

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS: REPENSANDO PRÁTICAS A PARTIR DO RELATO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

Rafael Morelli Calixto (IC) e Eduardo Fraga de Almeida Prado (Orientador)

Apoio: Pibic Mackenzie

RESUMO

As emergências psiquiátricas trazem consigo algumas especificidades no manejo e tratamento, a relação exige sempre uma ação urgente e com o advento da psiquiatria e os diversos modelos de pensamentos, as práticas biopsicossociais acabam sendo negligenciadas na pressa de suprimir os fatores emergenciais previstos nas práticas de modelo biomédicos moldadas em um reducionismo biológico. O presente estudo, de caráter qualitativo buscou enunciar e refletir de forma crítica a respeito das perspectivas de atuação frente aos episódios de crise em situações de emergências psiquiátricas, perguntando-se quais os sentidos atribuídos a elas através das práticas discursivas dos operadores de saúde inseridos diretamente a este campo, uma vez que se compreende a existência de uma multiplicidade dos discursos psiquiátrico, sendo a análise de dados a partir das práticas discursivas dadas em entrevista, apresentou-se uma multiplicidade de práticas ante crise, porém uma extensa atribuição ao modelo biomédico presente no manejo e na intervenção dos casos. Para além disso, as práticas discursivas pediam um olhar voltado a novas contribuições as condutas médicas, que partissem de um modelo menos segmentado e de uma clínica que também se voltasse aos aspectos subjetivos desses pacientes, sugerindo-se então uma educação continuada voltada a essa totalidade e uma clínica ampliada mais presente.

Palavras-chave: Emergências psiquiátricas. Psiquiatria psicodinâmica. Psicopatologia.

ABSTRACT

Psychiatry emergencies are attached to treatment and management specifications, this link requires an urgent act and with the growth of psychiatry and all the new thinking models, the biopsychosocial conducts ends neglected in the hurry of subdue the emergencies that are shown by the biomedical model and built at the biological reductionism. This current qualitative study searched to build a critical reflection in order to all the perspectives and conducts at psychiatry emergency episodes, asking about the sense attributed to them, throughout the conducts by health operators, once the multiplicity of the psychiatric speech was seen, The data was collected by interviews, using the discursive practices and it had shown different and wise practices at the emergencies, nevertheless, the discursive practices asked for a widely view directed to the new contributions at medical conducts which started from a less-split-

model and from the subjectivity of these patients, which suggested a postpone education with a better focus in the view of the human being as a total, and also in a widely clinical practise.

Keywords: Psychiatry emergencies. Psychiatry Psychodynamics. Psychopathology.

1. INTRODUÇÃO

A emergência em sua semântica é definida como a ação de emergir, mostrar-se. Trata-se de situação crítica, acontecimento perigoso ou fortuito. Difere da urgência que, por sua vez, diz respeito àquilo que se torna imediatamente necessário (STERIAN, 2006). Caracteriza-se como emergência psiquiátrica os momentos críticos onde percebe-se fragilidade e instabilidade do paciente (BULECHEK, BUTCHER, 2010).

Quando se pensa a respeito da avaliação psiquiátrica de emergência observamos algumas peculiaridades que se diferem das avaliações elaboradas em consultas gerais. A relação com o paciente em crise exige ação urgente. Por esta razão, Saraceno, Asioli e Tognoni (2001) definem a emergência psiquiátrica como um fato imprevisto e que convoca intervenção imediata. No entanto, diante deste cenário, algumas variáveis devem ser consideradas: por vezes, integrantes de equipe multiprofissional podem não estar de acordo com o manejo da situação de crise ou mesmo a família pode não concordar com os procedimentos adotados para lidar com o paciente nesta situação.

O filósofo e historiador francês Michel Foucault (2002) nos aponta em “A história da Loucura”, que os conceitos de loucura foram, são e sempre serão, historicamente e culturalmente construídos de acordo com o contexto do qual emergem. O autor também nos ensina que o que é ora denominado como crise psicótica já foi compreendido como manifestação de sabedoria, de possessão demoníaca, bruxaria, subversão da ordem social e, por fim, recebeu o estatuto de doença mental a partir da assunção do discurso psiquiátrico no início do século XVIII.

Com o objetivo de transformar o imaginário cultural a respeito da loucura, testemunhamos desde meados da década de 80 do século passado o movimento da reforma psiquiátrica que, grosso modo, buscou a passagem de um modelo excludente e hospitalocêntrico para a promoção de saúde e reinserção social na medida em que- a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde- essa é compreendida como produto das relações materiais de existência.

Sob a égide da Reforma Psiquiátrica, o objetivo maior passa a ser a promoção de reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico e, sendo assim, situações que envolvem emergências psiquiátricas também devem passar a ser objeto de (re)avaliações. Para Rotelli (2005) o que se objetiva é uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura de doença para a pessoa doente. Sendo assim, as ações antes centradas nos sinais e sintomas, passam a ter novos enfoques, o fator saúde, os projetos terapêuticos, a promoção de cidadania e reabilitação, ainda que em situações de crise ou emergência

psiquiátrica as estratégias de manejo pareçam ser mais restritas. Para Paulo Amarante (2007), frente às crises psiquiátricas é necessário que se traga agora um modelo de atenção psicossocial.

Mendes (1996) nos ensina que as dimensões subjetivas devem ser trazidas essencialmente na produção de saúde, afirmando que as idéias e concepções devem sempre caminhar para a interdisciplinaridade na medida em que ampliem o olhar sobre aspectos do processo saúde-doença, configurando uma produção social de saúde.

O manejo frente as situações de crise se articula pelo desenvolvimento de duas principais estratégias: contenções mecânica e física. A contenção mecânica consiste na forma segura e eficaz de restringir os movimentos do paciente agressivo e agitado para que se limite sua possibilidade de ação (SCHWIDERSKI, TCHAIKOVSKI, MANZARRA, 2013), sendo constituída pelo uso de faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos, que fixam o paciente ao leito; já a contenção física pode ser definida como a imobilização do paciente por membros da equipe.

