização do fenômeno. Conforme a o DSC 1, “*Os Distúrbios psiquiátricos alteram o equilíbrio da pessoa causando alterações de discernimento e comportamento*”, mostrando que a loucura perpassa por uma ligação direta com a periculosidade e um imaginário social de exclusão que, conforme o relato, “*é uma doença que não é bem-vista por todos e às vezes exclui as pessoas do meio social*”. Com isso, pudemos verificar ações em saúde constituídas através de intervenções de controle e basicamente corretivas. Com a implantação da nova política nacional de saúde mental brasileira, a loucura passa a ser problematizada a partir de uma maior complexidade, contendo todos os atores sociais na busca de uma mudança no imaginário social e uma prática assistencial ampliada. A clínica ampliada baseia-se na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e o sujeito em sofrimento (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A reforma psiquiátrica está pautada nos princípios do SUS e no paradigma psicossocial. Conforme Barros, Oliveira e Silva (2007), trabalhar com o conceito de reabilitação psicossocial é possibilitar a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da doença mental e a (re)construção de práticas voltadas para as reais necessidades do paciente; é estabelecer relações que permitam ao usuário a apropriação, a significação e a reconstrução de suas histórias de vida.

Para desconstrução do modelo psiquiátrico clássico que subsidiou a loucura por mais de dois séculos é necessária uma intensa discussão entre todos os atores, gestores, trabalhadores e sociedade em geral a fim de construir um novo olhar à saúde mental, diferente da patologia, um olhar que priorize o sujeito como ser complexo e ativo em todo processo, constituído de desejos e singularidade e que rompa com o modelo padronizado de entender a loucura. É importante salientar que uma mudança paradigmática se constitui por um processo contínuo e árduo, pois necessita da desconstrução de um olhar instituído por séculos pela sociedade.

Podemos observar no DSC 2 um olhar dos profissionais para a questão da crise, determinado pela exacerbação de sintomas da doença psiquiátrica, principalmente por estados acelerados. Outro ponto importante é a ideia de anormalidade e perda de controle ocasionando uma impossibilidade de convívio com outras pessoas, fortalecendo o imaginário social de incapacidade e exclusão.

Para falarmos de crise é importante entendermos o significado da palavra, que no grego (*kisis*, *Krínein*) significa “decisão num juízo”, ou seja, para que uma crise possa ser resolvida é necessário um processo



de decisão. Para Ferigato, Campos e Ballarin (2007), podemos caracterizar a crise como um momento de metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado para um outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter também inédito. Com isso, nos faz pensar em um momento de extrema potencialidade e transformação que precisa ser investida naquele momento. Ao mesmo tempo essas decisões muitas vezes podem mexer com as imposições sociais estabelecidas, ocasionando um caos nos padrões normatizadores.

A sociedade estabelece critérios organizacionais para o convívio social. Quando esses critérios são quebrados, faz-se necessário estabelecer medidas de controle na busca da recuperação do padrão. No DSC 2, podemos perceber isso claramente na afirmação “*A pessoa fica diferente do estado normal, foge do controle do raciocínio lógico, tornando-se desorientada, não falando coisa com coisa*”, um discurso composto pelo conceito de padronização das normas, ou seja, o fugir do padrão determina que o sujeito se coloque numa posição de anormalidade. Determinar a diferença entre o normal e o anormal perpassa pelo momento histórico em que se vive e o conceito moral estabelecido, sendo o anormal o incorreto e, com isso, estigmatizado. A anormalidade representa a quebra da sociabilidade, que deve ser resgatada pela restauração dos níveis de normalidade (SILVA et al, 2004). Isso se torna muito claro pelo processo de constituição do estigma da loucura, que historicamente foi pautado nos princípios do risco e tendo por consequência a exclusão. Com relação a esse estigma em um estudo

O louco, com a demonstração da sua individualidade subjetiva sem limites e regras, traz para o social a incapacidade de as pessoas lidarem com o diferente. Com a determinação da loucura como doença, cria-se a necessidade de tratamento, sendo este baseado na retirada total da sintomatologia. A crise passa a ser caracterizada como uma exacerbação dos sintomas da doença loucura, e a partir desta lógica deve ser suprimida imediatamente.

Para a transformação do entendimento de crise se faz necessária uma mudança paradigmática no entendimento da loucura: nas práticas assistenciais, na sociedade e principalmente na disponibilização da equipe técnica para o acolhimento e escuta do sujeito em situação de crise, proporcionando um ambiente favorável para a constituição de vínculo. Podemos verificar no DCS 2, com a afirmação “*É um estado avançado da doença do tipo transtorno bipolar e esquizofrenia*”, que a visão estabelecida pelos profissionais está pautada pelos conceitos patológicos e principalmente sintomatológicos, relacionados

diretamente aos princípios da ciência biomédica. Para Jardim (2008), a partir da mudança paradigmática de entender o fenômeno da loucura com base na atenção psicossocial, esse cuidado passa a ser norteado por uma ética de cuidado de urgência ao sujeito em crise. É o momento também de se estabelecer uma articulação entre os diversos atores envolvidos e instituições da rede de saúde mental, necessária para que se possa dar uma continuação ao processo de cuidado.

No entanto pode-se perceber a dificuldade dos profissionais de saúde em incorporar no seu cotidiano de trabalho esses novos entendimentos e práticas inovadoras na assistência em situações de crise. Isso principalmente no que se refere à percepção das potencialidades possíveis de serem trabalhada, devido a sua singularidade, mas também à falta de conhecimento e criatividade na construção de ações coletivas e desestigmatizantes.

Quando falamos em crise, não estamos nos referindo apenas a uma experiência individual e nem a um privilégio apenas de pessoas portadoras de sofrimento psíquico, mas sim em um contexto complexo e global (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007). Na saúde mental esse termo geralmente é utilizado para designar um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis e singulares, que afetam em graus variáveis a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio e que costumam ser determinantes das demandas e intervenções nos serviços (COSTA, 2010). A crise necessita ser vista como um momento singular e potencializador, como algo além de agudização da sintomatologia psiquiátrica, algo transformador, criativo. A crise assume um valor dinâmico, tão contraditório à própria existência humana, ou seja, a saída de um lugar historicamente dado para outro lugar a ser reconstruído (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005). As intervenções nas situações de crise necessitam ser repensadas a partir do processo de cuidado, desde o primeiro contato com uma escuta acolhedora na busca da confiança e relação de vínculo, percorrendo por toda a intervenção.

