

ATENDIMENTO À CRISE PSÍQUICA NO PRONTO-SOCORRO: VISÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Leandro da Rosa BORGES^a, Leandro Barbosa de PINHO^b,
Annie Jeanninne Bisso LACCHINI^c, Jacó Fernando SCHNEIDER^d

RESUMO

O objetivo do estudo foi conhecer a visão da equipe de enfermagem sobre o atendimento à crise psíquica em uma unidade de emergência de um Pronto-Socorro. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que utilizou, como técnica para coleta de dados, a aplicação de entrevistas semiestruturadas com dois enfermeiros e três técnicos de enfermagem que trabalhavam na unidade de emergência durante o turno da manhã e tarde. A análise dos dados foi orientada a partir da análise de conteúdo com formação das seguintes categorias temáticas, que permitiram a melhor visualização dos resultados: o conceito de crise para a equipe do pronto-socorro e as diferentes expressões do sofrimento e os recursos terapêuticos para o enfrentamento e a minimização dos encargos da crise. Evidenciou-se que a equipe de enfermagem costuma justificar as dificuldades de atendimento à crise psíquica pela falta de tempo, inadequação do espaço físico e despreparo da mesma.

Descritores: Intervenção na crise. Serviços médicos de emergência. Enfermagem.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la visión del equipo de enfermería sobre la atención a la crisis psíquica en una unidad de urgencias. Se trata de un estudio de abordaje cualitativo que utilizó, como técnica de recolección de datos, entrevistas semiestructuradas. Participaron de la investigación dos enfermeras y tres técnicos de enfermería que trabajaban en la unidad de urgencias durante las mañanas y las tardes. El análisis de datos fue orientado a partir de las siguientes temáticas: el concepto de crisis para el equipo de una unidad de urgencias y las diferentes expresiones del sufrimiento y los recursos terapéuticos para el enfrentamiento y disminución de los encargos de la crisis. Suele justificar las dificultades de atención a la crisis por la falta de tiempo, inadecuación de espacio físico y la falta de preparación de la misma.

Descriptores: *Intervención en la crisis. Servicios médicos de urgencia. Enfermería.*

Título: *La atención a la crisis psíquica en la unidad de urgencias: la visión del equipo de enfermería.*

ABSTRACT

This study was aimed at finding out the nursing staff's view about psychic crisis care in an emergency room unit. This is a qualitative study that used the application of semi-structured interviews as data collecting technique. Five nursing professionals that worked in the emergency room during the morning and afternoon shifts participated in the research. Data analysis was conducted based on the discussion of the following categories: concept of crisis for the emergency room team and the different suffering expressions and therapeutic resources to face and minimize the crisis' burdens. Professionals usually justify their difficulties on treating a psychic crisis due to lack of time, space and proper training.

Descriptors: *Crisis interventions. Emergency medical services. Nursing.*

Title: *Psychic crisis care in the emergency room: nursing staff's view.*

a Enfermeiro. Residente da Escola de Saúde Pública. Porto Alegre, RS, Brasil.

b Enfermeiro. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGENF/UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

c Enfermeira. Doutoranda em PPGENF/UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

d Enfermeiro. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem e do PPGENF/UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica tem em seus pressupostos básicos o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos e criação de serviços substitutivos extra-hospitalares. Além disso, preconiza a ampliação de uma rede de serviços, entre as unidades básicas, os hospitais dia e os serviços de urgência/emergência.

As unidades de emergência continuam enfrentando o aumento da demanda⁽¹⁾. Entre as falhas que justificam a superlotação estão a instabilidade de situações clínicas já previamente controladas, a ineficiência de suporte social às pessoas e famílias e as deficiências e limitações da atenção básica. As emergências deveriam fazer parte de uma rede mais complexa e ampla, e não absorver praticamente toda a demanda como se fosse o serviço exclusivamente resolutivo dela.

