

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

José Luís da Cunha Pena,

**O ENFERMEIRO DIANTE DAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS: relato de
experiência**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

José Luís da Cunha Pena,

**O ENFERMEIRO DIANTE DAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS: relato de
experiência**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Ms. Luciene Silva de Souza

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **O ENFERMEIRO DIANTE DAS EMERGÊNCIAS PSQUIÁTRICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIAS**, de autoria do aluno **José Luís da Cunha Pena**, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Ms. Luciene Silva de Souza
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

A Glorianita da Cunha Pena (*in memória,*) à minha esposa Francineide, aos meus filhos Bosco, Felipe, Cláudio e Fábio, que juntos participaram de mais esta fase em nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este estudo desejo expressar meus agradecimentos a DEUS e minha gratidão a várias pessoas que me acompanharam e me ajudaram desde a minha chegada em Macapá.

À minha orientadora Ms. Luciene Silva de Souza, que oportunizou esta orientação, obrigado pela confiança, pela amizade e principalmente pela visão acadêmica passada durante estes momentos.

À Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes, Coordenadora do Curso e a Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos, Coordenadora de Monografia e a Tutora Joice Guessser, respectivamente por aceitarem o convite para participarem de minha orientação e acompanhamento, com as quais tive contato e tive a satisfação de conhecê-las virtualmente.

A Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade a mim dada.

Um agradecimento especial aos profissionais da rede de saúde mental, do Serviço de Internação do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima do município de Macapá, que participam no cotidiano das experiências vivenciadas em emergências psiquiátricas e contribuíram na pesquisa, que sem o trabalho deles esta pesquisa não teria sido realizada.

Aos amigos Suzana, Samara, Luciana, Rayllane, Valéria, Angelo e Maria Luiza.

Aos irmãos para toda vida, João, Antonio Cláudio, Pedro Paulo, Nazaré e Bosco.

À minha esposa e sua família, pelo carinho e pelo cuidado que oferecem a nós, sem a ajuda de vocês teria sido mais difícil.

Meu carinho e admiração a Glorianita da Cunha Pena e Maria José Pereira da Silva Santos.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 11 |
| 2.1. Discutindo a Reforma Psiquiátrica..... | 11 |
| 2.2. Enfermaria Especializada em Psiquiatria no Hospital Geral..... | 11 |
| 2.3. Pressupostos que embasam a nova visão de Emergência Psiquiátrica..... | 14 |
| 3. MÉTODO..... | 18 |
| 4. RESULTADO E ANÁLISE..... | 19 |
| 4.1. A Experiência no Serviço de Psiquiatria..... | 19 |
| 4.2. Limitações e Potencialidade do Serviço..... | 19 |
| 4.3. Serviços de Emergência Psiquiátricas e Hospital Geral..... | 20 |
| 4.4. Emergência Psiquiátrica e os Serviços Extra-Hospitalares..... | 21 |
| 4.5. Emergências Psiquiátricas e a Atenção Primária..... | 22 |
| 4.6. Contributos do Estudo..... | 23 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 25 |
| REFERÊNCIAS..... | 27 |

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de um enfermeiro em uma enfermaria especializada em Psiquiatria no município de Macapá no Estado do Amapá, sob orientação das premissas do modelo de Atenção Psicossocial. Tendo, como resultados evidenciados, as limitações e potencialidades do serviço enquanto um dispositivo importante na rede de atenção psicossocial. A grande valia da experiência como profissional em saúde mental e psiquiatria como Enfermeiro atuante nas emergências, como também na relação interpessoal com estudantes, usuários e equipe de saúde mental, pois todos são importantes no processo continuum da saúde mental e doença mental, concluindo que este processo continuum oportuniza trocas de experiências entre os mais antigos no serviço e os recém-chegados, fortalecendo o suporte teórico, para adequar com a realidade a ser vivenciada, no exercício da práxis em Urgências e Emergências Psiquiátricas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Enfermagem psiquiátrica; Emergência.

1. INTRODUÇÃO

O interesse pelo presente estudo derivou-se da vivência no Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral (SEPHG) em Macapá, onde se percebeu a necessidade de descrever as experiências e algumas características do atendimento prestado à clientela assistida. A assistência psiquiátrica vem aplicando modificações profundas em seus conceitos. Isto delinea novos saberes e práticas a serem revisadas e estudadas no contexto local e sua realidade, e, assim, pode-se construir estratégias, como suporte à demanda considerável em saúde mental.

A história da psiquiatria brasileira, em consonância com a mundial, escreveu-se mediante reclusão do doente mental em locais onde reinavam a violência, a despersonalização do indivíduo e a intolerância, transformando-o em uma coisa e, como tal, sem necessidades individuais ou direitos. Portanto, este deixava de ser visto como cidadão (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

No paradigma de atendimento preconizado pela Reforma Psiquiátrica, procura-se a reintegração social do portador de transtornos mentais através do apoio da família e de sua integração com a rede de serviços. Trata-se de uma nova maneira de enxergar a loucura, trabalhando com dispositivos que possam superar tratamentos tradicionais, baseados na autoridade e no isolamento.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, com início na década de 1970, pode ser entendido como um amplo e intenso movimento de contestação à ciência psiquiátrica, que transcende a busca por soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, e trabalha com questões complexas no campo político, jurídico, social e cultural. Nesse cenário, a desinstitucionalização dos sujeitos com transtornos mentais tornou-se uma luta contra todo o histórico violento que insistia no manicômio como única abordagem terapêutica.