No DSC 3 fica clara a preocupação da equipe quanto a sua segurança frente à situação de crise do usuário. Podemos verificar que essa preocupação está presente em outros discursos, reforçando o imaginário social da loucura relacionada à agressividade. Este discurso, por exemplo, nos faz refletir sobre o papel do profissional de saúde em relação ao cuidado: *“é necessário no primeiro momento avaliar a cena e verificar se tem algum risco para a equipe, caso não haja se faz a aproximação e o diálogo com o paciente e familiar para avaliar os sinais e sintomas”*, entendendo esse cuidado como uma interação entre

dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediado por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004). A partir dessa afirmação, se torna contraditório, ao atendimento de urgência e emergências, pensar em uma intervenção que priorize o cuidado à equipe, considerando o sujeito em sofrimento psíquico como processo secundário. Tal afirmação pode ser considerada ao entender que a equipe de APH é responsável legalmente pelo atendimento dessa demanda. Apesar dessas obrigações, pode-se verificar que os profissionais que compõem a equipe não se sentem instrumentalizados o suficiente para o atendimento.

Pode-se verificar no DSC 3 que há no trecho *“Quando ele está muito agitado, informo aos familiares a necessidade de imobilizá-lo e medicá-lo conforme indicação do médico regulador, para que possamos levá-lo para o hospital e sempre amarrado”* a priorização de intervenções controladoras. Os serviços de atendimento pré-hospitalar têm caracterizado, em sua metodologia de trabalho, estratégias objetivas e protocoladas de atendimento. Essas ações padronizadas podem manter a saúde mental em uma lacuna, devido sua característica subjetiva. Na busca de uma estratégia objetiva de cuidado, a supervalorização dos psicofármacos e de contenções se torna, muitas vezes, a única saída para as intervenções. Com isso, as equipes acabam potencializando exclusivamente o modelo de cuidado da psiquiatria clássica. Para Jardim (2008), o foco dos serviços de atendimento pré-hospitalar permanece centrado basicamente nas ações biológica, sendo o corpo o objeto de trabalho.

A característica subjetiva da loucura em conjunto com o imaginário social de periculosidade faz com que as equipes de saúde determinem seus atendimentos a partir da avaliação de risco. O risco em saúde mental se coloca a partir do momento em que a crise é vista como uma exacerbação sintomatológica de uma suposta doença mental (JARDIM, 2008), sendo essa doença constituída historicamente de forças que introjetaram o medo social na busca de controle e poder. Ao mesmo tempo, se faz necessário repensar o cuidado em saúde com foco de para que e para quem.

## CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou uma análise da dimensão do cuidado à situação de crise em saúde mental a partir do discurso de uma equipe de

atendimento pré-hospitalar, onde se identificou três temas. O primeiro referente ao entendimento de crise psíquica, que se caracterizou como uma patologia que altera o comportamento dos sujeitos de forma que impossibilita o convívio social, principalmente pela anormalidade; o segundo tema referiu-se às características das situações de crise psíquica em que se pode observar a percepção de exacerbação sintomatológica e identificada por desorientação e agressividade; e o terceiro tema relaciona-se às intervenções em crise psíquica pautadas por ações controladoras e repressoras e com a ideia de proteção primeiro para a equipe.

Com isso, evidenciou-se que, apesar de uma mudança nas políticas públicas no Brasil referente à Saúde Mental e da implantação de um novo paradigma norteador para pensar o fenômeno da loucura, os profissionais de saúde permanecem com os preceitos das teorias clássicas da psiquiatria como base para suas práticas assistenciais. A ideia patologizante e estigmatizante se fez presente imperativamente em todos os discursos.

A ideia do serviço de atendimento pré-hospitalar como de intervenção rápida e pontual dificulta a apropriação das equipes para uma ação ampliada. As intervenções estão direcionadas para estratégias preestabelecidas, sistematizadas, protocoladas, que possibilitam intervenções objetivas. Com isso, reafirmam a crise como simples exacerbação sintomatológica e principalmente caracterizada pelo risco, que precisa ser controlada e retirada a todo custo. A preocupação da equipe quanto a sua segurança em primeiro lugar nos faz pensar no papel do profissional de saúde quanto ao cuidado e por consequência o repensar o processo de formação.

Para que ocorra uma mudança real na prática cuidativa, faz-se necessário superar o modelo tradicional da psiquiatria, rediscutir o conceito da loucura na sociedade e com isso repensar as práticas assistenciais, a partir do paradigma psicossocial e os princípios do SUS. Faz-se necessária a implantação de Políticas de formação continuada em Saúde Mental para atendimento à crise para as equipes de atendimento pré-hospitalar, problematizando as suas práticas e fortalecendo suas potencialidades. É importante deixar claro que o paradigma psicossocial é contraditório ao Modelo da Psiquiatria Clássica, devido ao fato de considerar o fenômeno da loucura um processo complexo e que só pode ser investido com estratégias complexas.

## REFERENCIAS

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1996.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, set.2 003-fev.2004.

BARROS, S; OLIVEIRA, M.A.F; SILVA, A.L.A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. esp., p. 815-819, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, Excluir não. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2048/GM, 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: MS, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Portaria 1864/GM de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: MS, 2003c.

CAMPOS, G.W.S; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

COSTA, M.S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. **Arquivos**

**Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n.1, 2007. Disponível em:  
<<http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

DELLI' ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. Em: Amarante, P. (Org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**, v. 2, p. 161-194, 2005.

FERIGATO, S.H; CAMPOS, R.T.O; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31, 2007.

JARDIM K.F.S.B. **O serviço ambulatorial móvel de urgência (SAMU) no contexto da Reforma Psiquiátrica**: Em análise a experiência de Aracaju/SE. 2008. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

SILVA, A.T.M. et al. Formação de enfermeiros na perspectiva da reforma psiquiátrica **Rev Bras Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 675-678, 2004.

TEIXEIRA, J.J.V; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2008.

