



ANÁLISE CONTEXTUAL DO ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS
CONTEXTUAL ANALYSIS OF THE CARE OF PSYCHIATRIC EMERGENCIES
ANÁLISIS CONTEXTUAL DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Francisco Rafael Ribeiro Soares¹, Francisco Arnaldo Nunes de Miranda², Soraya Maria de Medeiros³

RESUMO

Objetivo: analisar os aspectos contextuais do atendimento às emergências psiquiátricas na rede de saúde do município de Mossoró/RN. **Método:** ensaio crítico e analítico fundamentado no aporte teórico da análise de contextos, a saber: imediato, específico, geral e metacontexto. **Resultados:** a reflexão sobre o fenômeno denomina o atendimento às emergências psiquiátricas como contexto imediato; os aspectos técnicos e operacionais que influenciam no atendimento, como contexto específico/geral; e as políticas de saúde mental no Brasil são identificadas como metacontexto. Identificaram-se aspectos relevantes da história do movimento da reforma psiquiátrica e sua influência na construção e consolidação, no espaço micro, da operacionalização locorregional de uma rede de atenção à saúde mental. **Conclusão:** urge a reflexão sobre o modo de organização dos serviços substitutivos e dos serviços de atendimento geral à população em respeito aos preceitos da reforma, reconhecendo que alguns desafios precisam ser superados no que diz respeito ao atendimento das emergências psiquiátricas. **Descritores:** Serviços de Emergência Psiquiátrica; Saúde Mental; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the contextual aspects of the care of psychiatric emergencies in the health care network from the municipality of Mossoró/RN/Brazil. **Method:** It is a critical and analytical essay based on the theoretical contribution of the context analysis, namely: immediate, specific, general and metacontext. **Results:** the reflection on the phenomenon denominates the care of psychiatric emergencies as the immediate context; the technical and operational aspects that influence with the care, as the specific/general context; and the Brazilian mental health policies are identified as metacontext. We have identified important aspects of the history of the Psychiatric Reform and its influence with the construction and consolidation, in the micro-space, of the local and regional operationalization of a mental health care network. **Conclusion:** it requires a reflection on the mode of organization of replacement services and general care services to the population with respect to the reform precepts, by recognizing that some challenges need to be overcome with respect to the care of psychiatric emergencies. **Descriptors:** Psychiatric Emergency Services, Mental Health, Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar los aspectos contextuales de la atención a Urgencias psiquiátricas en la red de salud de la ciudad de Mossoró/RN. **Método:** ensayo crítico y analítico: basado en el aporte teórico de análisis de contexto: inmediata, específico, General y meta contexto. **Resultados:** la reflexión sobre el fenómeno limita la asistencia a Urgencias psiquiátricas como contexto inmediato; los aspectos técnicos y operacionales que influyen en la asistencia, como contexto de generales y concretos; y políticas de salud mental en Brasil se denominará meta contexto. Identificar aspectos relevantes de la historia del movimiento de reforma psiquiátrica y su influencia en la construcción y consolidación en el micro del espacio, la puesta en marcha de local en una red de atención de salud mental. **Conclusión:** instar a la reflexión sobre la organización de servicios de sustitución y servicios generales a la población con respecto a los preceptos de la reforma, reconociendo que algunos desafíos necesitan ser superados con respecto a la atención de Urgencias psiquiátricas. **Descriptores:** Urgencias psiquiátricas; Salud mental; Enfermería.

¹Enfermeiro, Professor, Mestrando, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: xicorafa@yahoo.com.br; ²Enfermeiro. Professor Doutor em Enfermagem, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: farnoldo@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: sorayamaria@digicom.br

INTRODUÇÃO

Considera-se o estudo da loucura em forma sistematizada e sumarizada relativamente novo na área da medicina moderna, datando do início do século XIX, tendo em Phillipe Pinel o seu principal marco. Porém, a construção social da loucura é tão antiga quanto à própria humanidade, respeitando-se as diferentes maneiras ao longo dos tempos, dos espaços de construção e das explicações humanas. O chamado “grau zero” da história da loucura se caracteriza pela indiferenciação entre a loucura e a razão que tinha como marco o uso de uma linguagem comum aos dois estágios da *psiqué* humana.¹