Pelo exposto entende-se que o cuidado em saúde preconizado pelo paradigma biopsicossocial deve contemplar uma contínua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo. Isso inclui também significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, que torna necessária a criação de um espaço relacional que vá além do saber-fazer científico/tecnológico (MANDÚ, 2004).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Buscando-se configurar o campo de atuação e intervenção em saúde mental é possível estabelecer um marco inicial em meados do século XVIII, quando testemunhou-se o advento do saber poder psiquiátrico. Trata-se, de fato, de uma forma de compreender a loucura como o negativo da razão, isto é, se a capacidade racional era a *démarche* que nos tornava humanos, a perda da racionalidade, *i.e* alienação, nos afastava do campo do humano.

Inúmeras foram as tentativas de lidar com o alienado mental e, dentre estas, merece destaque o tratamento moral, no qual caberia ao médico o condão de restituir a capacidade racional do louco. No entanto, para que isto pudesse ocorrer, seria necessário um rigoroso controle do espaço e do tempo do doente mental que, desta forma, deveria ficar sob o constante olhar e vigilância do médico.

Tais pressupostos representam o pano de fundo do modelo hospitalocêntrico ou manicomial que, a partir de suas premissas, privilegia a internação do alienado como principal

estratégia de tratamento. Dito isto, como destaca Rossetti-Ferreira (2006), visões teórico-metodológicas influenciam, contribuem, respaldam, restringem e/ou transformam realidades sociais, neste sentido, são elementos constituintes dos processos, das relações e das práticas entre as pessoas.

Cada vez mais se constata que muitos problemas dos serviços de saúde, como a iniquidade ao acesso, o descuido com a saúde coletiva e as dificuldades na gestão, estão relacionados aos recursos humanos em saúde. Conclui-se que sem mudanças nas ações e na formação dos profissionais de saúde, qualquer tentativa de reforma não produzirá efeitos (BARROS, 2002).

Apesar de sua inserção no saber-poder médico, a psiquiatria pode vir a encontrar no campo psicanalítico fundamentos antropológicos compatíveis com os fenômenos psicopatológicos dos quais o olhar psiquiátrico se ocupa face aos excessos do sofrimento subjetivo do paciente em crise, sem que nesse movimento seja necessário sufocar a emergência do sujeito do interior de sua doença específica e isolada (PEREIRA, 2000).

A psiquiatria, enquanto ciência autônoma, constituiu-se marcadamente distanciada da medicina anátomo-patológica, sem que isto significasse que não estavam sendo elaboradas teorias sobre a fundamentação orgânica das crises (VENANCIO, 2007). No entanto, os trabalhos de Freud sobre a histeria vão criar um *turning point* na psiquiatria, com a noção de corpo simbólico enquanto suporte do sofrimento emocional. Surgia um corpo representado que unificaria a totalidade significativa de suas manifestações somáticas (BIRMAN, 1976).

O modelo biomédico, alicerce da psiquiatria organicista, argumenta a favor de uma explicação unicausal da doença, pressupondo o reconhecimento do agente etiológico de origem eminentemente orgânica, que deverá ser identificado e combatido. Bennet (1987), ressalta a insatisfação de profissionais de saúde frente as estratégias de contenção em situações de emergências psiquiátricas, na medida em que estas, parecem desconsiderar as reações psicológicas dos pacientes e problemas socioeconômicos envolvidos na emergência da crise, no entanto, poucas são as propostas de manejo diante deste cenário.

O modelo conhecido como biopsicossocial propõe ações integradas e interdisciplinares. Porém, este necessita de maior inserção na formação dos profissionais de saúde, dos modelos de gestão, de financiamento e funcionamento do sistema de saúde, neste sentido, é preciso repensar modelos e significados atribuídos a práticas atuais (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001). Desta forma, torna-se de extrema relevância compreendermos que as práticas a serem instauradas junto a esta população devem ser coesas e condizentes, fora do modelo hospitalocêntrico. (SOUZA, 2013).

3. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de caráter qualitativo, sendo esta compreendida como aquela cujos objetivos residem mais em aprofundar no mundo dos significados dos participantes da pesquisa do que na possibilidade de generalizações de suas narrativas (MINAYO, 1992).

Com o objetivo de promover a aproximação no universo dos significados dos participantes, utilizaremos a abordagem teórico-metodológica de análise das práticas discursivas descrita por Mary Jane Spink (2013a).

Spink (2013b) propõe que a produção de sentido não é uma atividade cognitiva que se dá individualmente, nem tampouco pura e simples reprodução de modelos que foram aprendidos. A autora propõe que se trata de uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. Sendo assim, os sentidos que são produzidos devem ser tomados como fenômenos sociolinguísticos - pois ligam o uso da linguagem sustentado a práticas sociais geradoras de sentido. Nesta pesquisa, em se tratando de crise psiquiátrica, a produção de sentido se configura como um processo de negociação das identidades sociais. Esta linha de argumentação articula três aspectos:

1. Dar sentido a uma atividade no campo cognitivo, implica o uso de conexões neurais desenvolvidas pela experiência no enquadre as situações em que os contextos cultural e social se fazem presentes. Sendo assim, tal articulação pressupõe a interface entre dois tempos: o tempo histórico em que se acredita ter sido escrito todo o conteúdo imaginário que foi derivado de certas formações discursivas de diferentes épocas vividas; e o tempo vivido aquele que traz consigo os conteúdos que são resultados de processos de socialização primária (familiar) e secundária (instituições).