## 5.2 ARTIGO II – INTERVENÇÃO NAS SITUAÇÕES DE CRISE PSÍQUICA: DIFICULDADES E SUGESTÕES DE UMA EQUIPE DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR

### **Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar**

### **Crisis intervention in psychic: difficulties and suggestions for a team pre-hospital care**

### **Intervención em crisis psíquico: dificultades y sugerencias para um equipo pre-hospitalaria**

Alexsandro Barreto ALMEIDA<sup>I</sup>, Eliane Regina Pereira do NASCIMENTO<sup>II</sup>

**RESUMO:** Pesquisa descritiva, qualitativa, que objetivou conhecer como os profissionais de atenção pré-hospitalar percebem as intervenções às pessoas em crise psíquica. O estudo foi realizado no estado de Santa Catarina com quatro equipes das Unidades de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, mediante entrevista, no período de abril a junho de 2011. Utilizou-se como método de análise o Discurso do Sujeito Coletivo. Dos resultados emergiram dois temas: percepção das dificuldades no atendimento à pessoa em crise psíquica e sugestões na busca para um entendimento melhor à pessoa em crise psíquica. As dificuldades apontadas se relacionam à falta de capacitação e local para encaminhamento e sugerem treinamento e sistematização do atendimento. Conclui-se que se faz necessário investir em processo de formação pautado em novas estratégias de cuidado norteadas pelos Princípios do SUS e no Paradigma Psicossocial, além de rediscutir a estratégia de protocolos como sistemas norteadores e não padronizadores.

**Palavras-chave:** Saúde mental; crise; psiquiatria; assistência; urgência.

**ABSTRACT:** It is a descriptive, qualitative research, that aimed to know how the pre-hospital care professionals perceive the interventions towards people in mental crisis. The study was conducted in the state of Santa Catarina with four teams of basic life support units of the

Department of Mobile Emergency Care, with interviews made during the period of April to June 2011. The Collective Subject Discourse was used as a method of analysis. Two themes emerged with the results: awareness of the difficulties in meeting a person in mental crisis and suggestions on the search for a better understanding of a person in mental crisis. The difficulties mentioned are related to a lack of training and the stigmatization of the disease, and these suggest training and systematization of care. We conclude that it is necessary to invest in the formation process based on new strategies of care guided by the principles of the NHS and the Psychosocial Paradigm, and revisit the strategy of protocols such as guiding systems and non-standard systems.

**Keywords:** Mental health.; crisis; psychiatry; care; emergency

**RESUMEN:** Se trata de una investigación descriptiva, cualitativa, dirigida a saber como los profesionales de la atención pre-hospitalaria perciben las intervenciones en personas con crisis mental. El estudio se realizó en el estado de Santa Catarina con cuatro equipos de las unidades de soporte vital básico del Departamento de Atención de Urgencia, con una entrevista que ocurrió durante el período de abril a junio de 2011. El Discurso del Sujeto Colectivo fue utilizado como método de análisis. Los resultados de los dos temas sugieren: la conciencia de las dificultades en el cumplimiento de la persona en crisis mental y sugerencias en la búsqueda de una mejor comprensión de la persona en crisis mental. Las dificultades mencionadas se relacionan con la falta de capacitación y a la estigmatización de la enfermedad, lo que sugiere entrenamiento y la sistematización de la atención. Llegamos a la conclusión de que es necesario invertir en el proceso de formación basado en las nuevas estrategias de atención guiadas por los principios del SNS y el paradigma biopsicosocial, y revisar la estrategia de protocolos cómo sistemas de guiado y no estandarizadores.

**Palabras clave:** Salud mental; crisis; psiquiatria; atención; emergência.

## INTRODUÇÃO

Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada *Atenção Pré-hospitalar ao Sujeito em Crise Psíquica*. O fenômeno da loucura perpassa o mundo a partir de diferentes momentos históricos da sociedade, mas podemos verificar que devido ao seu alto grau de subjetividade passa a ser introjetado o conceito de incapacidade e



periculosidade. Em uma sociedade de características capitalistas e de controle, o louco passa a ser um objeto impróprio para o mundo.

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Mental, que está pautada na mudança paradigmática do entender o fenômeno da loucura, pode-se verificar um grande investimento na implantação de estruturas de atendimento, mas ao mesmo tempo o esquecimento dos gestores no processo de capacitação profissional para atender essa demanda. Para Jardim (2008), um dos indicativos dessa dificuldade está relacionado principalmente à pouca literatura existente referente à atenção a crise.

Os sujeitos em grave sofrimento psíquico vivenciam momentos críticos que muitas vezes coincidem com o desencadeamento de um momento de crise, gerando com isso ações confusas e incompreendidas por eles e pela sociedade e que dificilmente resolvem-se somente com uma intervenção pontual, mas sim com uma estratégia ampliada de cuidado.

Uma das estratégias para tentar solucionar o problema do atendimento à urgência dessa clientela é contemplada no Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que coloca a regulação médica das urgências como sendo uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

Posteriormente, com a publicação da Portaria 2048/GM (BRASIL, 2002), instituiu-se a Política Nacional de Atenção às Urgências, na qual foi definido o conceito das urgências psiquiátricas, atestando que estas são de competência técnica dos serviços de urgência. Em 2003 foi aprovada a Portaria 1864/GM (BRASIL, 2003), que fundou o componente pré-hospitalar móvel da política de urgência, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192).

De acordo com essa portaria, o SAMU tem como dever realizar os atendimentos psiquiátricos, com o propósito de acompanhar as situações de Saúde Mental em crise até a rede de atendimento de urgência. O SAMU no Brasil possui uma Unidade de Suporte Avançado (USA) à vida e uma Unidade de Suporte Básico (USB) à vida, na qual não estão presentes as figuras do médico e do enfermeiro, e sim de um técnico de enfermagem e de um motorista socorrista, passando de Serviço de Atendimento Médico de Urgência para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

No entanto, somente a implantação de uma portaria não garante à população o atendimento humanizado, pois para que ocorra uma mudança na assistência é necessária a incorporação desse novo modelo

de atenção pelos profissionais de saúde. Desse modo, faz-se de extrema importância o debate coletivo entre todos os atores frente ao Paradigma Psicossocial no intuito de refletir sobre a prática.

Diante do exposto, surge a importância de conhecer como os profissionais de atenção pré-hospitalar percebem as intervenções às pessoas em crise psíquica.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

No ano de 2001, após intensas discussões no Congresso Nacional, é implantada a Política Nacional de Saúde Mental, com a lei 10.216. Essa política dá início a uma mudança no modelo de atenção à saúde mental brasileiro, alicerçado no Paradigma Psicossocial em alguns dos princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade –, havendo mudança de um modelo centralizador para a priorização dos serviços comunitários e territorializados. A implantação de uma nova política é um marco para a Saúde Mental Brasileira, principalmente após anos de discussões e embates com diversos atores da sociedade. Mas não podemos deixar de lembrar que esse marco é somente um novo início, com velhos e novos desafios para esse processo contínuo de repensar a loucura. E após quase dez anos de implantação, apesar de vários avanços em novos serviços de atendimento territorializados, e com foco na busca da cidadania do louco, os momentos de situações de crise ainda causam muitas inseguranças e desconfianças nas práticas desinstitucionalizantes.