Na antiguidade, a loucura não era compreendida como uma doença, mas como uma manifestação do poder e da vontade das divindades como um recurso usado pelos deuses para que os homens não contestassem suas vontades. O fato de estar vinculado a uma manifestação divina fazia com que, ao invés de segregar e marginalizar o louco, a sociedade mantivesse uma atração respeitosa, tolerante e, por vezes, dogmática sobre aquilo que era manifestado.²

Com o advento da Idade Média no mundo ocidental, do ponto de vista socioeconômico, baseado no modo de produção feudal, regido economicamente pela agricultura e comércios e ideologicamente sob o poder progressivo e dominante da Igreja Católica e seus dogmas, os loucos e as manifestações da loucura passam a ser vistos como pesos econômicos, por serem sujeitos que atrapalham o comércio, portanto, não pagam impostos e, por conseguinte, dificultam o desenvolvimento. Do ponto de vista ideológico, a igreja vai construindo um imaginário social da loucura, que tanto revela sentimentos de caridade quanto de prenúncio do mal. Nesse período, a concepção sobre a loucura se reduzia a diferentes maneiras de atuação dos demônios sobre a vida afetiva e o conhecimento.²

No final da Idade Média, o desaparecimento da lepra na Europa, não resultante das práticas médicas, mas da segregação e da ruptura com os focos orientais de infecção no pós-cruzadas, consequente, leva a uma ociosidade das estruturas dos leprosários. A sociedade e seus governos destinaram esses espaços para exclusão dos portadores de certas doenças, respeitados os períodos históricos, mas com certa linearidade, onde a lepra foi inicialmente substituída pelas doenças venéreas e, posteriormente, transferiram

esses espaços para aos vagabundos, presidiários e os loucos. Eles assumem assim o papel abandonado pelo lazarento.^{1,3,4}

Nos períodos do Renascimento, caracterizados pelo antropocentrismo e a primazia da liberdade de pensamento [*“Cogito, ergo sum”* (penso, logo existo)] eleitas como as únicas formas do homem resolver os seus problemas existenciais e de sobrevivência em um mundo em transformação, a loucura torna-se um obstáculo por ser improdutiva e impeditiva do bom desenvolvimento social a partir da razão como explicação do homem no mundo. Nesta concepção de racionalidade, afasta-se da concepção mítica e religiosa, tornando-se objeto da “desrazão”, sendo plausível o internamento através da reclusão compulsória como justificativa do desvio às normas e convenções sociais.¹

O internamento dos loucos, agora, denominados alienados, torna-se a estrutura predominante, que mais perdura de forma secular e por ser a mais marcante da história da loucura. Dissemina-se, difunde-se e se populariza nas sociedades europeias e em escala mundial esse modelo. Institui-se, como uma prática predominante na sociedade desde os hospitais gerais nascidos na França, no século XVII, até as casas de correção na Inglaterra do século XVI. O internamento se configura menos como uma estrutura médica e de saúde para os alienados, e mais como uma estrutura “semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa”.^{1:57}

Nos séculos XVII e XVIII, o progresso científico baseado no conhecimento mecanicista seminal ao pensamento de Descartes, também chamado Cartesiano, provoca uma reviravolta no conceito da loucura para o abrigo dos novos saberes e práticas na sociedade. A loucura foi redefinida conceitualmente; não mais era uma forma de desvio moral ou transgressão, mas sim uma doença mental.

A loucura deixa de ser explicada pela concepção mágico-religiosa e abriga-se no campo da ciência, particularmente, no campo psiquiátrico, consequentemente, da medicalização dos corpos. Mesmo sob o abrigo da mudança conceptual, a visão mitológica e positivista da ciência, referendada pelo tradicionalismo da clínica psiquiátrica como especialidade médica, o internamento consolidou-se como opção assistencial para o louco, na perspectiva da institucionalização e do saber hegemônico da medicina, tornando-o

doente mental, ampliando assim o raio de intervenção psiquiátrica, intra e extramuros, com o aval da medicalização. Assim, instituiu-se a medicalização, o asilo e o poder da psiquiatria.²