A necessidade de romper com paradigmas existentes e excludentes no atendimento de emergências psiquiátricas, os quais evidenciam a discussão em analisar o ser humano a partir da ótica holística, em suas múltiplas dimensões de vida, buscando o equilíbrio biopsicosociocultural e espiritual. Com isso, o autor despertou a partir da questão norteadora: Qual a experiência de um enfermeiro em uma enfermaria especializada em Psiquiatria no município de Macapá?

Atualmente se exigem transformações na reestruturação de serviços de saúde mental, como também adequação de habilidades e coordenação do cuidado pelo profissional de saúde mental, seja formação de graduação ou de pós-graduação. Isso, por sua vez, vislumbra nova dimensão a ser compreendida pela sociedade, pois nos remete à materialização de experiências no ensino e aprendizagem, possibilitando a elaboração de estratégias de mudanças na gerência de ações de cuidado e planejamento terapêutico diante de uma realidade social onde vivem as pessoas envolvidas em emergências psiquiátricas.

É nesse cenário que podemos situar a participação da Enfermagem especializada em Psiquiatria, como dispositivo estratégico do processo de reforma psiquiátrica e como um campo de práticas dos profissionais da saúde mental em emergências psiquiátricas em seu cotidiano.

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de um enfermeiro em uma enfermagem especializada em Psiquiatria no município de Macapá, sob orientação às premissas do modelo de Atenção Psicossocial.

Contextualizando o local do estudo destaca-se que este ocorreu no Serviço de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima no município de Macapá-Amapá, localizado na Av. FAB, nº 70, Bairro: Central. Inaugurado no dia 19/12/2008, conta com 15 leitos para pacientes é referência do Estado para internação psiquiátrica. Atende pessoas adultas provenientes do Hospital de Emergências, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), das Clínicas Médicas, Cirúrgicas, Maternidade e Doenças Transmissíveis e também pacientes de outros 16 municípios do Estado.

Esta enfermagem visa atender usuários do SUS e promover a capacitação de estudantes e profissionais na Saúde Mental/Psiquiatria, priorizando desenvolver estágios para alunos de nível médio e superior, residentes de Enfermagem, Psicologia e Educação Física, destacando-se como componente da Rede de Atenção em Saúde Mental.

Entre os serviços substitutivos ao modelo manicomial destacam-se: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório de Saúde Mental, Hospital Dia, Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Residência Terapêutica, Pensão Protegida, Lares Abrigados, atendimento em saúde mental na rede básica de saúde, além de outros que buscam a rein-

serção do indivíduo com sofrimento mental na sociedade e o resgate da sua cidadania, os quais se apoiam na oferta de cuidados visando à inclusão das pessoas em adoecimento mental, e orientadas pelas premissas de reabilitação psicossocial. Como sabedores, o movimento de desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e a integração do paciente na comunidade.

Nessa perspectiva, os serviços de emergências psiquiátricas no Hospital Geral são considerados pilares assistenciais de atenção ao doente mental, providos de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

Nesse contexto, como componente na Rede de Atenção Psicossocial que oferta cuidados em situações de crise, a emergência psiquiátrica ora em discussão, situa-se como forma pontual de serviço em saúde mental, não como responsável exclusivo por todo o processo de assistência à saúde mental, e sim como serviço de frente que vai nortear as pessoas que procuram este atendimento, podendo ser encaminhadas à continuidade do cuidar numa rede extra-hospitalar, constituída de serviços substitutivos ao modelo convencional.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Discutindo a Reforma Psiquiátrica

No paradigma de atendimento preconizado pela Reforma Psiquiátrica, procura-se a reintegração social do portador de transtornos mentais através do auxílio da família e de sua integração com a rede de serviços. Trata-se de uma nova maneira de enxergar a “loucura”, trabalhando com dispositivos que possam superar tratamentos baseados na autoridade e no isolamento.

O movimento da Reforma Psiquiátrica iniciou na década de 70, e pode ser entendido como um amplo e intenso movimento de contestação à ciência psiquiátrica, que transcende a busca por soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, e trabalha com questões complexas no campo político, jurídico, social e cultural. Nesse cenário, a desinstitucionalização dos sujeitos com transtornos mentais tornou-se uma luta contra todo o histórico violento que insistia no manicômio como única abordagem terapêutica (ELSEN; WAIDMAN, 2005).

A necessidade de romper com posturas semelhantes, autoritárias e excludentes, possibilitou analisar o sujeito a partir das múltiplas dimensões que fazem parte de sua vida, buscando o equilíbrio biológico, psicológico, social, cultural e espiritual (AMARANTE, 2005).

Percebemos, atualmente, que essas transformações vêm exigindo não somente a reestruturação de serviços de saúde, mas também a adequação nas competências e habilidades dos profissionais de saúde, seja na forma de graduação ou pós-graduação. Isso, por sua vez, caracteriza uma nova dimensão a ser explorada e melhor compreendida pela sociedade, pois se trata da materialização de experiências de aprendizado que podem produzir mudanças na oferta de ações de cuidado e na realidade social onde estão inseridos os indivíduos. (OLSCHOWSKI, 2001).