A constituição de uma nova forma de cuidado baseada na atenção psicossocial considera necessário inventar novas práticas em saúde mental. Esta tem como objetivo buscar formas de atuação que impliquem na percepção do sujeito em sofrimento como um ser individual, complexo e entrelaçado por uma rede familiar e social e assim possibilitar a produção de novos territórios existenciais através da relação cotidiana e da transformação do imaginário social relacionado à loucura. Para esse novo modo de agir, a atual política nacional de saúde mental pauta-se em equipamentos de saúde que têm como prioridade o funcionamento em rede com os diversos setores da sociedade na busca da cidadania dos sujeitos, ampliando e fortalecendo a rede extra-hospitalar, constituída principalmente pelos CAPS e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2007).

Nesse sentido, Costa-Rosa et al. (2003) aponta para a configuração de um novo paradigma de atenção psicossocial substitutivo ao modelo iatrogênico e cronificador do manicômio, tendo como estratégia de transformação a desinstitucionalização dos saberes e a construção da cidadania dos sujeitos loucos. Conceituando loucura, Pichon-Rivière (2009) refere ser esta a expressão de nossa incapacidade para suportar e elaborar um montante determinado de sofrimento.

O movimento da Reforma Psiquiátrica constitui um processo permanente de mudanças na forma de pensar a loucura, criando estratégias voltadas para a busca da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico. Conforme Dutra e Rocha (2011), essas mudanças visam transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, no sentido de que conduzam à superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos, estabelecendo com eles uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade e de cuidados. Para isso se faz necessária uma mudança paradigmática do entender a loucura, do Modelo controlador e asilar para a uma forma libertadora, o Paradigma Psicossocial.

Para Costa-Rosa (2000) o conjunto das práticas promovidas pelo processo de Reforma Psiquiátrica como *Modo Psicossocial*, em um movimento dialético de contradição ao modelo psiquiátrico tradicional, é o modelo dominante nas práticas de saúde mental. Para configurar a transformação do paradigma de atenção capaz de superar o modelo asilar, é imprescindível que a prática preencha algumas condições relativas a mudanças radicais na forma de *Concepção do objeto e dos meios de trabalho* a partir de uma transformação do olhar dos profissionais frente à demanda do sujeito, sendo necessário analisar esse sujeito em toda sua complexidade. A mudança nas *Concepções das formas da organização institucional* através da transformação das organizações institucionais de uma verticalidade para um processo de horizontalização. As *Formas do relacionamento com a clientela*: constituído a partir de uma relação de troca de saberes entre todos os atores e ações prioritariamente territorializadas e complexas. E, para finalizar, a *Concepção da finalidade em termos terapêuticos e éticos*, a busca de autonomia do sujeito possibilitando com isso a sua cidadania. Conforme Santos (2009), o Modo Psicossocial busca na sua intervenção ao sujeito em sofrimento contribuir com a emancipação deste, através da ampliação do seu poder de troca e reprodução social com foco na sua reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAP) se

coloca como norte da Política Nacional de Saúde Mental, sustentando com isso seus princípios e ações em seus diferentes campos: prático, político, social e cultural. Para que possamos transformar nosso entendimento frente à Saúde Mental, a partir da EAP, se faz necessário um olhar ampliado quanto ao sofrimento psíquico e, por consequência, problematizarmos o conceito de crise.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo conhecer como os profissionais de atenção pré-hospitalar percebem as intervenções às pessoas em crise psíquica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, das relações e das ações humanas, não captáveis nas quantificações (MINAYO, 2007). A pesquisa exploratória objetiva dar uma explicação geral sobre determinado fato, e a pesquisa descritiva procura analisar em profundidade a realidade pesquisada (OLIVEIRA, 2007).

Este estudo foi realizado no estado de Santa Catarina, com quatro equipes das Unidades de Suporte Básico do SAMU. Estabeleceu-se como critério de inclusão: profissionais da equipe da Unidade de Suporte Básico do SAMU que prestam atendimento ao público com crise psíquica, a autorização para a gravação das informações e para a publicação dos resultados e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Atenderam a esse critério 14 (quatorze) profissionais, sendo que, destes, sete eram técnicos de enfermagem e sete socorristas que atuam como motoristas e na assistência. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2011, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer Nº 1060/11) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas. Aos participantes foi perguntado como percebiam a crise psíquica e o atendimento dado pelo SAMU à pessoa em crise. Para o processo de análise dos dados utilizou-se três figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): Expressão-chave (ECH); Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2008).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos resultados encontrados, emergiram dois DSC, com os temas: percepção das dificuldades no atendimento à pessoa em crise de saúde mental – constituído com o depoimento de 11 participantes – e Sugestões na busca por um atendimento mais próximo do desejado à pessoa em crise psíquica – referente à fala de 10 profissionais.

### **Tema I: Percepção das dificuldades no atendimento à pessoa em crise de saúde mental.**

IC	DSC 1
<p><b>Falta preparo para o atendimento e o estigma da loucura</b></p>	<p><i>Acredito que a experiência do dia a dia me faz ter certo preparo técnico, mas com dificuldade na questão psicológica. Por ser o SAMU um serviço de Urgência e Emergência, e não de continuação do cuidado, realiza-se o necessário, mas acho que poderíamos ter um preparo melhor. Pode-se dizer que estou preparado na medida do possível, pois consigo realizar técnicas para contenção física, mas não psicológica. Em algumas situações não me sinto preparado e abordo a pessoa com a presença da polícia militar. Em geral não me sinto preparado, acredito que precisaríamos de mais orientação, pois é a única área que a gente não tem capacitação. Quando consigo me aproximar, a abordagem com a pessoa fica tranquila, mas quando não, é na força mesmo. Acredito que a falta de preparo e de conhecimento associada ao estigma do medo, faz com que o atendimento siga uma forma não correta.</i></p>

Pode-se perceber no discurso uma dificuldade no atendimento devido a um déficit para as ações em situações de crise em saúde mental e que as ações estão embasadas em conhecimento empírico e pessoal, além da falta de estrutura para o atendimento. Ao mesmo tempo observa-se que a prioridade é sempre a segurança da equipe.