No Brasil, a psiquiatria surge com a chegada da Família Real em uma medida de saneamento da cidade do Rio de Janeiro, então capital do Reino, que incluiu um diagnóstico dos loucos. Em 1852, inaugura-se o primeiro hospício que ratifica a política oficial de tutela estatal e segregação do doente mental.^{3,5}

Durante a República, sob a égide de exclusão e segregação dos loucos, vários manicômios são criados, consolidando-os como Políticas de Estado, que se intensificaram na década de 1960, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que inicia e inaugura a mercantilização da loucura com a compra dos serviços de assistência médica, inclusive psiquiátrica, pelas entidades privadas. Dessa forma, institui-se a medicalização da loucura, à medida que a doença mental passa a ser objeto de obtenção de lucro e a loucura uma mercadoria.^{3,5}

Na década seguinte, ou seja, nos anos de 1970, emerge uma crescente insurgência contra o modelo de atenção à saúde vigente no país, decorrente das reformas e propostas de tratamentos ocorridos em alguns países ocidentais. Acrescenta-se a pressão da sociedade para a abertura à democracia. No afã democrático, nasce a Reforma Sanitária Brasileira conjuntamente com a crítica e a busca da Reforma Psiquiátrica. Esse entusiasmo, posteriormente creditado ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental como embrião, foi inspirado pelo movimento da Psiquiatria Democrática Italiana que se questionava também acerca do *modus operandi* do tratamento em hospícios do país, bem como a própria política de saúde mental e o modelo de psiquiatria vigente, centrado na institucionalização/hospitalização e na medicalização dos pacientes.^{5,6,7}

Com caráter reformista e conotação socialista e social-democrática, o movimento propunha um novo modelo de intervenção que possibilitasse a desinstitucionalização do doente mental, com a desconstrução do aparato manicomial, construção de uma concepção diversa de doença mental e reinvenção da prática assistencial dos enfermos, de modo a possibilitar o resgate de sua cidadania e promover a sua reinserção social.^{6:544}

O processo de desospitalização implantado

no Brasil, a partir da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, resulta na progressiva substituição dos grandes hospitais psiquiátricos por diferentes modalidades de tratamento na comunidade, porém estes serviços substitutivos ainda se encontram aquém da demanda social por eles.

Pode-se inferir que o movimento da reforma atingiu parcialmente seus objetivos, uma vez que, além da redução dos leitos psiquiátricos, um arsenal de propostas substitutivas foi disponibilizado e exemplificadas no Programa de Volta para Casa, os Serviços de Residências Terapêuticas, entre outros dispositivos de base psicossocial.

Uma vez resolvida parcialmente a questão da desinstitucionalização, pois enfrenta resistência na oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, surgem novos desafios e demandas em função do retorno ao convívio social, por exemplo, recrudescem os casos de AIDS e hepatites virais, a comorbidade, o uso problemático de álcool e outras drogas, agravado pelo consumo do *crack*, que desestabilizam o modelo adotado na Reforma Psiquiátrica Brasileira. O acesso a equipamentos sociais também foi fortalecido pelos benefícios previdenciários auferidos pelos portadores de transtornos mentais.

Destarte, com a redução do tempo de permanência hospitalar associada à carência de alternativas assistenciais, a garantia da dispensação e distribuição dos psicofármacos, entre outros, torna-se não menos incomum o aparecimento de crises.⁸

Observa-se a existência de uma lacuna operacional na atenção às crises na política de saúde mental brasileira, o que tem levado a situações de desgaste do processo de produção de um cuidado humanizado em saúde mental, tendo em vista que os pacientes são muitas vezes atendidos de forma improvisada, em serviços não especializados, ou até mesmo em abordagens não médicas, como serviços policiais.⁹

OBJETIVO

- Analisar os aspectos contextuais do atendimento das emergências psiquiátricas na rede de saúde do município de Mossoró/RN.