É nesse cenário que situamos a participação da Enfermaria especializada em Psiquiatria como dispositivo estratégico do processo de reforma psiquiátrica e como um campo de práticas dos profissionais da saúde mental.

2.2. Enfermaria Especializada em Psiquiatria no Hospital Geral

Esta enfermaria no município de Macapá foi fundada em 2008, sendo implantada como um serviço especializado em psiquiátrica, objetivando breves internações psiquiátricas, sejam elas

recorrentes ou não. Possibilitando o acompanhamento desde a emergência psiquiátrica, a qual ocasionou à internação, bem como viabilizando a reabilitação e reinserção social do sujeito com transtorno mental. É um serviço vinculado à rede de atenção em saúde mental do município de Macapá.

Este serviço é ininterrupto e está localizado aos fundos do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, sua estrutura física conta com: unidades; banheiros; sala de praxiterapia; ambientes de repouso; lazer; copa; posto de enfermagem. E dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por 24 profissionais técnicos de enfermagem, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 3 enfermeiros fixos e 4 plantonistas e 5 psiquiatras, além de 07 residentes de enfermagem, psicologia e educação física, estagiários de cursos de graduação e pós graduação em enfermagem.

O serviço possui duas modalidades de atendimento:

- 1) Ambulatorial: são agendadas e realizadas consultas médicas e de enfermagem.
- 2) Internação breve: a internação é destinada a usuários em crise, podendo ser voluntária, involuntária e compulsória, respaldada pela Lei 10216, que oferece proteção às pessoas com transtorno mental, higienização, alimentação, medicação, apoio psicossocial e atendimento individualmente e coletivo, em grupos e oficinas terapêuticas. São disponibilizadas 15 (quinze) vagas para internação

As reuniões em equipe ocorrem às sextas feiras, chamamos a micro equipe, para discussão dos casos, problemas administrativos, relacionamento interpessoal (equipe, família, paciente) e também sobre o processo de alta.

Existe outra reunião que acontece às quartas feiras, em que os familiares participam e onde discutem-se as angústias e ansiedades da família, ouvem-se testemunhos e conhecem-se as realidades vivenciadas entre os doentes e seus familiares.

São desenvolvidas atividades com a finalidade de viabilizar que o usuário defina um espaço onde possa se reconhecer e ser conhecido; as quais são chamadas de “Assembléias dos Usuários”, onde são discutidos assuntos de interesse das pessoas, e é também um momento de avaliação do serviço, pois discute e viabiliza mecanismos de enfrentamento que venham fortalecer a inter-relação instituição e usuário.

Verificou-se que os usuários se organizam durante a semana, preparando os temas para a Assembléia; muitas vezes as reivindicações estão relacionadas alta, refeições, visitas, vestuário e avaliação médica.

Nas assembléias são definidas algumas ações intersetoriais, a serem desenvolvidas na rotina do serviço, como atividades nas áreas de cultura, educação, esporte e lazer. Todas as atividades desenvolvidas no serviço estão em um cronograma, estabelecido nas Assembléias.

Como limitações e fragilidades, percebe-se a escassez de recurso humano, material permanente e recurso financeiro, o que interfere na aquisição de material para a praxiterapia e, medicamentos; infraestrutura deteriorada, com presença de roedores, insetos, entre outros.

Outro fator é o grande número de reinternações em intervalos de tempo curtos, gerando superlotação do serviço. Está situação esta relacionada a dois motivos: (1) abandono familiar e (2) condições sociais e econômicas muito baixas das famílias.

Com isso, considera-se que as altas restritas provocam prejuízos para o processo de cuidar, pois sem altas ocorre o "inchamento" do serviço, o que estimula o processo de cronificação da "loucura" do que sua própria superação.

A necessidade de uma proposta terapêutica mais ampla e humanizada estimulou o surgimento de unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais (UIPHG). Essa proposta permitiu uma redução de estigmas e preconceitos, e proporcionou a aproximação com as outras especialidades médicas, determinando um cuidado mais universal aos pacientes.

Por mais que as internações psiquiátricas em hospitais gerais tenham vantagens na avaliação diagnóstica e no manejo clínico dos pacientes, em relação às internações tradicionais, ainda existem obstáculos para a implantação de UIPHG. No Brasil, a resistência à implantação dessas, era percebida na própria administração pública, bem como nos gestores e equipes médicas dos próprios hospitais.

Os SEPs acabam funcionando como unidades hospitalares, ao manter pacientes internados por tempo mais prolongado que o convencional, devido ao aumento da demanda das emergências de outras especialidades clínicas e cirúrgicas.

A partir do funcionamento dos serviços extra-hospitalares influenciou diretamente a dinâmica dos SEPs, essas redes extra-hospitalares bem organizadas e eficientes, capazes de absorver rapidamente pacientes em quadros agudos, podem reduzir de maneira significativa os encaminhamentos feitos por eles para internação. Por outro lado, os SEPs constituem a unidade

de referência na inexistência ou insuficiência dos serviços não hospitalares, havendo uma associação significativa entre as dificuldades funcionais na rede de saúde mental extra-hospitalar e aumento no número de internações e reinternações e no número de visitas aos SEPs.