Constata-se a necessidade de mudança no atendimento. Porém, para que ocorra uma mudança, seja qual for, é necessário certo tempo, mas principalmente uma apropriação de todos os atores envolvidos, para que ela seja efetiva. E como estamos falando de uma mudança de paradigma de saúde envolvendo relações de poder, isso se torna muito mais complicado. É importante salientar que a reforma psiquiátrica é um processo, contínuo e complexo. Ao mesmo tempo em que se observa um investimento intenso na implantação dos serviços substitutivos, como os

centros de atenção psicossocial, residenciais terapêuticos, entre outros, observa-se também pouco investimento no atendimento pré-hospitalar. Conforme o discurso *“Por ser o SAMU um serviço de Urgência e Emergência e não de manutenção realiza-se o necessário, mas acho que poderíamos ter um preparo melhor teórico”*, podemos verificar que, apesar da falta de capacitação das equipes, os profissionais não deixam de atender as demandas de saúde mental e contam com o potencial da coesão dos trabalhadores.

O atendimento pré-hospitalar (APH) se caracteriza por toda e qualquer assistência realizada fora do âmbito hospitalar em situações de urgência e emergência, contendo ou não risco de morte. O atendimento pré-hospitalar foi estruturado pela primeira vez na França, com o objetivo de que a prestação de socorro a uma pessoa ferida fosse feita o quanto antes (ARAÚJO, 2005). Entendendo-se esse processo de formulação de serviço baseado em patologia clínica e de ação imediata, se contrapõem a um entendimento de saúde ampliado, em que o grau de sofrimento é individualizado e por consequência a necessidade de intervenções complexas e singulares.

No Brasil, com a implantação da Política Nacional de atenção às urgências, o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU) surge como um dos principais instrumentos de sua efetivação. Conforme Gerber (2010), esse serviço tem por finalidade prestar socorro à população em casos de urgência, buscando assim reduzir o número de óbitos, o tempo de internações em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. Ou seja, um programa cuja finalidade é prestar socorro à população em caso de urgência e emergência. Mas como podemos definir urgência e emergência?

Urgência se caracteriza por uma situação que necessita de atendimento imediato, mas não possui risco de morte. A emergência está relacionada a uma situação de agravo e que possui risco para a vida ou sofrimento intenso (JARDIM, 2008). A partir de que visão estabelecemos esses conceitos? Fica claro que os conceitos estabelecidos estão diretamente relacionados a um entendimento direcionado a uma visão positivista de saúde, pautados na patologia do cuidado. Para Rios (2007) entende-se que o todo é dado pela soma das partes, e a noção de causalidade linear é prevalente, apesar das recentes mudanças ocorridas nas teorias científicas, principalmente provindas da física. A própria definição conceitual de atendimento da emergência psiquiátrica é algo subjetivo, pois depende de como o profissional interpreta o fenômeno, de como ele constrói seu arsenal de concepções e práticas a partir desse atendimento (RODRIGUES et al, 2010).

Para pensarmos a partir do Paradigma Psicossocial é necessário rediscutirmos esses conceitos a fim de que o sofrimento psíquico não necessariamente se coloque através de um agravo evidente. A atenção ao sujeito em sofrimento perpassa pela sua subjetividade singular, ocasionando um entender a partir de sua complexidade e, com isso, necessitando de ações criativas. Se por um lado é dever do serviço móvel de urgência realizar os atendimentos psiquiátricos, com o propósito de acompanhar as situações de Saúde Mental em crise até a rede de atendimento de urgência, por outro, como pensarmos nesse atendimento de forma não padronizada e respeitando a singularidade do sujeito em crise?

Com isso, é imprescindível um amplo investimento dos gestores na capacitação dos trabalhadores das equipes de atendimento pré-hospitalar com foco na saúde mental, pautados pelos princípios do paradigma psicossocial. Essa transformação nos faz pensar como realizá-la através de uma relação complexa de ligação de um atendimento rápido, ágil, sem esquecer o sujeito como um todo, composto por singularidades, fragilidades e potencialidades.

## **Tema II: Sugestões na busca por um atendimento mais próximo do desejado à pessoa em crise psíquica.**

IC	DSC 2
<p><b>Capacitação e sistematização do atendimento.</b></p>	<p><i>Acredito que seria necessário um treinamento para a equipe, onde aprenderíamos como agir nas situações. Outro ponto importante seria o aumento de psiquiatras na rede de atendimento de emergência, mas principalmente a criação de uma sistematização do atendimento para o SAMU. A forma como tratamos é o agora para encaminharmos ao serviço especializado ou orientar a família para realizar esse atendimento e esse controle secundário. Temos que saber como segurar a pessoa, a forma, pois a gente tenta não fazer força, mas é preciso. Devíamos ter uma equipe especializada ou então não atender esse público, pois não é demanda para o SAMU.</i></p>

Nesse discurso está retratada a necessidade de investimentos em capacitação continuada para essa equipe, com foco na prática de intervenção nas situações de crise em saúde mental. Outro ponto descrito é a organização de um protocolo de atendimento com direcionamento dos passos para a realização deste.

A forma de organização dos serviços de atendimento pré-hospitalar é pautada na sistematização da assistência, com condutas padronizadas, contendo passos preestabelecidos. Esse critério cria certa dificuldade para as ações em saúde mental, devido ao fato de o sofrimento psíquico ser composto de grande intensidade subjetiva. O protocolo é utilizado como forma de sistematização no atendimento pré-hospitalar, sendo este definido como conjunto de regras, padrões e especificações técnicas que regulam as ações da equipe. Pode-se verificar isso através da seguinte afirmação do discurso: *“Temos que saber a forma como pegar, pois a gente tenta não fazer força, mas é obrigatório”*, ou seja, o protocolo assistencial tem como objetivo a padronização e a sistematização da conduta profissional na busca de uma diminuição da indesejada variação da prática, melhorando e agilizando o atendimento (ROCHA et al., 2004). Além disso, pode-se perceber no discurso um entendimento dos profissionais referente às situações de crise psíquica, prioritariamente de contenção, deixando muitas vezes de lado as ações de escuta e vínculo.

A sistematização do trabalho em saúde se caracteriza como uma estratégia de extremo potencial para a organização da equipe e facilitação na metodologia. Mas é necessário pensarmos de forma a auxiliar, e não como regulador da assistência. A prática assistencial a partir do paradigma psicossocial necessariamente precisa ser individualizada, com foco no sujeito e não na doença.

Para isso é necessário o investimento em processos educacionais para as equipes de atendimento pré-hospitalar, como um processo teórico-prático, relacionando as ações de atendimento com os princípios do SUS, conforme a afirmação *“Acredito que seria necessário um treinamento para a equipe, onde aprenderíamos como agir nas situações”*.