No caso da saúde mental, o processo de redefinição da assistência psiquiátrica é lento e recente, pois existem muitos fatores (culturais, políticos, sociais e individuais) que influenciam na conformação das políticas públicas na área. Por exemplo, quando falamos no atendimento à crise, a maior parte dos atendimentos ainda é feita, inicialmente, nos serviços hospitalares, sendo, posteriormente, encaminhada para serviços especializados que nem sempre estão consonantes com aquilo que preconiza o movimento da reforma psiquiátrica.

Entendemos que as crises psíquicas podem ocorrer em qualquer momento da vida. Quando pacientes chegam para serem atendidos, geralmente já estão em crise, com manifestações comportamentais de agitação, ansiedade aguda, alterações de funções psíquicas importantes, como pensamento e orientação, além de casos mais extremos, como tentativas de suicídio ou abuso de substâncias psicoativas que desencadeiam quadros psicóticos graves.

Nas emergências psiquiátricas, o primeiro atendimento muitas vezes é dado no pronto-socorro, principalmente quando há lesões ou tentativas de suicídio. A emergência psiquiátrica é definida⁽¹⁾ como uma alteração de comportamento, não podendo ser manejada pelos serviços de saúde existentes na comunidade de maneira rápida e adequada. O papel da emergência psiquiátrica em pronto-socorro e hospital geral vem sendo redefinido conforme as mudanças nas políticas de saúde mental, passando a assumir novas responsabilidades, assim como a estabilização da crise e a introdução do tratamento.

A crise é uma emergência psiquiátrica, pois a pessoa não consegue resolver o problema com seus mecanismos habituais de enfrentamento. As autoras⁽²⁾ conceituam crise como a dificuldade do paciente em resolver um problema, provocando o aumento da ansiedade, sendo considerado um momento crítico, ocasionando, diversas vezes, um desequilíbrio emocional, podendo haver ameaça biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

Nesse contexto de indefinição sobre o conceito e a prática com as situações de crise, também ressaltado em outros estudos⁽³⁻⁵⁾, vale lembrar que a reforma psiquiátrica não diminui, ao contrário aumenta, a importância delas no contexto dos cuidados em saúde mental. Qualquer tentativa de defini-las deve, em todo caso, considerar a organização psiquiátrica existente naquela área e naquele momento histórico particular. Independente da denominação que recebem, trata-se de um problema complexo, em que o sofrimento muitas vezes vem acompanhado não somente de problemas emocionais ou psicológicos, mas também de alteração no padrão de relações sociais e nos hábitos cotidianos da vida, como a vida financeira, amorosa, laboral, entre outros⁽³⁾.

Diante desse contexto, tivemos como questão norteadora a seguinte: Qual é a visão da equipe de enfermagem sobre o atendimento à crise psíquica em uma unidade de emergência de um pronto-socorro geral? A partir dela, tivemos como objetivo conhecer a visão da equipe de enfermagem sobre o atendimento à crise psíquica em uma unidade de emergência de um pronto-socorro geral. Entendemos que a importância deste tema para a enfermagem reside no fato de que, ao desvendar o que pensam os profissionais que vão lidar com uma pessoa em crise psíquica, poderemos abrir caminhos para ressignificar conceitos e propostas de atendimento a diferentes manifestações proporcionadas pelo fenômeno da loucura, como no momento de crise.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma unidade de emergência de um Pronto-Socorro geral, localizado em uma cidade de médio porte do Sul do Brasil, que predominantemente atende pacientes provenientes da rede pública de saúde. O serviço funciona 24 horas por dia, sendo também referência para atendimentos de emergências médicas para alguns municípios da região.

A pesquisa contou com a participação de cinco membros da equipe de enfermagem, sendo dois enfermeiros e três técnicos de enfermagem pertencentes à equipe da emergência. Utilizou-se, como critérios de inclusão, possuir vínculo empregatício e trabalhar a mais de seis meses na unidade. Delimitamos esse tempo de serviço por entendermos que se trata de um tempo necessário para que o sujeito conheça o ambiente de trabalho e tenha vivenciado, na prática, situações de atendimento à crise psíquica.