Vale ressaltar que, apesar do investimento em serviços especializados em saúde mental, uma demanda em situações de crises frequenta a atenção primária. Esta participação efetiva da atenção primária na rede de saúde mental permite uma menor sobrecarga e no escalonamento de gravidade dos casos nos serviços de saúde que a compõe, se fortalecida, aliviará os SEPs no atendimento somente de casos emergenciais, possibilitando melhor gestão desses casos.

A organização da rede de saúde mental fortalecida na atenção primária, com a atuação de equipes mínimas capazes de realizar atendimentos individuais e em grupos (psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social) nas unidades básicas de saúde, além da política de matriciamento, com instrumentos de atenção primária eficazes influenciam diretamente os SEPs, pois evitará agravamento de casos leves, assim sendo, permitindo o acesso de casos mais graves à atenção secundária e, assim, diminuindo as internações psiquiátricas.

Para tal verifica-se a importância do apoio matricial, caracterizado como suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações diante de discussões conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (atendimentos, visitas domiciliares e entrevistas com familiares) para que os profissionais de saúde mental contribuam no aumento da capacidade resolutive das equipes, qualificando-as em atenção com visão ampliada relacionada à saúde mental.

2.3. Pressupostos que embasam a nova visão de Emergência Psiquiátrica

Segundo a visão psiquiátrica tradicional, emergência psiquiátrica é entendida como um distúrbio de pensamentos, sentimentos ou ações, para o qual é necessário um tratamento imediato, conforme assinalam KAPLAN; SADOCK (1990).

FLEK (1996, p. 34), ao focar a teoria do stress, chama a atenção para as frequentes situações de crise presentes em um serviço de emergência e as conceitua como “(...) *resultantes de um conflito entre um fator desencadeante e os recursos do paciente (internos e externos) para lidar com o estressor*”.

Constatamos, através dessas teorias, que existem inúmeros conceitos sobre emergências, referindo-se, também, a todas aquelas situações de crise e de agravo à saúde que causam

sofrimento psíquico e que requerem um pronto acolhimento. Por sofrimento psíquico, pode-se entender, ainda, um “*Conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados oriundos do antagonismo subjetividade e objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e definir sentido da vida, aliada ao sentimento de impotência e vazio do eu, experimentado como coisa alheia*”, SAMPAIO (1999, p. 25).

Por essa multiplicidade de conceitos que expressa uma necessidade premente que se tem em definir emergência, atentamos para a existência de outras formas de conceber os momentos de crise, encarada como nova oportunidade. Assim, sem se preocupar com tais definições, LONG (1994) vai mais além e faz importantes reflexões acerca daquilo que ela chama de urgência subjetiva, entendida apenas como a necessidade do paciente de ser escutado.

Diante da provocação colocada pela autora, vê-se que o desafio não está em procurar uma definição que traduza sofrimento psíquico ou emergência, enquadrando ambos em algum conceito hermético, mas, sim, em investir no processo de acolhida, direcionando a investigação, o olhar e a escuta para todos os aspectos possíveis (objetivos e subjetivos) que possam dar continência à imensurável *dor mental* e venham produzir algum sentido para a vida daquele que chega com pedido de ajuda.

Podemos verificar, então, conforme afirma SARACENO (1997), que a emergência é um conjunto de interesses afetivos e práticos contrastantes, onde o paciente e sua crise são apenas uma parte e não a totalidade, devendo a equipe de saúde mental levar em conta todas essas diferentes possibilidades no momento de avaliar. Para tanto, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre *crise*.

Atualmente, ainda convivemos com diversas concepções acerca das situações de crise e suas diferentes abordagens. No que tange à saúde mental, torna-se ainda mais complexa uma definição.

Segundo DELGADO (1991), constata-se uma tendência a utilizar-se, de forma acrítica, de determinados esquemas técnicos de intervenção, de caráter classificatório, que homologam comportamentos e faixas de problemas, para os quais se costuma prever sempre respostas pré formuladas, buscando interpretar essas condições dentro de parâmetros definidos e controláveis.

Para o autor, tal visão se mostra reducionista na medida em que simplifica a um sintoma a complexidade da existência de uma pessoa em sofrimento. Em consequência, isso reflete uma visão hospitalocêntrica de “resolução”.

Do ponto de vista de DELGADO (1991), diante de uma crise, devemos considerar, em primeiro lugar, os fatores de ordem subjetiva e, ao mesmo tempo, procurar manter uma posição crítica e atenta às várias circunstâncias que podem fazê-la emergir, sejam elas culturais, sociais, familiares, pessoais, e que, muitas vezes, estão relacionadas a uma burocratizada e cansativa trajetória por serviços de saúde em busca de atendimento, sem obter resposta.

Devemos provocar uma reflexão, voltada para o desafio de construir um modelo assistencial mais resolutivo e antimanicomial, sem desconsiderar os procedimentos tradicionalmente preconizados, conforme princípios cientificamente validados.

Assim, para DELGADO (1991) trata-se de poder pensar as intervenções em crise sob o enfoque de uma multiplicidade de desdobramentos, considerando a singularidade, a história de vida e o lugar que a crise vem ocupar nessa trama de conflitos e mal-estar que envolve o indivíduo, sua família e as relações sociais estabelecidas em determinado momento da vida. Delineia-se, assim, a possibilidade de rever os limites e o alcance das novas práticas públicas de atendimento a situações de sofrimento psíquico.