É fundamental entender a educação como um fenômeno social complexo, composto por uma atividade essencial para a relação entre os seres humanos conviverem em sociedade (MORIN, 2002). Compreender que qualificar o atendimento é problematizá-lo a partir do entendimento de que o conhecimento não está pronto, precisa ser construído. Para Ciconet, Marques e Lima (2008), o processo não se faz somente pela transferência de conteúdos técnicos, normas e protocolos. Ou seja, é necessário que o homem seja agente ativo na construção do seu conhecimento, procurando meios que o levem ao crescimento e ao aperfeiçoamento de sua capacidade.

A educação precisa ser vista como um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, por intermédio do



desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007), o que reafirma a ideia do Paradigma Psicossocial e que nos traz à tona um olhar inventivo e complexo, que nem sempre uma teoria tem condições de dar conta. Com isso, se faz necessário repensar as práticas de saúde, problematizar o entendimento de crise e principalmente rever a o imaginário social da loucura.

## CONCLUSÕES

A Reforma Psiquiátrica veio para ser um processo de transformação do entendimento da loucura na sociedade, problematizando o fazer dos profissionais de saúde ao sujeito em sofrimento psíquico. Os benefícios propostos pelas políticas de saúde mental foram um fator fundamental para a realização do processo de desinstitucionalização, do sucesso da alta e da retomada da vida. Com isso, é fundamental pensar o enlouquecer no cotidiano da vida, na comunidade, na casa, na rua.

A percepção das dificuldades no atendimento à pessoa em crise em saúde mental ficaram claras no discurso pela falta de conhecimento da equipe ao atendimento prático, e como sugestões na busca por um atendimento mais próximo do desejado identificou-se a capacitação e a importância de uma sistematização desse atendimento.

O cuidado perpassa por ações complexas envolvendo aspectos subjetivos e que necessitam de intervenções criativas. No entanto, legitimar uma diretriz política não garante uma mudança prática na assistência, pois precisamos de uma apropriação de todos os atores, como gestores, profissionais, usuários e sociedade em geral para a plena efetivação.

A busca por uma reorganização da assistência em saúde trouxe uma simplificação do conceito de sistematização e principalmente de protocolo, que surgiu como uma estratégia de guia norteador do atendimento, mas passou a ser uma forma sistemática de padronização das ações. Com isso, o sofrimento psíquico composto de extrema subjetividade se fortaleceu pela visão patologizante e de controle dos corpos orientada pela psiquiatria clássica. Faz-se necessário investir em processo de formação pautado nas novas estratégias de cuidado

norteadas pelos Princípios do SUS e pelo Paradigma Psicossocial, valorizando as potencialidades dos profissionais e principalmente as suas criatividade. Com isso não podemos deixar de salientar a importância da apropriação dos profissionais para a busca de um conhecimento que não pode ser estanque, mas sim contínuo.

## REFERENCIAS

ARAÚJO, R.R. **A Política pública do atendimento pré-hospitalar na redução da mortalidade por causas externas, no município de Fortaleza (1988 a 2003)**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante de Planejamento e Políticas Públicas) Universidade Estadual do Ceará, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, Excluir não. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Portaria 2048/GM, 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: MS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Portaria 1864/GM de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: MS, 2003.

CICONET, R.M; MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface** (Botucatu), v. 12, n. 26, p. 659-666, 2008.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. D. C. (Org). **Ensaio, subjetividades, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz,

2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C.A; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

DUTRA, V.F.D; ROCHA, R.M. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: Subsídios para o cuidado integral. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 386-391, 2011.

GERBER, A.S. **Análise dos sistemas de trabalho do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU sob a ótica da sociotécnica**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

JARDIM, K.F.S.B. **O serviço ambulatorial móvel de urgência (SAMU) no contexto da Reforma Psiquiátrica: Em análise a experiência de Aracaju/SE**. 2008. 165f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez/UNESCO, 2002.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

PASCHOAL, A.S; MANTOVANI, M.F; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada em serviço para enfermeiros de um

hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 478- 484, 2007.

PICHON-RICIÈRE, E. **O processo grupal**. Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso e Maria Stela Gonçalves. 8. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

RIOS, E. R. G. *et al.* Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde .**Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2. p. 501-509, 2007.

ROCHA, P.M, et al. Efeito da implantação de um protocolo assistencial de asma aguda no serviço de emergência de um hospital universitário. **J Bras Pneumol.**, v. 30, n. 2, p. 94-101, 2004.

RODRIGUES, J. et al. Uso da criatividade e da tecnologia no ensino da crise em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **SMAD**, v. 6, n. 1, 2010.

SANTOS, J.L.G. **Política de Saúde Pública para usuários de álcool e outras drogas no Brasil**: A prática no Caps ad em Feira de Santana, Bahia, Brasil. Salvador. 2009. 129f. Dissertação (Mestrado) Universidade Católica do Salvador, Superintendência de pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Política Sociais e Cidadania, Salvador, 2009.

TEIXEIRA, J.J.V.; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2008.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIAR, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J Bras Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

## CONCLUSÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira nos trouxe uma nova forma de pensar a loucura a partir de um questionamento do modelo psiquiátrico hegemônico. As mudanças possibilitaram uma transformação no processo de entender o fenômeno da loucura e a implantação de práticas de cuidado inovadoras, criativas e inventivas, pautadas por um paradigma revolucionário e complexo. O olhar para o sofrimento psíquico passa a ser entendido através da complexidade do sujeito em seus múltiplos contextos e orientado pelo paradigma psicossocial. Mas ao mesmo tempo pode-se verificar um distanciamento nas práticas assistenciais das equipes de saúde e a dificuldade de incorporação desses princípios no seu trabalho, muitas vezes centralizados em técnicas objetivas, padronizadas e corretivas.

O processo histórico da loucura traz consigo um emaranhado de conceitos estabelecidos de aspectos negativos que mobilizam o imaginário social. Aspectos estes que determinam o fenômeno da loucura através de características de anormalidade, periculosidade e, por consequência, de impossibilidade de convívio social, sendo a crise da loucura um momento de intensidade exacerbada de todos os sintomas.

As reflexões acerca do atendimento pré-hospitalar nas situações de crise em saúde mental possibilitaram verificar os entraves existentes na apropriação das equipes de saúde para essas intervenções. Pode-se perceber que para que uma mudança ocorra nas formas de pensar e agir é necessário uma ampla discussão, composta por todos os atores sociais. A simples alteração da legislação não determina uma apropriação dos sujeitos, principalmente por ser tratar de um fenômeno complexo e amplamente subjetivo. Os discursos relatados nos mostram um grande abismo que separa as práticas assistenciais e os princípios que pautam as políticas públicas em saúde mental, através do paradigma psicossocial. Ao mesmo tempo não podemos deixar de salientar que toda proposta de mudança perpassa por um processo contínuo e complexo, que não se pensa no certo ou errado, e sim no grau de mobilização das pessoas. É necessário pensarmos no investimento de todos os atores, como gestores, profissionais e usuários, para essa apropriação e mobilização.