Para técnica de coleta de dados, utilizamos as entrevistas semiestruturadas, que foram previamente agendadas, gravadas com sua autorização por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram realizadas durante o turno da tarde, e colhidas no período de 05/06 a 12/07/2009, em um ambiente privado, disponibilizado pela unidade para esse fim. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos e foram feitas cinco perguntas-chave, conforme roteiro previamente estabelecido. Para garantir e preservar a identidade dos sujeitos da equipe de enfermagem, os depoimentos foram identificados pela letra “s”, por ser a letra inicial da palavra sujeito, seguida do número de ordem das entrevistas (s1, s2, s3 e assim sucessivamente).

No que tange à análise das entrevistas, utilizamos a análise de conteúdo modalidade temática⁽⁶⁾, na qual foram realizadas inúmeras leituras e releituras dos textos gerados pelas mesmas. A intenção é poder mergulhar naquilo que é dito pelos informantes, para ir, aos poucos, identificando os diferentes componentes dessas mensagens. De posse desses diferentes componentes, foram feitas as primeiras associações, levando-se em consideração as contradições e os temas sistematicamente silenciados ou não. A partir daí, surgiram o primeiro conjunto de temas, que posteriormente serviram de subsídios para construção dos eixos temáticos do estudo, que foram: 1) conceito de crise para a equipe do pronto-socorro e as diferentes expressões do sofrimento e, 2) recursos terapêuticos para enfrentamento e minimização dos encargos da crise.

O protocolo do estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas e aprovado, conforme o parecer de número 077/2009, seguindo os aspectos éticos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conceito de crise e as diferentes expressões do sofrimento

Vivemos hoje com um grande desafio na conjuntura atual da Saúde Mental, que é o de lidar com a crise psíquica de forma a não generalizá-la, mas de contextualizá-la e entendê-la no cotidiano de cada indivíduo. Conforme o relatório da III Conferência de Saúde Mental⁽⁷⁾ torna-se necessário mudar o modo de pensar a pessoa com transtorno mentais, a partir de uma perspectiva contextualizada, onde não vamos estar vendo a crise em si, mas a pessoa.

A reforma psiquiátrica traz em seus pressupostos um novo modelo assistencial⁽⁸⁾ tem como prioridade a manutenção e integração do indivíduo na comunidade. Esse modelo visa a desinstitucionalização, ou seja, dar um suporte psicossocial, intervir em quadros agudos de crise, sem que esse indivíduo perca o contato com sua comunidade, com sua família. Para isso conta com uma rede de serviços que vai desde a unidade básica, aos prontos socorros de atendimento a urgência e emergência, sendo este o local de estudo.

É possível notar que existem alguns desafios relacionados ao atendimento das crises nas unidades de urgência e emergência dos prontos-socorros. Uma delas diz respeito ao próprio conceito de crise que é admitido pelos profissionais da unidade. Um exemplo bem característico desse conceito de crise está na definição das chamadas “Crises Nervosas”, por eles denominadas de várias maneiras:

Bom a gente atende diversos tipos de crise, até inclusive as chamadas FCN, forte crise nervosa, que os médicos chamam [...] Ah, é um piti, ou uma coisa assim, a gente sempre procura atender com [...] sem atender preconceituosamente. (S1).

Quando chega aí uma crise conversiva... o pessoal acaba conversando com esse paciente, porque tu sabe que uma hora esse paciente vai acabar conversando contigo, porque geralmente é paciente depressivo [...] eu vejo também o pessoal estimular a parte dolorosa na crise conversiva, eu vejo o pessoal estimular o estorno, já sabendo que é uma crise conversiva [...] (S2).

Pode se entender a crise como uma inabilidade do indivíduo de resolver um problema específico⁽²⁾, podendo provocar aumento na ansiedade e mudanças, perdas ou ameaças ao sujeito, tanto no aspecto biológico, como no social e espiritual.

É difícil de ter uma única definição de crise psiquiátrica, pois isso vai depender do momento histórico e da organização existente em que se encontra cada indivíduo⁽³⁾. Essa diferença fica evidenciada se analisarmos o conceito de crise em um serviço orientado pelo modelo tradicional, que trabalha com foco na sintomatologia, ou a partir de serviços que procuram contextualizar a crise, com uma prática focalizada na multiprofissionalidade.

