

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

ADILSON GOMES DE CAMPOS

OS ATENDIMENTOS DE NATUREZA PSIQUIÁTRICA NO
SAMU-CUIABÁ, EM 2010

CUIABÁ/MT
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

**OS ATENDIMENTOS DE NATUREZA PSIQUIÁTRICA NO
SAMU-CUIABÁ, EM 2010**

ADILSON GOMES DE CAMPOS

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem sob a orientação da Dr.^a Alice G. Bottaro de Oliveira.

Área de concentração: Processos e práticas em saúde e enfermagem.

CUIABÁ
2012

FICHA CATALOGRÁFICA

C198a Campos, Adilson Gomes de.
Os atendimentos de natureza psiquiátricas no SAMU – Cuiabá, em 2010 /
Adilson Gomes de Campos. – 2012.
82 f. : il. color.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alice Guimarães Bottaro de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade
de Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração:
Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem, 2012.

Bibliografia: f. 72-77.
Inclui anexos.

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Saúde mental – Enfermagem. 3. SAMU –
Cuiabá (MT). 4. Serviços de Saúde de Emergência. I. Título.

CDU – 616.89-083

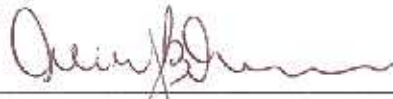
Ficha elaborada por: Rosângela Aparecida Vicente Söhn – CRB-1/931

FICHA DE APROVAÇÃO

ADILSON GOMES DE CAMPOS

Esta dissertação foi submetida a processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sendo aprovada na sua versão final em 16 de abril de 2012, segundo as normas da legislação vigente da UFMT e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:



Dr.ª Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

Presidente (Orientadora)



Dr.ª Rosiani Boamonte Ribeiro de Castro
Membro Efetivo



Dr. José Roberto Temponi de Oliveira
Membro Efetivo



Dr.ª Samira Reschetti Marcon
Membro Suplente

**Cuiabá
2012**

DEDICATÓRIA

À minha mãe “**Chiquinha**” que com amor e carinho sempre me incentivou, e dedicou com muito sacrifício parte de sua história para que eu adquirisse o conhecimento que tenho e me instruiu a ser a pessoa que hoje sou.

À minha esposa Redjane Laura pela compreensão e incentivo, principalmente nos períodos de dificuldades e paciência nas minhas ausências.

À minha filha Ziane que é a razão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelas benções recebidas

Ao meu pai e irmãos pelo incentivo, apoio e carinho.

À minha orientadora Prof.^a Dr^a Alice G. Bottaro de Oliveira que com sabedoria e paciência me conduziu pelo caminho certo, diante das minhas limitações e dificuldades encontradas no decorrer deste trabalho.

Aos Professores Doutores José Roberto Temponi de Oliveira, Rosiani de Cássia Boamorte Ribeiro de Castro e Samira Reschetti Marcon pela competente contribuição neste trabalho.

A todas as colegas do mestrado pelo apoio e companheirismo em especial à Cintia e Claudia.

Aos demais professores e secretária do programa pelo incentivo e competente contribuição para a manutenção deste Programa de Pós-Graduação que ocupa um relevante papel acadêmico e social em nosso Estado.

Ao governo do Estado de Mato Grosso pela minha liberação para esta qualificação profissional.

“Apenas nas crises atingimos as nossas profundezas”

Cesare Pavese.

RESUMO

CAMPOS, A.G. **Os atendimentos de natureza psiquiátrica no Samu-Cuiabá, em 2010**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá.