Estimular os profissionais de atendimento pré-hospitalar na busca por incorporar em suas práticas um cuidado ampliado torna-se um desafio, principalmente pela necessidade de se conseguir quebrar com conceitos enraizados pelo imaginário social e, por consequência, com o

processo de formação, que, conforme os discursos, fazem-se incipientes e por muitas vezes pautados pelo modelo da psiquiatria hegemônica. Pode-se verificar que, apesar das dificuldades da equipe em conseguir ampliar suas ações para além da patologia, o discurso dos profissionais nos mostrou um interesse em se apropriarem de novos conhecimentos. Ao mesmo tempo, isso se torna contraditório quando a presente pesquisa propôs a criação de um espaço para reflexão e construção de parâmetros para o atendimento e não houve a participação dos profissionais.

Isso nos faz pensar que para esse processo ocorrer são necessárias ações ampliadas não só para a equipe, mas sim para toda a estrutura do serviço, a fim de incorporar essas ações no processo de trabalho das equipes de atendimento pré-hospitalar. O repensar as práticas perpassa por uma análise de estrutura do serviço de atendimento pré-hospitalar e pela sua relação com a rede de saúde, problematizando os conceitos de suas ações e repensando o processo de sistematização. Os protocolos que servem como base para o serviço precisam servir como norteadores do atendimento, e não para sua padronização.

Outro ponto a ser explicitado é a importância de provocarmos os trabalhadores e pesquisadores para investirem em publicações com essa temática, a fim de movimentarmos o conhecimento e o problematizarmos de forma ampliada. O escrever possibilita ao autor realizar uma reflexão crítica sobre o tema, instiga os leitores na busca de conhecimento e, com isso, a repensar suas práticas.

O quebrar com padrões preestabelecidos historicamente não se faz de maneira fácil, é preciso um envolvimento amplo da sociedade e que nem sempre é desejado por todos. A importância de estimularmos os sujeitos na construção de desejo é um processo contínuo e complexo, que requer muito trabalho.

Ao avaliar os resultados alcançados nesta pesquisa, percebo o processo como algo que precisa ser ampliado e contínuo. Problematicarmos os conceitos de cuidado se faz necessário na busca de entender qual o papel do profissional de saúde na sociedade e principalmente para quem serve esse cuidado. Entender que não existe uma fórmula certa para o atendimento às pessoas em situações de crise psíquica e que os sujeitos possuem uma identidade singular já possibilita uma transformação no cuidado.

Ao conviver com a equipe de atendimento pré-hospitalar pude perceber, a partir do cotidiano, as dificuldades e potencialidades existentes no serviço de atendimento móvel de urgência. O uso do discurso do sujeito coletivo me possibilitou conhecer mais intensamente a percepção dos profissionais quanto ao tema proposto, viabilizando um

caminho metodológico coerente com o estudo. Este estudo não teve a função de esgotar as possibilidades, mas sim de dar um início, de um aprofundamento das discussões referentes ao fenômeno da loucura a partir de diferentes cenários e atores sociais.





## REFERENCIAS

ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, p.299-316, jul/dez. 2006.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In : FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p 163-185.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAUJO, R.R. **A política pública do atendimento pré-hospitalar na redução da mortalidade por causas externas, no município de Fortaleza (1988 a 2003)**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante de Planejamento e Políticas Públicas) Universidade Estadual do Ceará, 2005.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v. 8, n. 14, p.73-92, set. 2003-fev.2004.

BARROS, S; OLIVEIRA, M.A.F.; SILVA, A.L.A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. esp., p. 815-819, 2007.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Ética do humano e compaixão pela terra. 8. ed. Editora Vozes: Petrópolis, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, Excluir não. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2048/GM, 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: MS, 200b.

\_\_\_\_\_. **Portaria 1864/GM de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: MS, 2003.

CAÇAPAVA, J.R; COLVERO, L.A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 29, n. 4, p. 573-580, 2008.

CAMPOS, G.W. de S; AMARAL, M.A do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, july/aug. 2007.

CARVALHO, I.S; COSTA, I.I; BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza , v. 7, n. 1, p. 163-189, 2007.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Vozes, 2006.

CICONET, R.M; MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface** (Botucatu) 2008, v.12, n.26, p. 659-666, 2008.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n.1, 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

COSTA-ROSA, Abílio da. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. D. C. (Org). **Ensaaios, subjetividades, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz., 2000. p. 141-168

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C.A; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

COVINO, A.M. **O cotidiano nos espaços de morar e habitar em saúde mental**. 2007. 117f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de São Paulo, São Paulo, 2007.

DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R. **Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial**. In: AMARANTE, P. (Org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 161-194.

DUTRA, V.F.D.; ROCHA, R.M. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: Subsídios para o cuidado integral. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 386-391, 2011.

FERIGATO, S. H., CAMPOS. R. T. O. e BALLARIN. M. L. G. S. O

atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 35, 2007.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GERBER, A.S. **Análise dos sistemas de trabalho do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU sob a ótica da sociotécnica**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

GODOY, M.G.C. BOSI, M.L.M. A Alteridade no Discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira face à Ética Radical de Lévinas. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 289-299, 2000.

GOMES, V.L.O; TELLES, K.S; ROBALLO E.C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 856-862, 200+.

GOULART, M. S. B. A. Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006.

JARDIM, K; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

JARDIM, K. F. S. B. **O serviço ambulatorial móvel de urgência (samu) no contexto da reforma psiquiátrica: em análise a experiência de Aracaju/SE**. 2008. 165f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

JUNIOR, S.T. **Trajetórias assistenciais de usuários com transtorno psíquico na rede de saúde do município de Porto Alegre.** Dissertação (Mestrado) Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social.** Brasília: Liber Livro, 2005.

LUZIO C.A; L'ABBATE S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009.

MENDES K.D.S., SILVEIRA R.C.C.P., Galvão C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo: Cortez/UNESCO, 2002.

NICACIO, F.; CAMPOS, G.W.S. A complexidade da atenção às situações de crise - contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.**

**Univ. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

PASCHOAL, A.S; MANTOVANI, M.F; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso e Maria Stela Gonçalves. 8 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

PITTA, A. O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Aa (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

QUINTAS, R.M. **A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva**. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ, 2007.