2. A produção de sentido também implica em colocar-se em uma rede relacional e assim pertencer a uma ordem chamada de intersubjetividade. Nesta, por seu turno, somos levados a um cenário que torna possível a ruptura entre o instituído (aquilo que se encontra cristalizado na prática profissional) e o instituinte, que torna possível a construção de novas práticas e sentidos (VARELA,1991). Será no interstício entre o habitual e o não familiar,que poderemos visualizar o esforço de produção de sentido e a atividade criativa do sujeito no enfrentamento do mundo.

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semi-dirigidas com roteiro previamente elaborado a partir dos pressupostos teóricos e objetivos que embasam esta pesquisa, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Foi desenvolvido um mapa temático baseado em associação de idéias dividido em: a) saúde-doença, b) crise-doença e c) manejo-tratamento.

A amostra foi elaborada de forma deliberada pelo pesquisador. Neste sentido, foram convidados diferentes profissionais de saúde que trabalham na atenção básica ou primária, com idade entre 20 a 60 anos.

A amostra também foi delineada por conveniência, haja vista que alguns profissionais pertencem ao círculo de relações do pesquisador e, após o contato com estes, indagar-se-á a respeito da possibilidade de indicações de outros profissionais de saúde que possam colaborar com a pesquisa.

Os profissionais foram contatados por telefone e em seguida foi enviado um e-mail com a carta de informação da pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; em sequência a entrevista foi marcada, no local de preferência dos participantes, desde que a garantia de sigilo estivesse resguardada. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para que seus conteúdos pudessem ser analisados à luz das práticas discursivas e produção de sentidos (SPINK, 2013d). Os critérios de inclusão contemplavam profissionais com qualquer período de atuação em saúde pública no Brasil, independente da especialidade médica optada. Como critério de exclusão foi adotado médicos ou profissionais que trabalhassem apenas no sistema privado de saúde. Não houve limitação de idade ou de tempo de trabalho.

Os riscos aos participantes foram mínimos, no entanto, frente a qualquer desconforto, as entrevistas seriam interrompidas sem quaisquer ônus aos participantes, enquanto os possíveis benefícios aos participantes residia na possibilidade de reflexão de forma crítica à respeito de suas práticas e, desta forma, contribuir para um tratamento mais humanizado frente às situações de emergência psiquiátricas.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram selecionados quatro médicos, que optaram por percursos profissionais diferentes, sendo dois da área de Medicina da Família, um de Anatomia e Patologia Médica, e um de Clínica Geral. Compuseram a amostra profissionais maiores de idade, com formação em Medicina por instituições privadas; porém, atualmente três dos quatro entrevistados atuam em serviços de atendimento público, e um se divide entre os atendimentos em serviços públicos e privados.

A amostra consistiu em profissionais com menos de dez anos de prática, sendo o tempo de experiência de todos muito próximos apesar da pluralidade das especialidades. A

escolha por diferentes especialidades foi deliberada no intuito de buscar se haveria uma compreensão distinta da prática e manejo ante as emergências em diferentes áreas de especialização, mesmo que em instituições com formação acadêmica semelhante.

Para a coleta das informações foi utilizado um roteiro semi-estruturado com cinco perguntas. O roteiro teve a função expressa de auxiliar e orientar o pesquisador no decorrer das entrevistas com os participantes, visando que aspectos que fossem de fundamental importância para a análise não fossem negligenciados.

No encontro com cada participante, foram apresentados a Carta de Informação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto ao Termo de Uso de Imagem e/ou Voz, após serem sanadas todas as dúvidas em relação ao desenvolvimento da pesquisa, deu-se o início das entrevistas.

O primeiro aspecto destacado foi a percepção dos participantes ante a crise psiquiátrica. Quando indagado, o primeiro entrevistado (M1), médico formado há 2 anos e residente em Medicina da Família em instituição privada, comentou: *“O que quer dizer crise psiquiátrica exatamente?” A carência de profissionais no mercado, uma crise tipo um ataque de pânico?”*

Após sanar esta interessante questão que muito já nos revelou sobre a percepção do cenário de crise psiquiátrica: *“Bom, então, eu percebo no dia a dia mesmo, nas mais variadas situações, como médico, em consulta pré agendada, vamos dizer assim, porque sou médico de família eu atendo um pouco de todas as especialidades, e psiquiatria é uma grande parte da minha demanda (...) acho que minha percepção é bem apurada porque é um convívio direto”.*

Em contrapartida M2, a segunda médica entrevistada, residente R3 de um programa público de Anatomia e Patologia Médica, teve um foco maior nos recursos técnicos que contemplam sua prática, isto é: *“Bom, eu não sou psiquiatra, então para identificar eu acho que é uma forma muito sutil, uma questão de uma palavra maior que empatia (sic), sentir o que a pessoa está sentindo, mas de uma forma muito sutil; eu tenho poucos recursos técnicos para perceber isso, então pra mim é uma coisa que se percebe pelo jeito como a pessoa se coloca, os quesitos de uma anamnese psiquiátrica contemplam conteúdo da fala, e eu me baseio mais nessas coisas, mas a percepção é sempre para acolher, medicar e logo encaminhar.”*

Para M3, médica formada em instituição privada e residente R2 de Clínica Geral pública, com atendimentos contínuos em serviços públicos que abarcam todos os pressupostos da saúde integrativa do SUS: *“Difícil, né? Em crise, geralmente é por agitação psicomotora, discurso ou fala desconexa, fuga de ideias, geralmente eu faço assim. (...) [pausa] (...), na verdade esses pacientes são os que vem no pronto socorro, eles costumam*

vir mais embotados, isolados, chorando fácil, isso também acontece muito (sic), mas é muito mais comum em porta de entrada, assim fica mais fácil perceber os sintomas mesmo.”