Em relação às práticas públicas de atendimento à saúde mental, segundo SARACENO (1997), para além das intervenções terapêuticas convencionais, baseadas nos imediatos encaminhamentos dos pacientes para “outros lugares”, é importante que os serviços de urgência ofereçam uma “escuta” apurada e uma abordagem eficiente e adequada, com uma avaliação humanizada e singular de uma crise em curso, acionando, para tanto, diversos recursos terapêuticos de intervenção imediata. Tais recursos só podem ser acionados na medida em que exista um trabalho articulado a uma rede de atendimento.

Todas essas proposições fundamentaram a proposta de trabalho implementada pelo Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM), buscando acolher as crises e abrir novas perspectivas de vida mediante um atendimento pontual, porém efetivo, contando com o trabalho da equipe multi e interdisciplinar e com o apoio de leitos para observação à disposição no próprio espaço do Plantão sempre que houvesse necessidade.

Para tanto, nessa experiência, a intervenção de uma equipe interdisciplinar foi imprescindível para assegurar uma abordagem terapêutica integral, capaz de cumprir também o papel de mediadora do serviço com os demais recursos da rede sanitária e social, cabendo à equipe a função de interlocutora junto à clientela, cujas necessidades envolviam família, trabalho, Justiça e outras situações.

Sobre as equipes de trabalho, as orientações do Ministério da Saúde (1990), baseadas na concepção de que a saúde mental é um campo de permanente ajustamento das ideias que determinada sociedade tem sobre si mesma e seus indivíduos, são de que as propostas das equipes dos serviços devem ser constantemente relativizadas para garantir a efetivação e a qualidade das mudanças necessárias à desconstrução dos estigmas, de modo que a comunidade possa entender a doença mental como um acontecimento natural dentro do contexto do adoecer.

O Guia de Serviços de Saúde Mental da Secretaria da Saúde do RS (2002), que apregoa que o trabalho da equipe deverá incluir um permanente repensar de sua prática cotidiana e das relações estabelecidas entre a própria equipe, com usuários e com a comunidade. Deve haver intervenção na rede social com a colaboração de profissionais de diferentes instituições e em referência às diversas pessoas significativas na vida do usuário, reconhecendo sua cidadania, independentemente da classificação de sua doença. A equipe deverá conhecer a área de abrangência do seu trabalho, identificando a forma de organização comunitária, os padrões culturais e sociais e suas formas potenciais de expressão deverão relacionar-se, de forma articulada, com as demais políticas públicas, incluindo programas de moradia, educação, geração de emprego e renda, expressão e arte, dialogando com as redes sociais, como conselhos de saúde, conselhos de direitos humanos, associações de bairros, grupos de auto ajuda e outros setores representativos da sociedade. Para responder a todos esses desafios, será necessário o desenvolvimento de um processo de capacitação contínua e um permanente trabalho de investigação e avaliação.

3. MÉTODO

O estudo é descritivo, de caráter qualitativo, foi desenvolvido pelo profissional Enfermeiro, no serviço de internação psiquiátrica em anexo no Hospital das Clínicas Dr. Alberto Lima. Essa unidade foi selecionada por ser referência na área psiquiátrica no Estado do Amapá e atender em sua rotina urgências e emergências psiquiátricas.

Esse trabalho trata-se de uma pesquisa descritiva, pois auxiliará na descrição de fatores importantes que estão inseridos no profissional que relata sua experiência profissional.

A coleta de dados ocorreu através de relatos de experiências em urgências e emergências psiquiátricas pelo Enfermeiro supracitado. Este tipo de coleta de dados é vantajoso pelo fato de ser obter maior número de informações possíveis, por isso optamos por ele. Os dados foram analisados para se identificar os relatos do Enfermeiro.

Por ser um relato de experiência, o estudo não precisou ser submetido ao Comitê de ética (CEP).

Devido ao projeto ser desenvolvido em um ambiente psiquiátrico, a análise qualitativa foi mais viável, pois permitiu uma interpretação mais fidedigna dos dados, por meio de todos os mecanismos utilizados. A análise também possibilitou a seleção de dados de maior relevância para o estudo.

Destaca-se como produto que melhor definiu os resultados alcançados pelo estudo proposto e concluído, como uma tecnologia de concepção, pois é o próprio plano de ação desenvolvido pelo Enfermeiro no exercício de urgências e emergências psiquiátricas no serviço de internação psiquiátrica de uma Enfermaria especializada do Hospital Geral, como preconiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos dias de hoje, respaldada pela Portaria 3088/2011.

4. RESULTADO E ANÁLISE

Destaca-se em categorias a partir do relato do participante do estudo.

4.1. A Experiência no Serviço de Psiquiatria

Como Enfermeiro em Psiquiatria destaca-se a participação em atividades desenvolvidas, com a finalidade de viabilizar que o usuário defina um espaço onde possa se reconhecer e ser conhecido; essas atividades são chamadas de “Assembléias dos Usuários”.

Salientamos a Assembléia dos Usuários como um importante espaço para a discussão de assuntos de interesse dessas pessoas, além de ser um momento privilegiado para que equipe e usuários possam realizar junto o andamento do serviço, além de discutir e viabilizar mecanismos de enfrentamento a que venham fortalecer a inter-relação instituição e usuário e facilitar o funcionamento da instituição. Verifica-se que os usuários organizam-se na semana preparando a pauta de assuntos da Assembléia; muitas vezes as reivindicações são relacionadas à alta, às refeições, as visitas, as roupas e a avaliação médica, disponibilizados pelo serviço.