Nesse sentido, parece que o atendimento da equipe ainda faz parte de uma lógica de produção de saúde centralizada no modelo biomédico. Na psiquiatria, essa ênfase no modelo biomédico levou a sociedade a desenvolver uma cultura segregacionista, excludente e que estimulava a rotulagem do sujeito⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O atendimento a paciente psiquiátrico aqui é básico, é o básico que a gente pode fazer..., quando é o caso de crise conversiva, esse tipo de paciente aqui dentro ele é mau visto e mau quisto, principalmente quando chega na emergência, em maneira geral se nega a dar atendimento a esse paciente, geralmente é visto com preconceito, tanto para a equipe médica, como para a equipe de enfermagem [...] A gente lida com urgência e emergência, a gente não lida com paciente psiquiátrico (S3).

Acho que os próprios funcionários criam uma barreira, pode ver que às vezes os pacientes utilizados mesmo, a gente não tem uma proximidade tão grande, eu acho que a gente, não vou dizer que a gente peque, que a gente erra por não dar atenção a esses pacientes, mas eu acho que às vezes a gente deixa um pouquinho estes pacientes de lado, não sei se é por não ter conhecimento, ou pela própria pessoa que cria uma barreira (S4).

Nesse caso, cria-se um paradoxo no trabalho da equipe, pois ela mesma, que deveria desfazer falsos conceitos, acaba por reforçar o processo de estigmatização das pessoas em crise. Certamente esse preconceito com a loucura não é uma característica exclusiva da equipe de enfermagem, mas da sociedade em que estamos inseridos⁽¹¹⁾.

É importante lembrar que o atendimento secundário à crise psíquica, aliado à recente estigmatização dessas pessoas, muitas vezes é justificado pela equipe em função da falta de tempo, da sobrecarga de atividades e da inadequação do espaço físico. Com isso, a equipe fica restrita ao apoio da medicação e da contenção como estratégias de controle das manifestações da crise.

Bom, uma vez a gente atendeu uma mulher que tava em uma crise bem feia, só que aqui no PS é meio difícil, eu acho assim, uma crise com paciente psiquiátrico não é só tu pegar o paciente, porque a gente teve que sair na rua, pegar a paciente, pegar a força levar para dentro da emergência e medicar a paciente em crise se debatendo, teve que ser três homens para agarrar e depois sedamos a paciente (S3).

Eu percebo um atendimento bom porque eu acho que é muita gente, entendeu? É muita gente pra gente atender e a gente faz tudo pra atender o paciente, a gente consegue fazer tudo direitinho, conforme dá. Às vezes por mais que tu quer dá atenção a pessoa não tem como, porque não tem tempo, é tudo correndo. Às vezes a gente pode tentar fazer mais e mais, mas a própria situação não deixa [...] (S5)

Trata-se de indivíduos que realmente precisam maior atenção, maior escuta e maior disponibilidade por parte do profissional, condições essas que nem sempre fazem parte da rotina de cuidados nessas unidades. Acostumados a tratar de situações clínicas que envolvem riscos imediatos, a tendência é deixar a pessoa em crise psíquica em segundo plano, ou focalizar um atendimento que contemple parcialmente as demandas apresentadas por ela.

A conduta seria calar a loucura, isto é, conter a crise psíquica, atos esses contrários a uma postura de permissão à emergência da crise como um momento em que o sujeito exterioriza sua singularidade. Mas pode-se dizer que isso é fruto de um contexto histórico em que as respostas imediatas à falta de razão transformaram a prática medicamentosa e as técnicas de contenção física em principais instrumentos utilizados no tratamento. Grande dívida criada por uma psiquiatria que insiste em descontextualizar o sofrimento e as complexas causas inerentes a ele⁽¹¹⁻¹²⁾.