Enquanto a quarta entrevistada, M4, com formação em instituição pública e atuações em Medicina da Família: *“Olha, até nessa questão de percepção de um quadro clínico eu acho complexo, polissêmico, porque a crise é um termo bem amplo, pode ser, pode envolver inúmeras patologias que são percebidas de várias formas, mas eu acho que no contexto que engloba as psicopatologias, seria a questão maior do risco; o risco que a pessoa oferece para si mesma, o risco individual e o risco para o coletivo, né?”*

Depois de salientar a questão do risco ao paciente, que até então não tinha sido levantado, M4 tomou um percurso mais aprofundado na questão da percepção e completou: *“Pode ser percebida por exemplo em uma agressividade no surto da esquizofrenia, ou até no sentido de um risco individual de suicídio. Pela prática clínica que tive até hoje, que foi pouca, esse é o auge, sabe? Nos serviços escolas que estive na faculdade é o que mais tem, o que eu mais vi, essas questões de suicídio e principalmente manejo com medicação, então a pessoa não chega a estar em estágio de agressividade, não tem risco coletivo, mas tem risco individual, mas se você pensar isso é bem prolixo, né? Na questão da percepção também, é amplo porque tem coisas que não são englobadas no risco individual e coletivo”*

Referente a pergunta (2), que dizia respeito a percepção da própria atuação, M1 comentou que essa era uma pergunta difícil pois era complicado se auto-perceber nessa prática, mas salientou: *“Eu percebo minha atuação, de certa forma, tendo que remediar ou identificar, e na verdade perceber a crise através do que eu uso como ferramenta, que é o exame psíquico, eu procuro conversar com a pessoa em consulta e perceber características no discurso.”* Quando perguntado sobre quais características que eram percebidas no discurso desses pacientes, M1 comentou: *“se o discurso está organizado, se há um autocuidado por parte dela, se o humor está como ele sempre é, se ela está ansiosa, se está deprimida, chorosa, reconheço isso e vou determinando se a pessoa está compensando ou descompensada”*

Quando apresentada a pergunta (2), M2 comentou: *“Lidar com isso é desconfortável pra mim, eu tento acolher a pessoa, tento conversar, entender o porquê de ela estar desse jeito, mas não é uma coisa que eu saiba lidar 100%, eu acho que eu poderia lidar melhor do que eu lido, eu tento com as ferramentas que eu tenho, que são ferramentas internas.”*

M4 quando apresentada a questão (2), respondeu de forma assertiva: *“Eu creio que, a atuação depende principalmente do serviço e do estado em que o paciente em questão está, por exemplo de serviço, eu acho que os CAPS, Consultórios de rua, Hospitais Dia, ou até os consultórios de atendimento individual têm uma visão mais biopsicossocial do paciente, mas quando estão lá no serviço de emergência, a crise psiquiátrica é uma coisa (sic) que tem uma visão mais biológica do que psicossocial.”*

M4 continuou sua fala tecendo algumas críticas aos serviços de apoio e a conduta médica geral: *“Claro que depois você aciona a psicóloga, mas no primeiro momento a atuação é um quadro clínico de um paciente, e o biológico dele, então no sentido de medicação, é um sossega leão para um paciente agressivo, uma contenção mecânica, medicamentosa, quando se trata da agressividade. Quando se trata de uma questão de intoxicação por tentativa de suicídio, a prescrição é sempre lavagem gástrica, que é algo que eu presencio muito na minha prática em serviços de saúde, então a atuação do médico é muito mais delegar funções do que realizar funções, porque não é ele que vai chegar e conter o paciente, não é ele que vai medicar o paciente, não é ele que faz a lavagem do paciente, precisa de uma equipe multidisciplinar, o médico só reconhece que é uma crise psiquiátrica.”*

A pergunta (3) se propunha a debruçar-se sobre a compreensão da atuação de outros profissionais de saúde ante as crises psiquiátricas, e M1 comentou que sua atuação era muito voltada a dispositivos específicos e, portanto, seus comentários estavam sendo voltados a essa área que ele atuava: *“No meu pequeno universo eu percebo que tentam [outros profissionais] fazer o melhor possível, mas de fato falta treinamento específico, até para orientar uma pessoa que chega, e isso acontece, de chegar uma pessoa sob influência de alguma substância ou em um surto psicótico, e isso pode sempre acontecer lá”.*

M2 trouxe uma visão crítica aos sentimentos dos outros profissionais na pergunta (3) e comentou: *“Pelo que eu vejo, não de todos os profissionais, a maioria não tem preparo e também não tem paciência para lidar com uma crise ou emergência psiquiátrica, em muitos casos as pessoas simplesmente adotam que é um piti, chique, e a maioria das pessoas não leva tão a sério, não sabe identificar e complementam dizendo que é manha muitas vezes”.*

Em contrapartida, M3 não conseguiu responder essa pergunta: *“Nossa, eu não sei, eu acho que no geral, os médicos generalistas são muito limitados nessas situações, tanto eu quanto meus colegas, eu me percebo limitada, e eles acho que também, não sei”.*

M4 sobre a questão (3) ressaltou a importância que dava ao que nomeou atendimento biopsicossocial, e completou: *“É importante não só na crise psiquiátrica mas todo paciente precisa de uma atenção biopsicossocial em qualquer área que for, eu nunca acompanhei o atendimento da psicologia, mas eu queria comentar com você sobre o atendimento do SAMU. Se a gente pensar que teve uma quarta conferência de Saúde Mental que acordou sobre o transporte móvel adequado com uma visão mais global, não tanto biomédica do atendimento, a gente fica bem frustrado, eu fico bem frustrada (sic)”.*

M4 salientou que há muito ‘preconceito’ por parte dos profissionais, e completou: *“Ao meu ver, é complicado uma contenção física, medicamentosa, de contato com a central, mas isso é bem estabelecido, porque é uma questão biomédica mesmo, mas em contrapartida tem muito menosprezo da assistência nesses casos que têm fatores confundidores (sic), eles (profissionais do SAMU) ficam meio revoltados com isso, mas ao meu ver, não se deve ficar*

revoltado com isso, não é o paciente que opta, a não ser que seja uma crise de simulação, mas nem toda crise de simulação o paciente tem ciência de que está simulando (...) em crises de ansiedade mesmo, não há um tratamento humanizado, um acolhimento “.