MÉTODO

Ensaio crítico e analítico fundamentado no aporte teórico da análise de contexto. Dentre as várias perspectivas de análise contextual disponíveis na literatura, como a lógica policontextual ou a metodologia da descontextualização, optou-se pelo uso da

análise contextual por entendê-la capaz esclarecer-nos (críticos) e de melhorar o entendimento e a compreensão de um dado fenômeno.¹⁰⁻¹¹⁻¹²

Na situação particularizada da análise contextual, utilizar-se-á o contexto como uma fonte dinâmica e produtora de dados à medida que sua natureza intersetorial e interfacetada, busca-se descrever, analisar e correlacionar o portador de transtornos mentais e comportamentais com os aspectos envolvidos. Dessa forma, a análise do contexto não serve apenas de fundo para a discussão, mas, sobretudo, permite incorporar diretamente os contextos, as interpretações dos resultados do estudo.¹²

Nessa modalidade conceitual, o contexto subdivide-se em quatro camadas que se interagem, mas que se diferenciam entre si pela extensão, cujo significado é compartilhado, pelo tempo que enfoca e pela rapidez com que a mudança em cada camada pode ocorrer e ser percebida: imediato, específico, geral e metacontexto.¹²

A apreensão dessas dimensões, em seus níveis explicitados, envolve uma visão progressiva do fenômeno, que vai desde os aspectos mais contíguos que descrevem como ele acontece no presente, avançando sobre o estudo das circunstâncias relevantes presentes no passado mais imediato ao acontecimento, suas inserções culturais, sociais e econômicas até atingir o aspecto mais abrangente, de natureza macro, circunscrevendo-o às vertentes de natureza política e conceptual do objeto de estudo.

Desse entendimento, abordou-se o atendimento às emergências psiquiátricas no município de Mossoró/RN, como o contexto imediato; os aspectos técnicos e operacionais que influenciam no atendimento, como o contexto específico/geral; e as políticas de saúde mental no Brasil como o metacontexto.

♦ O CONTEXTO IMEDIATO: o fenômeno da atenção às emergências psiquiátricas

O processo de privatização da saúde implantado a partir da década de 1960 e intensificado nas décadas seguintes caracteriza-se com a compra, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), de serviços de saúde com vistas à garantia da cobertura previdenciária às classes trabalhadoras, que, por sua vez, também se refletiram na psiquiatria. A lógica privatista propunha a ampliação da cobertura previdenciária aos trabalhadores brasileiros, reforçada pela institucionalização da loucura e da medicalização desta, gerou a mercantilização da loucura, transformando-a

em um rentável negócio geradora de lucro certo a baixos custos. Nesse período, houve um significativo crescimento de leitos manicomiais, em especial os privados.¹³

Não menos diferente do transcurso histórico da psiquiatria nacional, aconteceu, *pari passu*, no Nordeste, particularmente no Rio Grande do Norte e, de forma similar, no município de Mossoró, com a fundação, em 1968, da Casa de Saúde São Camilo de Lellis, sob o paradigma do modelo biologicista e tecnicista de intervenção em saúde, centrado na psiquiatria clássica, a qual defendia a exclusão e a segregação social a partir de longos períodos de confinamento.

Concorda-se que, paulatinamente, efetuou-se o desmonte deste modelo, apesar das grandes resistências de ordem política e econômica, além do descrédito nos preceitos ideológicos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as quais requeriam a reorganização dos serviços, das práticas e saberes do setor saúde, introduzindo novos atores na arena dos processos de cuidar na saúde mental na perspectiva da reinserção social a partir “uma rede de serviços extra-hospitalares de crescentes complexidades”.^{9:13}

Inaugura-se um novo modelo de atenção à saúde mental, baseado no Modelo Basagliano (Franco Basaglia) ou italiano (Reforma Psiquiátrica Italiana), ao propor a desinstitucionalização e desospitalização dos portadores de transtornos mentais e comportamentais através de um novo modelo assistencial pautado na manutenção e integração do paciente na comunidade. Logo, introduz-se o modelo de atenção psicossocial de base comunitária.^{14,15}

Destaca-se que apesar das conquistas advindas da Reforma Psiquiátrica, a rede de serviços substitutivos encontra-se sobrecarregada, pois outros problemas se somam à rede de saúde mental, exemplificados pelo crescente uso problemático de álcool e outras drogas; da vulnerabilidade em DST/AIDS; da crescente procura por atendimento pelos pacientes afetados pela desospitalização, pela não adesão ao tratamento de uso contínuo e prolongado, pela carência de cuidadores e familiares, entre outros, e o acréscimo da demanda afetada por uma tendência mundial da psiquiatria ampliada em que aspectos antes considerados comuns da vida cotidiana passaram a serem objetos de intervenção da psiquiatria.¹⁶