Portanto, é possível notar que as equipes tendem a naturalizar o sofrimento das pessoas⁽¹³⁾, já que, em unidades críticas, se costuma conviver com a possibilidade da cura ou a morte iminente. Isso faz com que a equipe priorize suas atividades no restabelecimento dos indivíduos doentes, em risco de morte, em detrimento dos casos considerados de menor relevância, como as crises psíquicas.

Outra questão importante mencionada pela equipe diz respeito à falta de um espaço físico adequado para o atendimento às crises psíquicas.

O local também o espaço físico teria que ter um local preparado, se o serviço vai atender esse tipo de paciente, teria que ter outra sala, para monitorar o paciente, medicar quando tu usa uma droga forte [...] (S3).

Eu acho que a dificuldade maior, é assim ó, eu acho que a gente tá no meio de muitos pacientes e muitos familiares, então isto interfere muito, porque assim, o paciente tá gritando, tá agitado e às vezes tu tentando conter o paciente e os familiares não entendem porque tu tá fazendo aquilo ali, muitas vezes achando até que tu tá judiando do paciente (S4).

É que às vezes tu tá atendendo um paciente num lugar que poderia tá num lugar melhor, entendeu? Dá uma crise no paciente naquele lugar ou no corredor, tu tem que tirar o paciente dali e levar para outro lugar (S5).

Os locais de atendimento à saúde, assim como no hospital⁽¹⁴⁾, deveriam proporcionar condições adequadas para o exercício profissional, mas o que se observa são instituições exigentes, competitivas e burocratizadas. Por adotarem essa filosofia de trabalho, essas instituições se preocupam pouco com as demandas apresentadas pelos trabalhadores, como a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo e o ambiente estressante e tenso.

É possível perceber que a equipe se incomoda com a dificuldade de espaço físico, pois o ambiente restrito leva as pessoas a ficarem muito próximas umas das outras, e isso dificulta o atendimento singularizado. A equipe tenta se mobilizar da melhor maneira para acolher as demandas do indivíduo em crise. No entanto, o espaço físico insuficiente exige da equipe certa habilidade imediata para deslocar pacientes e propor o atendimento mais específico possível, e isso parece desgastar continuamente o trabalhador.

Os sujeitos do estudo também referiram insegurança e falta de preparo, aliado ao baixo número de funcionários disponíveis para prestar o atendimento, principalmente ao paciente com transtorno mental onde a equipe teria que ter mais tempo.

O problema é o número de funcionários insuficientes, tu não tem um técnico para ficar ali, às vezes, chega um paciente e tu não tem o que fazer, às vezes, é só medicar e mandar para o hospital psiquiátrico, é bem difícil assim, é bem complicado, eu acho que a gente teria que ter um treinamento aqui pra lidar com um paciente desses (S3).

A falta de preparo no desempenho das atividades terapêuticas pode ser um dos fatores responsáveis pela fragmentação da equipe de enfermagem e sua concentração em atividades para os quais são mais bem preparados. Os enfermeiros, por exemplo, acabam se dedicando mais às atividades burocráticas,

a sua principal função, enquanto os técnicos e auxiliares se responsabilizam pelos cuidados imediatos, como banhos, medicações e curativos⁽¹⁵⁾.

No caso de S3, há a tendência de utilizar o trabalho burocrático como uma justificativa para se ausentar no atendimento às crises psíquicas. Mesmo se julgando pouco preparado para o atendimento, o “tarefismo” também funciona como um subterfúgio para a impessoalização do cuidado⁽¹⁶⁾, sendo esta causada pelo distanciamento emocional e pela superficialidade na relação. Isso pode ser reflexo das práticas de cuidado rotinizadas e fragmentadas do contexto assistencial, indo ao encontro ao que observamos na unidade de emergência, onde se prioriza a técnica em detrimento da relação terapêutica.

Recursos terapêuticos para enfrentamento e minimização dos encargos da crise

Essa categoria reflete as dificuldades encontradas pela equipe na compreensão da crise psíquica e nas suas intervenções nos serviços de urgência e emergência, principalmente pela necessidade de enfatizar o aspecto das relações interpessoais, mais fragilizadas pela rotina intensa de cuidados nessas unidades. No entanto, em meio às adversidades, os sujeitos expressam a necessidade de humanizar o cuidado prestado:

[...] embora...então para ver a parte mais humana, o porquê está naquela situação. Pode ser a pior pessoa possível, mas tem que tratar o ser humano de forma humanizada (S1).