M4 concluiu sua fala com: *“Hoje mesmo com todas essas políticas de humanização, eu permeio situações que foram desconfortáveis, com classificações de pacientes com termos chocantes, como (DNV), distúrbio neuro vegetativo, onde os profissionais não atuam fazendo nada, apenas esperam a crise passar.*

Quanto à questão (4) sobre acreditar em outras formas de atuação diante de uma crise psiquiátrica, M1 comentou que essa era uma questão complicada, mas que tentaria ser claro em sua resposta: *“Conhecer é o melhor remédio, na verdade, nesse ponto, tem vantagens em UBS, a maioria dos pacientes é conhecida já, então fica mais fácil de você identificar uma crise psiquiátrica neles”.*

Na questão (4), M2 voltou a trazer aspectos sobre a formação técnica dos médicos e comentou *“Acho que falta a questão técnica de saber identificar não só que a pessoa está tendo uma crise, mas o que ela está sentindo, qual o distúrbio que ela está apresentando, e como manejar”.* M4 comentou ainda sobre sua admiração aos contextos mais humanizados de manejo: *“Como uma pessoa que acredita no tratamento mais humanizado e centrado na pessoa como um todo e não só em sua parte biológica, eu acredito que exista outras formas de atuação ante a crise que sejam menos invasivas”.* E quando perguntada sobre essas atuações menos invasivas, ela comentou: *“Nos serviços de urgência e emergência a gente vê que ainda tem muito pra acontecer no treinamento dos profissionais, na capacitação para identificar os quadros e no norteamiento da assistência, eu acho que a agressividade vem do paciente para com o serviço, mas muitas vezes do serviço para com o paciente, muitas vezes pelo que eu presenciei contenções físicas e mecânicas, esse tratamento é feito de forma desnecessária. Se o paciente estiver instável, no sentido de agressivo, oferecendo risco, tem como acordar com esse paciente uma assistência, explicar, tentar conversar, falar da questão da contenção medicamentosa, que é menos invasiva para o paciente do que ficar preso, amarrado, contido, e isso geralmente não é acordado”.*

Em sequência, M4 também afirmou achar importante a individualidade de cada paciente, isto é: *“Tem muito esquizofrênico que só pela recusa de tomar medicação, chega no serviço e é tratado como se tivesse agressivo e não necessariamente ele está de fato, eu já vi muitas vezes chamarem o porteiro para conter o paciente que não quer ficar no serviço, e os pacientes reclamam dessa agressividade do serviço. Mas eu acho também que tem que individualizar caso a caso, ninguém tem que ser contido não. Mas assim, eu acho que falta muito uma literatura referente ao que se fazer, porque eu acho que a gente não tem muitas coisas nesse sentido. A psiquiatria e a psicologia no Brasil ainda são campos que precisam de muito mais exploração do que se tem, a gente é muito atrasado nesse sentido. Eu acredito*

sim em outras formas de atuação nesse contexto, uma atuação de reconhecimento do que pode ser feito na hora, não padronizar um tratamento pra todo mundo, já que não é todo mundo que chega com o mesmo quadro.”

Por fim, referente à questão (5) sobre perceber algum impedimento para novas formas de atuação ante essas crises, M1 concluiu: *“O único impedimento seria falta de treinamento mesmo, pros profissionais de saúde, pensando neles, para melhor acolher essas pessoas que têm necessidades bem peculiares.”*

M2 trouxe os obstáculos que percebia para uma questão mais pessoal, de auto-percepção: *“O que impede? Eu acho que me falta técnica, teoria humanizada, mas nada me impede, eu acho que o que dificulta é o modo como a grade curricular é feita, tendo um absurdo de matérias e assuntos que precisariam ser abordados com mais calma.”*

Já M3 trouxe a questão dos estigmas da área. *“O que impede a gente de atuar diante de uma crise muitas vezes é a falta de empatia, de se colocar no lugar desse paciente, porque a gente precisa se colocar no lugar do outro. Um paciente com crise psiquiátrica é muito taxado. Eles são muito discriminados, as pessoas têm muito preconceito, entendeu? E muitas vezes acontecem até umas brincadeirinhas com paciente em crise, então o ideal seria se colocar no lugar desse paciente [pausa] ou no lugar de todos os pacientes, né?”*

M4 salientou: *“São muitos impedimentos, tipo os que eu já falei, né? A gente tem política nacional de saúde mental; a gente tem essa política regendo os princípios do SUS, esse paradigma biopsicossocial, que é o que a gente quer pra essa assistência da psiquiatria em si; mas essa questão de ainda faltar muito estudo, muita literatura referente ao assunto, é algo que preocupa bastante. A gente tem o DSM, né? Que é mais consagrado nesse sentido, a gente tem o KAPLAN, que estuda mais geral, não tem o enfoque direto das questões da crise, pra mim como estudante, falta um pouco isso. Também a questão de impedimento, ao meu ver, é a mentalidade da população, a gente teve uma política de saúde que fez uma transição muito importante, mas eu acho que a mentalidade das pessoas não transacionou junto.”*

A pergunta (6) consistia em indagar ao participante sobre algum tema não abordado que gostaria de conversar sobre, M1, 2 e 3 disseram que não tinham mais nada a comentar. Já M4 comentou: *“Eu acho que preciso falar um pouco do preparo, esse preparo que vem desde a faculdade é muito pouco. A gente tem muito pouco esses assuntos na faculdade. A gente tem muito clínica, tem muitas disciplinas de neuro. A gente tem um pouco no primeiro ano, mas não engloba tanto, porque seria mais habilidade de comunicação. No terceiro tem um módulo de 2 meses de psiquiatria, que então você vê mais a questão fisiopatológica do negócio, né? ‘Então acontece isso no receptor, no neurotransmissor, a medicação é essa por causa disso.’*

A linguagem em uso foi adotada como uma prática social e isso acaba por implicar em trabalhar a interface entre os aspectos performáticos da linguagem. Apesar de Spink (2013) ressaltar que a análise de práticas discursivas se dá, em última instância, em um nível micro, foi-se pensando em diferentes níveis, partindo de um pressuposto onde os indivíduos podiam se expressar de diversas maneiras, no modo como julgasse cabível e confortável. Sendo assim, partiu-se do pressuposto que as perguntas suscitaram narrativas que contemplavam as relações saúde-doença, crise-doença e manejo-tratamento.