Infere-se que a ênfase no tratamento extra-hospitalar, associada ao desequilíbrio

entre a oferta e demanda por serviços de saúde mental substitutivos, tem aumentado o número de pacientes sujeitos a descompensação do seu quadro e consequente surgimento de crises em nível de comunidade.^{8,14} Aliado a este fator, tem-se o fato de que as demais estruturas da rede SUS no município e região não estão sensibilizadas e organizadas para integrar a rede de atenção à saúde mental.

Observa-se *in loco* que a alta demanda por serviços de saúde mental e de emergências psiquiátricas, tem, preferencialmente, como foco de entrada o único hospital geral público do município de Mossoró/RN, que, por sua vez, também contribui para este problema, por não dispor de equipe qualificada, nem de estrutura adequada para a constituição dos leitos de atenção integral.

Adicione-se à problemática, a incompletude da rede locorregional, a qual não dispõe de CAPS III ou CAPS AD III, apesar de dispor de índice populacional que justifica a implantação como forma de dar suporte a este serviço de retaguarda.¹⁷ Acrescente-se a isso o fato da atenção primária atrelada a uma perspectiva medicalizadora e intervencionista da saúde mental, usando de abordagens clínicas tradicionais, ficando responsável muitas vezes apenas pelo cadastro de usuários, distribuição de psicotrópicos e receituários de circulação controlada.^{18,5}

Ainda como característica deste contexto imediato, observa-se a burocratização do atendimento às emergências psiquiátricas identificadas a partir de um fluxograma imposto para o atendimento das crises. As situações que se caracterizam como emergências são inicialmente encaminhados ao hospital geral da cidade, onde o paciente geralmente é excessivamente sedado para, em seguida, ser encaminhado para uma unidade ambulatorial de saúde mental para realizar a avaliação psiquiátrica e, finalmente, ser encaminhado ao hospital especializado.

Agrava-se a situação quando, nos finais de semana, frente à indisponibilidade de atendimento da unidade ambulatorial, os pacientes permanecem no hospital geral durante todo o período legalmente estabelecido. Tal descompasso é creditado à falta da especialidade médica de psiquiatria nos quadros da instituição, bem como profissionais qualificados e estrutura adequada para receber esses pacientes em crise; é comum o paciente ficar sedado ou em contenção mecânica total durante o período de permanência na instituição geral.

♦ O CONTEXTO ESPECÍFICO/GERAL: os aspectos técnicos e operacionais que influenciam o fenômeno

As emergências psiquiátricas basicamente podem ser definidas de duas maneiras diferentes. A primeira se caracteriza como um “distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou à de outros”.^{9:72}

Já a segunda, como “qualquer alteração de comportamento que não pode ser manejada de maneira rápida e adequada pelos serviços de saúde, sociais ou judiciários existentes na comunidade”.^{9:72}

Em psiquiatria, utiliza-se o termo “crise psiquiátrica” para caracterizar as urgências e emergências psiquiátricas que englobam diversas situações, desde psicoses, ideações, tentativas de suicídio, depressões e síndromes cerebrais orgânicas. Ela é assinalada por momentos em que o sofrimento psíquico torna-se tão intenso que o indivíduo ou o sistema fica incapaz de manter a homeostase, gerando desestruturação da vida social, familiar e psíquica do sujeito, havendo uma ruptura com a realidade socialmente aceita.¹⁹

A razão dos atendimentos por emergências psiquiátricas em relação ao total de atendimentos realizados em um hospital geral no Brasil gira em torno de 3%, sendo um quarto destas admissões relacionadas a comportamentos agitados ou violentos, enquanto nos EUA este índice chega a 5%.²⁰