Algumas ações intersetoriais são desenvolvidas no cotidiano do serviço, dentre elas passeios, grupos operativos, para firmar parcerias com a comunidade em geral, visando obter a inclusão social aos usuários dos serviços de saúde mental do município, nas áreas de Cultura, da Educação, do Esporte e do Lazer.

Ocorrem também oficinas temáticas, que podem ser consideradas como recursos no planejamento terapêutico, dependendo da indicação para participar do referido plano terapêutico traçado para o usuário e de interesse dos mesmos em realizá-las. Todas as atividades desenvolvidas no serviço constam em um cronograma, estabelecido nas Assembléias, para que os usuários possam se organizar e participar, juntamente com a equipe, cabendo uma avaliação previa momento antes de cada atividade proposta, principalmente a que necessita de ser realizada no contexto extra-hospitalar, como também o aparato, para intervenção em casos de emergência psiquiátrica, entre as quais heteroagressividade.

O serviço possui as seguintes modalidades de atendimento: Ambulatorial e de Internação breve. A internação é destinada a usuários em crise, podendo ser voluntária, involuntária e compulsória, respaldada pela Lei 10216/2001, que oferece proteção às pessoas com transtorno mental, as quais recebem higienização, alimentação, medicação, apoio psicossocial e são

atendidos individualmente e/ou em grupos e oficinas, com Terapeuta Ocupacional. No Ambulatório são marcadas consultas médicas, e realizam-se consultas de Enfermagem à demanda de primeira vez nas consultas, com atendimento do Serviço Psicossocial aos familiares e clientes.

O número de vagas disponíveis para atendimento está em dezesseis vagas para internação, e no ambulatório são marcadas consultas previamente, por cada Psiquiatra, com aprazamento até de três meses. Nota-se que o serviço encontrava-se sempre com sua lotação máxima, ou seja, com os dezesseis leitos ocupados por pacientes psicóticos em crise.

As reuniões em equipe ocorrem em um dia da semana. A reunião de sexta feira chamada de Micro equipe ocorre para discutir casos de pacientes, problemas administrativos, comunicações entre profissionais, de familiares com equipe e também sobre o processo de alta; já em outra com os familiares às quartas feiras são discutidos as angústias e ansiedades da família, como também testemunhos e realidades vivenciadas no cotidiano com seu familiar doente e sem ele na residência, uma necessidade importante de se utilizar, para canalização de fatores estressores.

4.2. Limitações e Potencialidade do Serviço

Dentre as limitações e fragilidades percebidas e vivenciadas pela equipe no cotidiano da enfermaria, destaca-se o escasso recurso humano, de material permanente e financeiro, o que influencia na aquisição de material para a praxiterapia, falta de medicamentos psicotrópicos e a infraestrutura da área física, deteriorada, com presença de roedores, insetos, entre outros, que necessita de reformas específicas, principalmente no que diz respeito a coordenação do cuidado nas crises de emergências psiquiátricas.

Também é perceptível um serviço com grande número de usuários que reinternam em poucos dias após alta hospitalar, gerando a superlotação do serviço, explicada pelos profissionais, a partir de dois motivos principais: abandono da família, ocasionando poucas altas, justifica isso, em função de muitas vezes da fome em suas casas, pois no serviço fazem seis refeições diárias, saindo obesos e retornando emagrecidos, desidratados e desnutridos em sua maioria.

Com isso, considera-se que as altas restritas, provocam prejuízos para o processo do cuidar dos usuários pela equipe de trabalho, em que não havendo altas, a tendência é o "inchamento" do serviço, o que estimula muito mais o processo de cronificação da loucura do que sua própria superação.

4.3. Serviços de Emergência Psiquiátricas e Hospital Geral

Neste contexto sente-se a necessidade de uma proposta terapêutica mais ampla e humanizada, o que estimula o surgimento de mais Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais (UIPHG), principalmente na área Pediátrica, remetendo a redução de estigmas e preconceitos, bem como uma aproximação com as outras especialidades médicas, determinando um cuidado mais universal aos pacientes.

Verifica-se que por mais que as internações psiquiátricas em hospitais gerais tenham vantagens na avaliação diagnóstica e no manejo clínico dos pacientes em relação às internações tradicionais, ainda existem obstáculos para a implantação de UIPHG. No Brasil, a resistência à implantação das UIPHG era percebida na própria administração pública, bem como nos gestores e equipes médicas dos próprios hospitais. Sendo que a maioria destas se encontra nas regiões brasileiras mais desenvolvidas economicamente.

Nota-se que o ideal seria uma rede de saúde mental estruturada com Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) e UIPHG conjugadas, preferencialmente na mesma unidade hospitalar, entretanto a carência de leitos disponíveis em hospitais gerais e a conseqüente falta de vagas para internação psiquiátrica em nossa realidade faz com que os SEPs que dão suporte às UIPHG fiquem sobrecarregados de casos com comorbidades clínicas, em enfermarias destinadas as urgências e emergências psiquiátricas, com tempo de internação prolongado, contrapondo as regras da RAPS.

Os SEPs acabam funcionando como unidades hospitalares, ao manter pacientes internados por tempo mais prolongado que o convencional, em virtude do aumento da demanda das emergências de outras especialidades clínicas e cirúrgicas.