Eu acho que a gente tem que tratar todo mundo igual, independente se é psiquiátrico ou não é, então tu tem que fazer o melhor possível, o momento que tu tá nessa profissão tu não tem que escolher o paciente. Aqui no pronto-socorro entra de tudo. Tu não sabe o que a pessoa tem. Tu não sabe o que está acontecendo. (S5).

A humanização do atendimento torna possível a melhoria da qualidade da atenção prestada, propiciando um novo modo de diálogo entre profissionais e pacientes e gerando novas práticas cuidadoras. Isso porque o ato de humanizar o atendimento significa dar o devido valor ao outro, reconhecer a sua integralidade, seu sofrimento e suas necessidades. É dar qualidade às relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e pacientes, é acolher as angústias, as dores e o sofrimento diante da fragilidade do corpo e da mente⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

É importante valorizar as expressões e os significados emitidos pelo sujeito em crise psíquica. Valorizar o sujeito em crise significa em considerar sua condição de ser humano, respeitar seu tempo, sua singularidade, e não apenas a condição de doente em si⁽¹⁹⁾.

A equipe de enfermagem se utiliza da escuta atenta como tecnologia de cuidado nas situações de emergência, o que potencializa a prática o atendimento centrado nas diferentes demandas e dimensões apresentadas pelo sujeito em crise.

Até uma conversa, conversando com o paciente, claro tu tem que medica, mas conversando com ele, ele vai se senti melhor, um apoio, um apoio que tu dê pra ele já é uma ajuda, entendeu? Porque às vezes acontece de chegar paciente aqui no pronto-socorro mesmo e tu ter uma conversa com ele e ele já se senti melhor entendeu? (S5)

Então chega aqui em crise conversava por falta de atenção em casa, por algum motivo, então o paciente faz a crise conversava pra chamar a atenção do familiar, da equipe. Geralmente o pessoal tenta verbalizar com esse paciente para que ele possa expressar esse sentimento e dizer o que estava acontecendo. (S2).

Como podemos ver nos depoimentos acima, os profissionais entendem que a escuta atenta leva ao estabelecimento de uma relação de ajuda, o qual vai direcionar o cuidado ao indivíduo em crise psíquica. Além disso, a escuta atenta e o diálogo travado vão garantir que essa pessoa seja acolhida em uma unidade muitas vezes sombria, impessoal e cheia de aparelhos. Isso valoriza o indivíduo, suas necessidades, suas fraquezas e suas potencialidades.

Nesse sentido, todo e qualquer atendimento deve ser focalizado na comunicação e no relacionamento interpessoal, uma vez que são importantes instrumentos para viabilizarem o resgate da experiência e do significado da doença para o paciente. Pela equipe de enfermagem, é possível compreender o processo de sofrimento, seu trânsito e suas consequências, as necessidades demonstradas pelo sujeito no decorrer da experiência, como também entender que a vida humana é complexa. Dessa forma, evita-se o parcelamento do sujeito e se trata o indivíduo como um ser único, irrestrito e irreduzível⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

No atendimento às crises, a comunicação, a escuta e a empatia são os instrumentos essenciais para esse processo, conforme pudemos constatar nos depoimentos acima. Embora a unidade de emergência seja um ambiente impessoal e repleto

de dificuldades para incentivar esse contato, acreditamos que seja possível humanizar as relações e o cuidado de enfermagem nesses espaços.

No atendimento pautado na relação interpessoal é fundamental para resgatar o contexto da singularidade e da subjetividade dos sujeitos, pois assim também é possível evitar o agravamento da crise, bem como problematizá-la como um processo que gera amadurecimento, crescimento e autoconhecimento.