O atendimento às crises psiquiátricas, antes isolado da sociedade e escondido atrás dos muros dos manicômios, tem ganhado mais notoriedade no espaço social, em face ao processo de desospitalização. Isso gerou a necessidade de se reorganizar a rede de serviços de saúde mental, criando novos serviços e dando novas incumbências a outros já existentes. Reconhece-se que a crise psiquiátrica tem sido considerada um dos nós críticos da Reforma Psiquiátrica, por sua proximidade e manifestação de estigma e preconceito, ambos ligados à loucura e que refletem no atendimento a estas situações emergenciais.^{19,21}

A utilização dos prontos-socorros dos hospitais gerais como Serviços de Emergência Psiquiátrica (SEP) tem amparo na Política Nacional de Saúde Mental, ao passo que se evita o isolamento da psiquiatria ao mesmo tempo em que se tenta diminuir a discriminação e a estigmatização da doença

mental.¹⁴ Neste contexto, os SEPs ligados a hospitais gerais devem incorporar a proposta de uma abordagem mais ampla que não envolva apenas os aspectos psicológicos, mas que busquem o manejo de comorbidades clínicas.⁹

Essa abordagem terapêutica requer, de um lado, um espaço comum de oferta de serviços hospitalares, integrando a avaliação do clínico geral e, do outro, entender o doente mental como um paciente do sistema geral de atenção à saúde. Isso posto, faz-se necessária uma cuidadosa avaliação, levando em conta o alto índice de comorbidades que tem levado esses pacientes a morrerem, em média, 25 anos mais cedo. Atribui-se, em parte, às dificuldades de acesso aos cuidados de saúde.⁸

A ausência de psiquiatras nos SEPs ligados a hospitais gerais tem ocasionado a uma série de condutas terapêuticas inadequadas ou, até mesmo, excessivas no manejo das crises, especialmente, aquela que diz respeito à sedação plena do paciente em crise. Outrora recomendada no manejo de pacientes agitados, atualmente, considera-se um efeito colateral indesejado, pois interfere “na avaliação médica inicial, no estabelecimento de aliança terapêutica, na formulação do diagnóstico primário e na observação da evolução do quadro clínico”.^{20:99}

Ressalta-se outro aspecto controverso no campo da saúde mental, ou seja, as práticas de restrições físicas e contenções mecânicas amplamente utilizadas nos SEPs, principalmente aqueles ligados a hospitais gerais e serviços pré-hospitalares móveis. O uso destas técnicas remete à história da psiquiatria no modelo higienista. Portanto, são de caráter coercitivo/punitivo. Em alguns países europeus, essas práticas são proibidas por lei, enquanto nos EUA a associação destas juntamente com a intervenção farmacológica são usadas de forma criteriosa.^{20,19}

A aplicação das técnicas de restrição física e contenção mecânica só devem ser utilizadas quando as estratégias de comunicação terapêutica, mudanças no ambiente, eliminação de fatores externos que podem influenciar negativamente o comportamento, a escuta e a aproximação com o sujeito em crise não surtirem efeito e as manifestações comportamentais do sujeito continuarem exacerbadas, apresentando riscos para si ou outrem. Os procedimentos devem ser feitos em equipes de, no mínimo, quatro profissionais (preferencialmente cinco) e, a todo instante, um dos integrantes deve tranquilizar e explicar ao paciente o motivo

pelo qual está sendo contido.^{21,22}

O uso de condutas terapêuticas, tais como sedação, restrição física e contenção mecânica, exige dos profissionais e dos serviços de saúde uma monitorização constante, a fim de serem verificados sinais clínicos que indiquem complicações, como: cianose, pressão em áreas corporais, garroteamento de membros e vômitos, pois podem resultar em graves problemas clínicos, incluindo a morte. Alie-se a estes efeitos terapêuticos, o trauma psicológico provocado por uma abordagem agressiva e sem consentimento.^{20,21}

Frequentemente, atribui-se estes agravos a condições e situações de crises na realidade do contexto imediato dos hospitais gerais. As estruturas físicas e funcionais são insuficientes para uma alta demanda por atendimentos de urgência, fazendo com que estes cuidados técnicos de monitorização sejam relegados a um segundo plano.

♦ O METACONTEXTO: as políticas públicas de saúde mental no Brasil e sua operacionalização do contexto imediato

O processo de construção e consolidação da atual política pública de saúde mental brasileira é fruto de uma construção social, histórica e dialética que envolve as mais diversas correntes reformistas presentes no mundo a partir da segunda metade do século XX.