4.4. Emergência Psiquiátrica e os Serviços Extra-Hospitalares

Nesta realidade vivenciada destaca-se que o funcionamento dos serviços extra-hospitalares influencia diretamente à dinâmica dos SEPs. Redes extra-hospitalares bem organizadas e eficientes, capazes de absorver rapidamente pacientes em quadros agudos, podem reduzir de maneira significativa os encaminhamentos feitos por SEPs para internação integral.

Por outro lado, SEPs constituem a unidade de referência na inexistência ou insuficiência dos serviços não hospitalares, havendo uma associação significativa entre as dificuldades

funcionais na rede de saúde mental extra-hospitalar e aumento no número de internações e reinternações e no número de visitas aos SEPs.

Como os SEPs funcionam 24 horas por dia e, geralmente, têm livre acesso, é natural que pacientes e familiares desassistidos sobrecarreguem os SEPs, que, por sua vez, absorvem a demanda excedente de serviços extra-hospitalares ineficientes.

Fatores intrinsecamente ligados ao funcionamento dos serviços extra-hospitalares, como atendimento multiprofissional restrito, limitação de propostas terapêuticas, falta de vagas para atendimento, deficiência na disponibilidade de medicamentos e sobrecarga por demandas judiciais determinam dificuldades de estabilização de pacientes em quadros agudos. Consequentemente, os SEPs apresentam efeito compensador destas carências com uma atuação que extrapola o atendimento convencional da emergência. Em nossa realidade funcionando no Hospital de Emergência do Estado (HE), que atende a demanda toda de emergências no Estado.

4.5. Emergências Psiquiátricas e a Atenção Primária

Nesta categoria destaca-se que, apesar de um maior investimento em serviços especializados em saúde mental, uma parcela significativa de pacientes com acometimentos psiquiátricos frequenta a atenção primária. A participação efetiva da atenção primária na rede de saúde mental permite uma menor sobrecarga desta rede, bem como um escalonamento de gravidade dos casos nos serviços de saúde que a compõe.

Uma rede eficaz com uma atenção primária fortalecida aliviaria os SEPs, para atender somente casos necessários, o que possibilitaria uma melhor gestão dos casos emergenciais. Os instrumentos de atenção primária influenciam diretamente os SEPs, evitando agravamento de casos leves, permitindo o acesso de casos mais graves à atenção secundária e, assim, diminuindo internações desnecessárias.

A organização da rede de saúde mental se fortalece na atenção primária com a atuação de equipes mínimas capazes de realizar atendimentos individuais e em grupos (psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social) nas unidades básicas de saúde, além da política de matriciamento em saúde mental, o qual se caracteriza por um suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde mental a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

A partir de discussões conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (atendimentos, visitas domiciliares e entrevistas com familiares), os profissionais de saúde mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção mais ampliada, sobretudo em questões relacionadas à saúde mental.

4.6. Contributos do Estudo

O estudo realizado me proporcionou uma reflexão dos anos que labuto neste ambiente psiquiátrico, convivendo com várias pessoas em crise no primeiro momento e quando com evolução boa, saindo da crise e até mesmo contribuindo na coordenação do cuidar das pessoas em estado grave e de dependência dos cuidados de Enfermagem.

Um crescimento profissional e avaliação com a razão e não deixando a emoção prevalecer, pois desta forma, nos leva a precauções relacionando a realidade do local em suas limitações e implicações no cuidar das pessoas em emergências psiquiátricas.

A oportunidade de realizar o exercício profissional em serviço de Psiquiatria proporciona ao Enfermeiro elaborar um marco conceitual acerca da loucura, de forma a valorizar aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos das pessoas relacionando ao modelo proposto pela Rede de Atenção Psicossocial, sob a ótica assistencial diferenciada e planejada diante da realidade existente na vida do ser. Além disso, ocorre a intenção de fomentar a formação dos profissionais em saúde mental e na saúde em geral, para atuar conforme os pressupostos na atualidade das políticas públicas de Saúde Mental, conduzindo ao modelo extra-hospitalar.

Mesmo diante das dificuldades do cotidiano no processo de trabalho, o serviço possibilita a oferta inclusiva e estimula as parcerias intersetoriais, principalmente a parceria estudo e serviço de saúde, enfatizando a Lei 8.080, que defende o planejamento, a assistência em saúde e a relação interfederativa. A participação dos acadêmicos e estudantes de nível médio participando em estágios nos serviços sob a lógica do modelo RAPS pode ser entendida como aspecto que possibilita a resignificação de orientações à formação, com cenário de humanização e compreensão, oferecendo ações do cuidar qualificado e articulado com a realidade das necessidades na vida cotidiana das pessoas.

Finalizando, a experiência como servidor da enfermagem em Psiquiatria sempre será positiva, pois integra uma equipe de profissionais na práxis, ocorrendo a troca de saberes e

possibilitando o repensar às práticas operacionalizadas nos componentes do serviço de Saúde Mental.