Orientadora: Dr.^a Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem como finalidade atender às urgências e emergências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, pediátricas e psiquiátricas. Este serviço possui dois tipos de unidades de resgate: unidade de suporte básico (USB) e unidade de suporte avançado (USA); cada uma possui equipe e veículos diferenciados para a prestação de assistência de menor ou maior complexidade. Por ser o SAMU um serviço pré-hospitalar recente em Mato Grosso, ainda são escassos os estudos sobre sua atuação nos atendimentos às emergências psiquiátricas. O objetivo do estudo foi caracterizar os atendimentos de natureza psiquiátrica atendidos pelo SAMU-Cuiabá, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2010. Especificamente, identificar os usuários atendidos quanto ao sexo e faixa etária; o diagnóstico; o exame neurológico; as principais queixas e sintomas e a terapêutica medicamentosa utilizada; a área geográfica onde ocorreu o chamado; e descrever a dinâmica do atendimento: o tempo despendido, unidade acionada e destino do paciente. Trata-se de um estudo Transversal Retrospectivo descritivo, cuja fonte foi os registros de atendimentos do SAMU. Os dados foram submetidos ao tratamento estatístico pelo Programa *Statistical Package for the Social Sciences* – (SPSS), Versão 17, e ao teste *t-Student* para comparação de médias e as comparações múltiplas entre as regiões foram feitas pelo teste de *Dunnett*. Adotou-se o nível de significância de 5% para todas as análises. A população do estudo foram os atendimentos de natureza psiquiátrica que ocorreram no período de janeiro a dezembro de 2010, registrados na Ficha de Atendimento Individual Médico e de Enfermagem. Houve 713 registros de atendimento, representando 3,7% do total de ocorrências. As USB foram acionadas em 86,2% dos atendimentos e as USA em 13,6%. Predominou o sexo masculino (53,0%) e a faixa etária de 18 a 41 anos (59,4%). Mesmo não constando como categorias diagnósticas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os termos “surto psicótico” e “surto psiquiátrico” foram os mais descritos como diagnósticos. Predominaram os encaminhamentos para o serviço de emergência psiquiátrica anexo ao hospital psiquiátrico (84,6%) e apenas 0,3% ao CAPS. Os medicamentos foram utilizados somente em 10,3% dos atendimentos. O tempo médio de atendimento **no local** das ocorrências foi de 14 minutos, é reduzido em relação às necessidades de abordagem adequada dos pacientes com transtorno mental. A polícia foi acionada como apoio em todos os atendimentos de natureza psiquiátrica. A qualidade dos registros, fonte secundária dos dados desta pesquisa foi a principal limitação do estudo. Conclui-se que houve avanços, mas há também necessidade de investimentos como a criação de um sistema de armazenamento de informação *online* das ocorrências, criação de protocolo de atendimentos nos quadros psiquiátricos, redimensionamento geográfico das unidades de resgate e capacitação das equipes, no intuito de aperfeiçoamento das práticas que valorizem as ações dos profissionais, principalmente enfermeiros em direção à assistência mais qualificada tecnicamente e menos repressiva.

Palavras-chave: Serviços de Saúde de Emergência; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

CAMPOS, A.G. **The nature of psychiatric care in Samu-Cuiabá, in 2010.** Dissertation (Master's in Nursing) – Graduate Course in Nursing, UFMT, Cuiabá.

Advisor: Dr.^a Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

The Service Mobile Emergency Care (EMS- SAMU) aims to meet the urgent and emergency medical, surgical, gynecological, obstetric, pediatric and psychiatric. This service has two types of rescue units: basic support unit (USB) drive and advanced support (USA), each has a different staff and vehicles to provide assistance to a greater or lesser complexity. Because SAMU is a recent pre-hospital in Mato Grosso, are still few studies of its role in the psychiatric emergency care. The study objectives were to characterize the nature of psychiatric consultations attended by SAMU-Cuiabá, from January 1 to December 31, 2010. Specifically, identify the users served by gender and age, diagnosis, neurological examination, the main complaints and symptoms and drug therapy used, the geographical area where the call occurred, and describe the dynamics of care: the time spent, unit thrown and the destination of the patient. This is a retrospective transversal study, whose source was the records of visits to the SAMU. The data were subjected to statistical analysis by the program Statistical Package for Social Sciences – (SPSS) Version 17, and the t-Student test to compare means and multiple comparisons between regions were made by Dunnett's test. It was adopted a significance level of 5% for all analysis. The study population were of psychiatric care that occurred during the period January to December 2010, registered on Form Individual Medical Care and Nursing. There were 713 records of attendance, representing 3.7% in the total occurrences. The USB were activated in 86.2% of cases and 13.6% in USA. Mainly males (53.0%) and aged 18-41 years (59.4%). Even as diagnostic categories do not appear in the International Classification of Diseases (ICD-10), the terms "psychotic" and "mental outbreak" were described as the most diagnostic. Predominant referrals to the psychiatric emergency service attached to the psychiatric hospital (84.6%) and only 0.3% in CAPS. The drugs were used in only 10.3% of patients. The average attendance at the site of occurrence was 14 minutes, is reduced in relation to address adequately the needs of patients with mental disorders. Police were called to support in all of psychiatric care. The quality of records, secondary source of data for this research was the main limitation of the study. It is concluded that there was progress, but there is also need for investment and the creation of an information storage system of online events, create protocol psychiatric services at, resizing geographical units and training of rescue teams in order to improvement of practices that enhance the actions of professionals, specially nurses toward the technically more qualified and less repressive.

Keywords: Emergency Health Services, Mental Health, Psychiatric Nursing.

RESUMÉN

CAMPOS, A.G. **La naturaleza de la asistencia psiquiátrica en el Samu-Cuiabá, en el año 2010.** Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de PostGrado en Enfermería, UFMT, Cuiabá.