Sobre a relação saúde-doença, M4 percebeu essa perspectiva como um panorama polissêmico, adotando a crise como algo extremamente amplo, diferente de M1 e M3 que moldaram suas percepções a partir de características notadas em exame físico psiquiátrico ou neurológico. M1 afirmou que a percepção partiria de níveis individuais e coletivos, tendo em vista fatores e especificidades de certas doenças, isto é, crises em estados psiquiátricos que ausentassem risco para o coletivo, como um transtorno de ansiedade.

Em contrapartida, o panorama se apresentou de forma mais abrangente para M3 que afirmou tal percepção a partir de discursos ou falas desconexas, fuga de ideias, agitação psicomotora ou comportamentos embotados de isolamento e choro (sic).

M2 relatou que percebia antes mesmo da atuação ou do acolhimento, um olhar empático, enfatizando que não era apenas nas crises psiquiátricas que isso deveria estar presente, mas em todo primeiro contato médico-paciente.

Foucault (2002) destacou que as percepções sobre a loucura foram, são e sempre serão, historicamente e culturalmente construídas; as narrativas trazidas pelos participantes coadunam o argumento do filósofo francês e apresentam um cenário de constante transformação. Ora o que foi trazido como critérios de percepção para identificação da crise, um dia fora chamado de manifestação de sabedoria, bruxaria ou possessão demoníaca. A questão abrange loucura e periculosidade, aspectos estes que foram trazidos pelos profissionais, em níveis individuais e coletivos. A periculosidade do usuário do serviço era um critério de extrema importância no diagnóstico emergencial.

Durante os relatos foi possível perceber o que Spink (2013a) concebe sobre as práticas discursivas. Nos relatos de M1, 2, 3 e 4 percebeu-se que as relações eram explicitadas através do uso institucionalizado da linguagem, isto é, quando perguntados percepções e questões práticas frente o estado de crise, as falas partiam de certos domínios, como os do modelo biomédico, pautando-se em critérios e protocolos de atendimento, distanciando das práticas discursivas que, por sua vez, se constituem pela linguagem e produzem não só os sentidos dados pelos indivíduos como também o modo como posicionam-se em relação ao social e cotidiano. Em outras palavras, o relato ante saúde-doença era por vezes atravessado por um saber institucionalizado e não partia de uma narrativa completa,

que para Spink (2013b) constitui-se no relato expresso e desprendido do locutor e não pelas sentenças pautadas em gramática, sintaxe ou dominadas por saberes científicos.

Camargo (2013) também argumenta que a percepção saúde-doença está essencialmente pautada no modelo biomédico, que traz em seu bojo, um entendimento de saúde sempre pautado na ausência de doença, o que exclui a dinâmica social e a subjetiva do sujeito, gerando um reducionismo biológico. Porém, M4 se posicionou de forma contrária a esta afirmação, defendendo que não se deve focar tanto o auge da crise, isto é, tentativas de suicídio, comportamentos agressivos ou riscos gerais, mas estar atento que os critérios biomédicos podem ser “confundidores” (sic) dentro de sua própria existência; *“um transtorno de pânico tem critérios ‘confundidores’ nos serviços de saúde como infarto agudo do miocárdio (sic)”*

Sobre a relação crise-doença, M1 enfatizou que identificar a crise psiquiátrica é extremamente difícil e que o trabalho conjunto das Unidades Básicas de Saúde funciona como fator contribuidor para discriminar a crise. Enquanto M2 adotou uma posição onde defendeu que a crise pode não ser o fator mais importante para a atuação, *“saber identificar não só que a pessoa está tendo uma crise, mas o que ela está sentindo, qual distúrbio ela tem”*. A busca pelo conhecimento geral do paciente faz parte da percepção da crise; M2 aproveitou para enfatizar que a falta de teoria humanizada dificulta a percepção da crise.

M3 defendeu que a falta de empatia e de se colocar no lugar do paciente é um fator que atrapalha não só a percepção da crise, mas também o manejo adequado. M3 também reclamou da conduta de colegas que tratavam as crises com brincadeiras e não se preocupavam em entender a causa base.

M4 não se distanciou muito do relato dos colegas de profissão e enfatizou a dificuldade de aplicar os conhecimentos biopsicossociais na prática, relatando que o instrumento base para as percepções de crise e doença é o DSM, mas acredita que não há um enfoque direto para as questões de crise. Também acredita que este fato, somado a mentalidade das pessoas dentro e fora da profissão, gera estigmas que atravessam a percepção crise-doença. M4 defendeu que acredita ser necessário um aprofundamento nas questões da subjetividade do paciente psiquiátrico; que a formação acadêmica é restrita a questões fisiopatológicas da psiquiatria e que os saberes biológicos eram os mais cobrados para a formação e aprovação nessa área. M4 enfatizou a crença de que uma atenção maior a área da psiquiatria ajudaria na identificação da crise e no entendimento global da doença.

Pereira (2014) aponta que a psiquiatria contemporânea traz posições pragmáticas e naturalistas que expõem publicamente conflitos e tensões. A prática psiquiátrica tem como elemento central o diagnóstico da entidade mórbida específica, e é nesse paradigma que se produz os sentidos e significados da doença e da crise. O autor também se interroga sobre

as condições de se fazer a descrição de um fato de natureza psicopatológica através de uma linguagem que seja estritamente biológica, enquadrada no modelo biomédico.