Com isso, será encaminhado à Coordenação Estadual de Saúde Mental, para conhecimento e análise, para posteriormente ajudar na elaboração de políticas públicas voltadas à saúde mental no estado do Amapá, enfatizando a Enfermaria de Hospital Geral, como componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) descrita na Portaria 3080/2011.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proposto teve como objetivo relatar a experiência de um enfermeiro em uma enfermaria especializada em Psiquiatria no município de Macapá, sob orientação às premissas do modelo de Atenção Psicossocial, o qual emitiu respostas que repercutem a influência do ambiente que convive com as pessoas com transtornos mentais que passam por urgências e emergências psiquiátricas avaliadas pelo mesmo no cotidiano de seu exercício profissional, nos levando a verificar a importância de refletirmos quanto a vida do Enfermeiro em Saúde mental e psiquiatria, recebendo influências sociais, culturais e psicológicas no seu cotidiano, obedecendo a regras específicas no contexto da enfermaria, como também regras estabelecidas neste contexto, as quais devem ser cumpridas, algumas vezes rigorosamente.

A análise do estudo foi estabelecida a partir do relato do profissional Enfermeiro do Serviço de Internação Psiquiátrica no município de Macapá, destacando-se como análise de conteúdo as experiências relatadas, com isso, se evidenciaram habilidades e discernimento no processo continuum vivenciado, pois apesar de estar direcionado para mesma demanda, apresenta um enfoque específico para urgências e emergências psiquiátricas, contemplando o próprio contexto vivenciado.

Acredita-se serem respostas personalizadas de acordo com os sentimentos que envolvem estas relações Enfermeiro e o contexto psiquiátrico, juntamente com os norteamentos da RAPS, os quais podem sofrer influência no momento de avaliar, levando a diferenciação da percepção.

Vale ressaltar as dificuldades e implicações existentes no atendimento emergencial em psiquiatria, supracitadas no estudo, sendo possíveis sinais exclusivamente que possam corresponder, pelo menos em alguns casos, a um efeito das atitudes.

Assim, acredita-se que o grupo de políticas de saúde mental direcionadas a RAPS ainda estão no começo no município de Macapá, como atenção básica importante, determinando apenas como referência um SEP em um Hospital de Emergências de ao tratamento de urgências e emergências psiquiátricas, criando muita insegurança às pessoas inseridas neste evento e suas famílias, as quais precisam de uma rede de apoio institucionalizada.

A melhor inserção da emergência psiquiátrica é introduzi-lo no âmbito das UIPHG, integrando a rede de CAPS, ambulatórios especializados e atenção primária dentro de uma assistência à saúde mental regionalizada e hierarquizada.

A proposta dos CAPS III precisa ser mais bem investigada na sua eficácia, no seu custo benefício e na sua capacidade de funcionar, de fato, como estrutura adequada para atender a demanda por casos psiquiátricos em crise, particularmente nas grandes cidades.

Os SEPs seriam pontos-chave em programas de prevenção e de aprimoramento terapêutico dos novos casos psiquiátricos, por ser uma das principais portas de entrada à rede de saúde mental, especialmente no caso dos pacientes em primeiro surto psicótico, por representarem marco central na estruturação das redes de saúde mental, servindo como termômetro do funcionamento adequado da atenção primária e secundária.

Concluimos que a população provavelmente conheça e perceba a importância dos SEPs e sua relação com todos os serviços que compõem a rede de saúde mental, além de exercer um importante papel de organização do fluxo de pacientes dentro desta rede, entretanto não ocorre a oferta com qualidade em nossa realidade. Desse modo, as funções dos SEPs extrapolam a simples necessidade de estabilização de quadros psiquiátricos agudos ou de encaminhamentos para internação integral.

REFERÊNCIAS

1. AMARANTE,P. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.
2. BRASIL. Lei nº10.216, de 6 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.** Brasília, 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 4 março 2014.
3. BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.** Brasília, 20 set 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 14 março 2014.
4. BRASIL. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 29 dez 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria 3088/2011.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_3088/2011.pdf)>. Acesso em: 05 abril 2014.
5. CAMPOS, CJG; TEIXEIRA, MB, O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 141-9, jun. 2001.
6. DELGADO, Jaques, M.F. (org). **A Loucura na Sala de Jantar.** São Paulo: Resenha, 1991.
7. FLEK, M.P. de Almeida. Emergências Psiquiátricas. In Busnello, Ellis, D'Arrigo, et, all. **Rotinas em Psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
8. GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
9. KAPLAN, H.I; SADOCK, B.J. **Compêndio de Psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
10. LONG, M. E. P. A. Diagnóstico Transestrutural da Crise. In Seminário; **Urgência sem Manicômio.** Núcleo Pró-formação e Pesquisa do Cersam: Barreiro. Belo Horizonte: 1994.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Orientação para Funcionamento e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental.** Brasília: 1990.

12. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Huciter; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
13. OLSCHOWSKI, A. O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: análise da pós graduação “Latu Sensu”. São Paulo, 2001.
14. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Guia de serviços de saúde mental**. – Cuidar, sim. Excluir, não. Porto Alegre, 2002.
15. SAMPAIO, J.J. Saúde Mental. In ROUQUAYOL, M. Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. 4 ed, Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
16. SARACENO, Benedetto, et. al. **Manual de Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 1997.
17. SILVA A.T.M.C.; BARROS S.; OLIVEIRA MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2002; 36 (1):4-9.
18. WAIDMAN, M. A. P; ELSEEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto contexto – Enfermagem**, vol.14 no. 3 Florianópolis July/Sept. 2005