Embora existam desafios no que se refere ao atendimento à crise psíquica, a equipe demonstrou ter ciência de que um atendimento humanizado só é possível através de um relacionamento interpessoal, onde o paciente é compreendido e respeitado em sua particularidade e totalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento da equipe está relacionado a um modelo típico de atendimento voltado para as questões clínicas, ou seja, relacionadas ao modelo biomédico, é possível visualizar uma prática repleta de mecanismos de controle das manifestações da crise. Para isso, os profissionais se utilizam da contenção, dos testes físicos e da medicação como instrumentos para conter comportamentos tidos como inadequados ou irrelevantes para o contexto da emergência.

Mesmo que haja essa predominância de um modo de cuidado mais centrado no modelo clínico, os profissionais reforçam a necessidade de estabelecer outras formas de cuidado a essas pessoas, partindo-se da comunicação, da escuta atenta e da relação comprometida como complemento de um cuidado mais técnico. As experiências de alguns membros da equipe destacam que a humanização é perseguida como filosofia de cuidado, de forma a poder contribuir para ressignificar a crise em si e a maneira como ela é encarada nesses serviços.

Assim, pensamos que ações de educação permanente, focadas no trabalho em equipe e que possam problematizar essas questões no interior do serviço, podem ser propostas inovadoras, que potencializem os espaços de trocas e discussões entre os trabalhadores com o intuito de melhorar as ações de cuidado. Também é importante que se possa pensar num atendimento que leve em consideração a crise psíquica como uma das muitas manifestações de adoecimento do ser humano, sempre levando em conta suas necessidades, sua singularidade, suas fragilidades, potencialidades e formas de relação.

REFERÊNCIAS

- 1 Del-Ben CM, Marques JM, Sponholz A Jr, Zuardi AW. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. Rev Saúde Públ. 1999;33(5):470-6
- 2 Arantes EC, Fukuda IMK, Stefanelli MC. O enfermeiro em emergência psiquiátrica: Intervenção em crise. In: Arantes EC, Fukuda IMK, Stefanelli MC, organizadores. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole; 2008.
- 3 Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2005. p.161-94.
- 4 Amaral RA, Malbergier A, Andrade AG. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. Rev Bras Psiquiatr. 2010; 32(2):104-111.
- 5 Del-Ben CM, Rufino ACTBF, Azevedo-Marques JM, Menezes PR. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. Rev Bras Psiquiatr.2010; 32(2):78-86.
- 6 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- 7 Conferência Nacional de Saúde Mental (3. : 2001 : Brasília). Caderno de textos. Brasília: [Ministério da Saúde]; 2001.
- 8 Campos CJG, Teixeira MB. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP.2001; 35(2):141-149.
- 9 Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
- 10 Foucault M. História da loucura. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2004.
- 11 Botega NJ, Dalgalarondo P. Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 12 Bezerra Júnior B, Amarante P. Psiquiatria sem hospício. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.
- 13 Costa MS. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. Arq Bras Psicol. 2007; 59(1):94-108.
- 14 Pinho LB. O contexto psicossocial da família do paciente internado na unidade de emergência. Pelotas: UFPel, 2003 [trabalho de conclusão de curso]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2003.
- 15 Lautert L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. Rev Gaucha Enferm. 1999; 20(12): 50-64.
- 16 Tavares CMM. Práticas criativas de enfermagem psiquiátrica: fatores intervenientes no seu desenvolvimento. Esc Anna Nery. 2002; 6(1): 107-17.
- 17 Pinho L B. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: Contradições entre o discurso e a prática profissional [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
- 18 Deslandes S. Análise sobre o discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ci Saúde Col. 2004;09(01):7-14.
- 19 Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Rev Psicol UNESP. 2007; 6(1): 31-44.
- 20 Pinho LB, Santos SMA. The health-illness care process and the logic of the nurse's work in the ICU. Rev Latino-Am de Enferm.2007; 15(02): 199-206.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Leandro Barbosa de Pinho
Rua São Manoel, 963, Campus Saúde, Rio Branco
90620-110, Porto Alegre, RS
E-mail: lbpinho@uol.com.br

Recebido em: 19.12.2011
Aprovado em: 27.07.2012