Durante décadas, o atendimento ao doente mental no Brasil esteve alicerçado em um modelo hospitalocêntrico, onde a figura do manicômio ou do hospício era emblemática no processo de produção de serviços de saúde mental. Nesses locais “reinavam a violência, a despersonalização do indivíduo e a intolerância, transformando-o em uma *coisa* e, como tal, sem necessidades individuais ou direitos. Portanto, este deixava de ser visto como cidadão”.^{14:797}

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a política de saúde mental se alicerça na construção e consolidação de uma ampla rede de serviços de saúde, centrada principalmente no atendimento fora do ambiente manicomial, tendo como principais metas a redução dos leitos psiquiátricos, o maior controle sobre a internação, coparticipação da família e o resgate da autonomia dos sujeitos, promovendo assim o exercício da cidadania.²⁴ Dessa reorganização do sistema de saúde mental, objetiva-se a manutenção e a integração do paciente na comunidade, possibilitando a sua reinserção nos meios sociais e familiares, assim como no próprio mercado de trabalho.²⁵

Credita-se a essa nova dinâmica um papel relevante dos serviços de emergência psiquiátrica quanto à tomada de decisões que interferem diretamente no desenvolvimento da terapêutica ao longo do transcurso da crise. Some-se às funções do SEP a de triador de casos novos, dando resolubilidade e direcionamento dos casos para os demais serviços da rede de saúde mental, além de uma função de retaguarda, quando os pacientes já estão incluídos no sistema de atenção à saúde mental.¹⁵

Ressalta-se a importante função dos hospitais gerais neste contexto, que serve, na grande maioria dos casos, e no contexto imediato de estudo deste trabalho, de porta de entrada para os pacientes em crise. Ademais, destaca-se a necessidade de adequar leitos para receber esta parcela da população, ao mesmo tempo em que se deve investir em educação permanente em saúde para que o cuidado produzido esteja respaldado nos princípios da humanização da assistência.²⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos níveis contextuais do objeto de estudo identificou aspectos relevantes da história do movimento da Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito aos processos de cuidar na atuação psiquiátrica, bem como aos aspectos humanos e operacionais frente às políticas públicas de saúde mental e sua influência na construção e consolidação, no espaço micro, da operacionalização locorregional de uma rede de atenção à saúde mental.

Reconhece-se e constata-se que alguns desafios precisam ser superados no que diz respeito ao atendimento das emergências psiquiátricas, a partir do processo de redução dos leitos hospitalares e do monitoramento e controle dos internamentos. Observa-se ainda, importantes lacunas, principalmente no que diz respeito à organização da rede de atenção à saúde mental, a burocratização do fluxo de pacientes, a falta de estrutura dos hospitais gerais para atendimento dos portadores de transtornos mentais e comportamentais em situação de crises e a falta de conhecimento e habilidade dos profissionais em lidar com estas situações.

Chama-se a atenção para novos estudos sobre o fenômeno, levando em consideração o modo de organização dos serviços substitutivos e dos serviços de atendimento geral à população em situações de crise, a partir de uma agenda terapêutica e mecanismos de acolhimento e manejo das

manifestações psicopatológicas de forma adequada e humanizada, eliminando procedimentos coercitivos-punitivos, tais como: sedação plena, restrição física e contenção mecânica.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Editora Perspectivas; 1978.
2. Pessotti I. A loucura e as épocas. São Paulo: Editora 34; 1994.
3. Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de Saúde Mental. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005 July-Aug [cited 2012 Nov 6];13(4):591-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>
4. Torre EHG, Amarante P. Michel Foucault e a “História da Loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental [Internet]. 2011 Jan-June [cited 2012 Nov 6];3(6):41-64. Available from: <http://portal.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1502/1725>
5. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBA. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 Mar-Apr [cited 2012 Nov 4];44(2):376-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/19.pdf>
6. Randemark NFR, Jorge MSB, Queiroz MVO. A Reforma Psiquiátrica no olhar das famílias. Texto & contexto enferm [Internet]. 2004 Dec [cited 2012 July 14];13(4):543-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a06.pdf>
7. Silva AE, Paula BS, Aquino JM, Monteiro EMLM, Almeida LM, Silva FP et al. O cuidar em saúde mental no hospital psiquiátrico: percepção da equipe de enfermagem. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Mar [cited 2012 Nov 5];6(4):571-7. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2357/pdf_1014 DOI: 10.5205/reuol.2163-16218-1-LE.0603201211
8. Brasil MAA. Serviços de emergência psiquiátrica: peça-chave da rede assistencial. Rev bras psiquiatr [Internet]. 2010 Oct [cited 2012 July 14];32(supl. II):69-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a02.pdf>
9. Barros REM, Tung TC, Mari JJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. Rev bras psiquiatr [Internet]. 2010 Oct [cited 2012 July 14];32(supl. II):71-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a03.pdf>
10. Gil MAB. Cuidado policontextual de la salud:

bases filosóficas. Texto & contexto enferm [Internet]. 2006 no.spe [cited 2012 July 14]; 15(Esp):142-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea16.pdf>

11. Friberg F, Dahlberg K, Petersson MN, Ohlén J. Context and methodological decontextualization in nursing research with examples from phenomenography. Scand J Caring Sci. 2000 Jan [cited 2012 July 17];14(1):37-43.

12. Hinds PS, Chaves DE, Cypress SM. Context as a source of meaning and understanding. Qual Health Res. 1992 Feb [cited 2012 July 17];2(1):61-74.

13. Dal-Poz MR, Lima JCS, Perazzi S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da Reforma Psiquiátrica. Physis (Rio J.) [Internet]. 2012 Apr-June [cited 2012 Nov 9];22(2):621-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/12.pdf>

14. Sousa FSP, Silva CAF, Oliveira EN. Emergency psychiatric service in general hospitals: a retrospective study. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 Sept [cited 2012 Nov 9];44(3):796-802. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_35.pdf

15. Del-Ben CM, Teng CT. Psychiatric emergency: challenges and vicissitudes. Rev bras psiquiatr [Online]. 2010 Oct [cited 2012 July 14];32(supl. II):68-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/en_v32s2a01.pdf

16. Caponi S. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012: Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

18. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 Dec [cited 2012 July 15];16(12):4643-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/13.pdf>

19. Santos MS, Coimbra VCC, Ribeiro JP. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Nov [cited 2012 Nov 6];5(9):2197-205. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1890/pdf_689
DOI: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0509201117

20. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Bem CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo.

Rev bras psiquiatr [Internet]. 2010 Oct [cited 2012 July 14];32(supl. II):96-103. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a06.pdf>

21. Kondo EH, Vilella JC, Borba LO, Paes MR, Maftum MA. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 Mar-Apr [cited 2012 Dec 20];45(2):501-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a27.pdf>

22. Paes MR, Borba LO, Brusamarello T, Guimarães AN, Maftum MA. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. Rev enferm UERJ [Internet]. 2009 Oct-Dec [cited 2012 Dec 20];17(4):479-84. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a04.pdf>

23. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as urgências psiquiátricas. Psicol estud [Internet]. 2012 Apr-June [cited 2012 Nov 9];17(2):227-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05.pdf>

24. Silva DS, Azevedo DM. A Reforma Psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2011 July-Sept [cited 2012 Nov 9];15(3):587-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a21v15n3.pdf>

25. Azevedo EB, Ferreira-Filha MO. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. Revista Ciência & Saúde [Internet]. 2012 July-Dec [cited 2012 Nov 9];5(2):60-70. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/10657/8205>

26. Carvalho CRA. As unidades psiquiátricas em hospitais gerais e seu papel na rede de serviços em saúde mental. Saúde debate [Internet]. 2011 Jan-Mar [cited 2012 Nov 10];35(88):148-56. Available from: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/014_sdv35n882011.pdf

Submissão: 14/01/2013
Aceito: 07/04/2013
Publicado: 15/05/2013

Correspondência

Francisco Rafael Ribeiro Soares
Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte / Departamento de Enfermagem
Rua Des. Dionísio Filgueira, 383 / Centro
CEP: 59600-000 — Mossoró (RN), Brasil