As narrativas dos participantes por-vezes trouxeram produções de sentido nas perspectivas pragmática e naturalista, mas é relevante destacar que recursos como empatia e um entendimento global do sujeito foram também sublinhados nas narrativas. Além disso a produção do sentido também foi compreendida como deficitária decorrente à lacunas na formação, uma vez que diagnóstico e intervenção em psiquiatria é entendido como tema de pouca relevância na graduação em Medicina, de acordo com a percepção dos participantes.

Segundo Gonçalves (1994) a forma intuitiva mais imediata de pensar sobre o corpo humano é constituída de variáveis morfológicas e funcionais, definidas a partir da anatomia e da fisiologia. Ou seja, a partir desse modelo, a produção de sentido ante doença-crise pode ser substituída por um olhar objeto-coisa, centrado em um modelo anátomo-clínico. Os relatos dos participantes, por sua vez, buscam negar esta visão restrita, distanciando-se de um modelo reducionista e compreendendo novas questões atreladas a percepção da doença e a identificação da crise. Canguilhem (1943) afirma que o estado normal e o patológico apresentam diferenças de natureza qualitativas, o estado patológico não é apenas uma variação quantitativa de um estado fisiológico, acreditando que quem determina a doença é o doente, apontando que a medicina e a fisiologia produzem significados que podem ser julgamentos de valor e não de realidade.

A concepção ampliada de doença e de crise esteve presente nas narrativas e o anseio de repensar as práticas a partir de novos modelos de atuação apareceu de forma recorrente nos relatos.

Sobre a relação manejo-tratamento M2, 3 e 4 apontaram a falta de preparo como fundo comum para se perceber a atuação médica e manejo nessas situações. M2 defendeu não se sentir preparada para as questões que pudessem vir de emergências psiquiátricas, relatando que utiliza de *“aprendizados de experiência de vida ao invés de ferramentas técnicas”* (sic) no manejo ante emergência.

M3 defendeu que uma educação continuada seria uma possível proposta de mudança para essa relação de manejo e tratamento dos pacientes, a médica aponta que o manejo é limitado tanto em sua atuação quanto na dos colegas que acompanha no cotidiano, as opções mais comuns de manejo se reduzem a utilização de Haloperidol e Diazepam.

Por outro lado M4 defendeu que o manejo depende, essencialmente, do serviço em que o médico ou o profissional da saúde está inserido, isto é, comentou que acredita que o manejo próprio para os casos de crise estão sendo praticados em dispositivos de saúde que voltam sua atuação para um cuidado biopsicossocial como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e o Consultório na rua. A médica da família aponta que o manejo, em teoria, deveria ser multidisciplinar mas que nas práticas que presenciou até então, a contenção física

ou mecânica tem sido a opção mais recorrente. Além disso também acredita que a função da conduta médica é delegar funções, e é na equipe de outros profissionais presentes no hospital que o manejo será feito, não sendo um ato médico propriamente dito.

Shorter (1999) enfatizou como a descoberta dos sulfamídicos e da penicilina, nos anos 30 – 40 do século passado influenciou no manejo clínico e também na formação em Medicina, tendo o desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia, da imunologia e da genética como precursores de uma solidificação do modelo biomédico, deixando de lado a subjetividade do paciente. Os participantes foram unânimes em suas narrativas que não só o manejo e o tratamento médico são centrados em um modelo biomédico, como também destacaram que a formação é carente de uma visão para além das contenções, protocolos e encaminhamentos.

Faz-se necessário repensar que o manejo-tratamento é atravessado pela relação médico-paciente, sendo esta, narrada em diferentes planos, de forma assimétrica. Arrow (1963) defendia que na relação médico-paciente o médico detém conhecimentos os quais o paciente não faz parte, estaria excluído. No entanto, de acordo com os relatos dos participantes, estes parecem não serem portadores de saberes que permitam um manejo plural e humanizado diante das situações de crise psiquiátrica, haja vista que as estratégias adotadas são alicerçadas quase que exclusivamente na busca da contenção forçosa do sujeito em crise, seguida da intervenção medicamentosa.

Spink (2013) argumenta que os *speech genres*, seriam as formas típicas e estáveis de se construir uma narrativa. Os *speech genres* são dados como uma competência compartilhada e adquirida na socialização, um exemplo comum deste seria o jargão médico, muito utilizado nas narrativas dos profissionais da saúde e fator-que atravessa a produção de sentido e dos significados atribuídos por estes indivíduos. Os relatos de M1 e M3 apresentam *speechs genres* que contribuem para uma produção de sentido estritamente médica, onde os argumentos referentes ao manejo-tratamento estão relacionados a condutas que priorizam aspectos técnicos que os participantes apontam ser limitados, atravessados por um reducionismo biológico. Destaca-se que o desejo de mudanças e ampliação dos conhecimentos também estiveram presentes nas narrativas. Spink (2013) defende que as situações do cotidiano-interferem na produção dos sentidos e significados que o ser humano emprega as experiências; a normatização das condutas e dos procedimentos, que são imprescindíveis para uma articulação do exercício da medicina, funciona em uma dinâmica programática e algumas das obrigações produtivas submetem o trabalho-a um certo controle institucional (FELICIANO et al, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do trabalho realizado pode-se defender que há uma importante e delicada necessidade de enunciar e refletir de forma crítica sobre práticas e perspectivas de atuação ante crise em situações de emergências psiquiátricas. Entrevistando os operadores de saúde foi possível perceber que há para além de uma necessidade, uma vontade de se repensar os modelos de práticas e protocolos adotados na mediação das crises. Há um interesse pelo entendimento das diversas subjetividades dos pacientes em tais condições, e este interesse torna a prática mais ampla e menos fragmentada, isto é, repensar os modelos previamente adotados passa por um processo que se fomenta na promoção de saúde como base, mas acrescenta um constante pensamento crítico que busca sempre contribuições e novas perspectivas das situações nas quais estes profissionais atuam.