RIBEIRO, L.M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 376-382, 2010.

RIOS, E. R. G. *et al.* Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 501-509, 2007.

ROCHA, P.M. et al. Efeito da implantação de um protocolo assistencial de asma aguda no serviço de emergência de um hospital universitário. **J Bras Pneumol.**, v. 30, n. 2, p. 94-101, 2004.

RODRIGUES, J. et al. Uso da criatividade e da tecnologia no ensino da crise em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **SMAD**, v. 6, n 1, p. 10, 2010.

SANTOS, J.L.G. dos. **Política de Saúde Pública para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: A prática no Caps ad em Feira de Santana, Bahia, Brasil.** Salvador, 2009, 129f. Dissertação (Mestrado) Universidade Católica do Salvador, Superintendência de pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Política Sociais e Cidadania, 2009.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n.1, mar. 2008.

SILVA, A.T.M. et al. Formação de enfermeiros na perspectiva da reforma psiquiátrica **Rev. Bras Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 675-678, 2004.

SILVA, F.M. **Assistência aos pacientes em crise em um centro de referencia em saúde mental de Belo Horizonte.** Dissertação (Mestrado) Belo Horizonte: Departamento de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ, 2009.

TEIXEIRA, J.J.V.; LEFÉVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2008.

TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 135-143, ago 1987.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIAR, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J Bras Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

**YASUI, S. Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2006.



## **APENDICES**



## APENDICE A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

Título da pesquisa: **Atenção Pré – Hospitalar ao sujeito em crise psíquica**

### **TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esta é uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo exploratória descritiva. Tem como objetivo: Analisar como uma equipe de Atenção Pré-Hospitalar percebe e atende o sujeito em crise psíquica. A pesquisa propõe a realização de dois momentos distintos, mas que se complementaram. Primeiramente será realizada a observação da realidade através do acompanhamento do trabalho interno desenvolvido, objetivando conhecer a estrutura organizacional durante todos os turnos de trabalho e a aproximação com a equipe na busca da construção de vínculo. No segundo momento propõe-se a realização entrevistas semi-estruturadas. Este momento terá como finalidade repensar as práticas de cuidado, as formas de entender e conviver com as diferenças e dificuldades vivenciadas pela equipe. Os dados serão coletados pelo pesquisador principal, o mestrando Alessandro Barreto Almeida. As discussões serão gravadas em aparelho de áudio e registradas por escrito pelo observador. Os registros de som e escritos serão destruídos após 5 (cinco) anos do término da pesquisa. Os dados coletados ficarão sobre a responsabilidade dos pesquisadores e serão utilizados para os fins desta pesquisa, estando preservado o sigilo das informações. Os resultados finais serão divulgados na dissertação do pesquisador principal, em eventos e publicações científicas. A pesquisa não apresenta risco de qualquer natureza a seus participantes. A sua identificação será mantida no anonimato e você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Declaro que fui informado (a) sobre todos os procedimentos deste projeto e que recebi, da forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes. Confio que todos os dados a meu respeito serão

guardados e preservados de forma sigilosa. Declaro que posso desistir de participar desse estudo a qualquer momento. As informações sobre a pesquisa estarão disponíveis aos participantes através de contato com o pesquisador, o mestrando Alexsandro Barreto Almeida, pelo telefone (48) 91643148 e e-mail alexenf@uol.com.br

Este trabalho está sendo orientado pela Professora Doutora Eliane Regina Pereira do Nascimento, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, com protocolo de número \_\_\_\_.

Assinaturas:

Pesquisadora responsável: Eliane Regina Pereira do Nascimento

Pesquisador principal: Alexsandro Barreto Almeida

Florianópolis,.....de.....de 20.....

Informante:.....

RG:.....

## APENDICE B

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

#### 1. **Organograma do SAMU.**

Localização do SAMU na estrutura organizacional da secretaria municipal

Gestão do SAMU - quem e como.

#### 2. **Fluxograma das chamadas.**

Formas de comunicação da população para o SAMU – telefone, internet.

Quem atende – profissão.

Critérios para suporte básico ou avançado.

Contato e Mobilização das unidades.

Registro das chamadas.

#### 3. **Áreas de abrangência do SAMU**

Distribuição das unidades para atendimentos – distritos locais de abrangência.

#### 4. **Equipe de Intervenção**

Composição – número e profissão.

Formas de organização das equipes para atendimentos – distribuição das equipes por plantões/ocorrências.

#### 5. **Meios de Intervenção**

Diretrizes utilizadas pela equipe para atenção à crise no campo da saúde mental

Recursos materiais utilizados.

#### 6. **Organização e articulação de Rede (encaminhamentos)**

Serviços de referência pós-atendimento pré-hospitalar.

#### 7. **Registros de Ocorrência**

Registro das ocorrências sobre a atenção à crise no campo da saúde mental pela equipe.



## APENDICE C

### ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA

1 - Dados de identificação

Idade:

Sexo:

Profissão:

Tempo de atendimento no SAMU:

2 - O que você entende por doença mental?

3 - O que você entende por crise na área de saúde mental?

4 - Você recebeu algum treinamento para o atendimento a pessoa em situação de crise psíquica? Se sim (carga horária e o que foi abordado?).

5 - Ao se deparar com situações dessa natureza atualmente qual o procedimento adotado?

6 - Como você percebe esse atendimento?

7 - Como você acredita deveria ser o atendimento a pessoa em crise em saúde mental?

8 - Você encontra alguma dificuldade no atendimento a pessoa em situação de crise em saúde mental? Qual ou quais?

9 - Quais as principais potencialidades encontradas nesses atendimentos?

10 - Quais as suas sugestões de como poderiam ser trabalhadas as fragilidades identificadas anteriormente na busca por um atendimento mais próximo do desejado?





**ANEXOS**



## ANEXO A

Lei nº 10216 - De 06 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam

assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo

esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10o Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11o Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12o O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant



## ANEXO B

Certificado

[http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto\\_cep/cer...](http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer...)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** nº 1060

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 584 GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO:** 1060      **FR:** 377173

**TÍTULO:** CRISE EM SAÚDE MENTAL: análise da prática vivenciado pelas equipes de atendimento pré-hospitalar (SAMU)

**AUTOR:** Eliane Regina Pereira do Nascimento, Alexandre Barreto Almeida

FLORIANÓPOLIS, 29 de Novembro de 2010.

Prof. Washington Pereira de Souza  
 Coordenador do CEP/PRPe/UFSC