A atuação ante crise em emergência psiquiátrica além de estigmatizada e cindida das demais atuações na medicina, passa por critérios que são enviesados por pressão, urgência, e, unanimemente pelos relatos dos profissionais, por uma preocupação sobre os danos coletivos e pessoais que os pacientes em frente a eles podem ou não causar. A produção dos sentidos e significados a partir dessas circunstâncias é atravessada pelo uso semântico institucionalizado (SPINK, 2013), mas apesar disso, concluiu-se que todo discurso subjetiva e gera práticas. O modelo biomédico é, por si só, uma prática discursiva que, pelos relatos, gera uma prática distanciada e que pareceu não contemplar os requisitos necessários para uma elaboração mais ampla de intervenções mais eficazes nos casos das emergências psiquiátricas.

Outros aspectos importantes que foram constatados são: a clínica ampliada, a partir de práticas menos cindidas e mais multidisciplinares, e a educação continuada que, por sua vez, poderia partir de um modelo biopsicossocial. Na clínica ampliada é que se estabelece um cuidado mais amplo e uma compreensão mais clara do paciente em questão; é no diálogo com a equipe e com os diversos cuidados que se elucidam as necessidades e preocupações desse indivíduo, já que o cuidado total e integral deve ser construído a partir de várias práticas e discursos inseridos no dispositivo de saúde.

A educação continuada é uma necessidade pensada a partir das narrativas dos profissionais entrevistados. Estes acreditam que o estudo das crises psiquiátricas, suas formas de contenção e intervenções deve ser sempre presente e atualizado, e é debruçando-se sobre esses temas que se abre espaço para novos pensamentos críticos e contribuições que diversos autores elaboram sobre modelos de atendimento biopsicossociais.

Assim, constata-se que uma clínica humanizada parte de uma prática que engloba os aspectos psicológicos, biológicos e sociais dos indivíduos, nunca restringindo-se a apenas

um dos fatores presentes. O exame físico, neuropsicomotor e de consciência são de extrema importância ante crise, mas outras ferramentas também devem ser utilizadas nesta prática, como um estudo contínuo, um pensamento crítico e uma clínica ampliada, voltada sempre a totalidade do paciente, com olhares atentos a produção de novos sentidos, a partir das transformações dos modos de definir e intervir diante da –situação de emergências psiquiátricas.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Santa Catarina, 2017.

ARROW K. **Uncertainty and the welfare economics of medical care**. American Economic Review v.53, n. 5, p. 89 - 121, 1963.

BARROS, J. A. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?** Saúde e Sociedade 11(1).67-82, 2002.

BIRMAN, J. **A Psiquiatria como Discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, p. 80, 1976.

BENNET, G. **The wound and the doctor: healing, technology and power in modern medicine**. London, Martin Seeker and Warburg, 1987.

BULECHEK, GM; BUTCHER, HK; DOCHTERMAN, JM. **Classificação das intervenções de Enfermagem**. 5 ed. RJ: Elsevier, 2010.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Original publicado em 1943).

CAMARGO JR, K. R. **As Armadilhas da “concepção Positiva de Saúde”**. PHYSIS: Saúde 39 Rev. NUFEN [online]. v.6, n.2, agosto-dezembro. Coletiva. Rio de Janeiro, 76 (I), p. 63-76,. 2013.

FELICIANO, K.V; KOVACS M,H; SARINHO S,W. **Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho** Instituto Materno Infantil de Medicina Integral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, 2008

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GONÇALVES, R.B.M. **O saber como tecnologia na produção de serviços de saúde: a epidemiologia e a clínica**. In Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MANDÚ, E.N.T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665-675, 2004.

MENDES, R.B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 209p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1996.

MINAYO, M. C.: **O Desafio do conhecimento: A Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Rio de Janeiro-São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

MOTTA, J.I.J.; BUSS, P.; NUNES, T.C.M. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde**. Disponível em http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma09.pdf. Acesso em 15 fev de 2018.

PEREIRA, M.E.C. Bleuer e a invenção da esquizofrenia. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 158-163, março de 2000.

PEREIRA, M. E. C; **A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise**. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2014.

ROSSETTI-FERREIRA, M.C. **Olhando a pessoa e seus outros, de perto e de longe, no antes, aqui e depois**. em: COLINVAUX, D.; LUCI, L.B.; DELL'AGLIO, D.D. Psicologia do desenvolvimento: teorias e pesquisas e aplicações. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 19-59, 2006.

ROTELLI F, LEONARDIS O, MAURI D, RISIO C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 2005.

SARACENO, B. ASIOLI, F. TOGNONI, G. **Manual de Saúde Mental**. Editora HUCITEC, 2007.

SCHWIDERSKI, AC. TCHAIKOVSKI O, MANZARRA, S. **Protocolo de procedimentos de contenção mecânica**. HCAB-2012. 2013.

SHORTER, E. **Doctors and their patients: a social history**. Transaction, New Brunswick, 1999.

SOUZA, PH. **Emergência psiquiátrica: contexto, condutas, escuta e compreensão para um atendimento diferenciado**. Hospital Municipal Irmã Dulce. São Paulo, 2013.

SPINK, MJ. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

STERIAN, A. **Emergências Psiquiátricas. Clínica Psicanalítica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2006.

VARELA, F. J. **The reenchantment of the concrete**. In: FEHER, M. ed. Zone Incorporations. New York, 1991.

VENANCIO, AT. **A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à nova psiquiatria**. IMS-UERJ. Rio de Janeiro, 2007.

Contatos: morellirafa@gmail.com e eduardo.prado@mackenzie.br