Asesor: Dr.^a Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

El Servicio de Respuesta Móvil de Emergencia (SAMU) tiene como objetivo satisfacer las clínicas de urgencias e emergencias, quirúrgica, ginecológica, pediátrica y psiquiátrica. Este servicio tiene dos tipos de unidades de rescate: unidad de apoyo básico (USB) y la unidad de un mayor apoyo (USA); cada uno tiene diferentes miembros del personal y los vehículos para prestar asistencia a un mayor o menor complejidad. El SAMU es un reciente servicio pré-hospitalar en Mato Grosso y por eso, son pocos los estudios todavía de su papel en la atención psiquiátrica de emergencia. Los objetivos del estudio fueron caracterizar la naturaleza de las consultas psiquiátricas atendidas por el SAMU-Cuiabá, a partir de 1 enero – 31 diciembre, 2010. En concreto, identificar a los usuarios atendidos por sexo y edad; el diagnóstico; el examen neurológico; las principales quejas y los síntomas y del tratamiento farmacológico; el área geográfica donde se produjo la llamada; y describir la dinámica de la atención: el tiempo empleado, unidad motriz y el destino del paciente. Este es un estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal, cuya fuente fue los registros de las visitas a SAMU. Los datos fueron sometidos a tratamiento estadístico por el Programa *Statistical Package for the Social Sciences* – (SPSS), Versión 17, y la prueba *t-Student* para la comparación de los medios y las comparaciones múltiples entre regiones se hicieron mediante la prueba de *Dunnett*. El nivel de significancia el 5% ($p < 0,05$) para todos los análisis. La población de estudio fue de la atención psiquiátrica que se produjo durante el período de enero-diciembre 2010, registradas en el Formulario Individual de Atención Médica y de Enfermería. Había 713 registros de asistencia, lo que representa 3,7% del total de las ocurrencias. Las USB fueron llamadas en el 86,2% de los casos y las USA en el 13,6%. Predominó el sexo masculino (53,0%) y de edad 18-41 años (59,4%). A pesar de que las categorías diagnósticas Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-10), los términos “psicótico” y “brote mental” se describe como la mayoría de los diagnósticos. Las referencias predominantes en el servicio de urgencias psiquiátricas adjunta en el hospital psiquiátrico (84,6%) y solo 0,3% en el CAPS. Los medicamentos fueron utilizados solamente en el 10,3% de las asistencias. El tiempo promedio de servicio de los casos fue de 14 minutos, se reduce en relación a abordar de manera adecuada las necesidades de los pacientes con trastornos mentales. La policía fue llamada a apoyar en todo lo de la atención psiquiátrica. La calidad de los registros, fuente secundaria de datos para esta investigación fue la principal limitación del estudio. Se concluye que hubo un progreso, pero también es necesario para la inversión y la creación de un sistema de almacenamiento de información de eventos *online*, crear la atención psiquiátrica en el protocolo, cambiar el tamaño de las unidades geográficas y la capacitación de los equipos de rescate, con el fin de mejorar las prácticas que mejoran la actuación de los profesionales, especialmente los enfermeros hacia el técnico más cualificado y menos represiva.

Palabras clave: Servicios de Emergencia de Salud; Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo unidade de resgate. Cuiabá-MT, no ano de 2010.....	41
TABELA 2 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo meses do ano. Cuiabá-MT, no ano de 2010.	45
TABELA 3 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo dia da semana. Cuiabá-MT, no ano de 2010.	46
TABELA 4 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo faixa etária e sexo. Cuiabá-MT, no ano de 2010.....	48
TABELA 5 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo faixa etária Cuiabá-MT, no ano de 2010.	49
TABELA 6 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo diagnósticos. Cuiabá-MT, no ano de 2010.....	50
TABELA 7 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo diagnóstico e unidade de resgate. Cuiabá-MT, no ano de 2010.	51
TABELA 8 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo exame neurológico. Cuiabá-MT, no ano de 2010.	53
TABELA 9 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo principais queixas e sintomas. Cuiabá-MT, no ano 2010	54
TABELA 10 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo grupos psicofármacos. Cuiabá-MT, no ano de 2010	55
TABELA 11 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo unidade de resgate e grupos psicofármacos. Cuiabá-MT, no ano de 2010.....	56
TABELA 12 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo as regiões do município Cuiabá e Várzea- Grande MT, no ano de 2010.	57
TABELA 13 - Descrição das regiões e resultados do teste de comparação das médias entre o tempo gasto de chegada na ocorrência, preconizado pelo Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS, 2007), atendidas pelo SAMU-Cuiabá no ano de 2010.....	60
TABELA 14 - Comparações múltiplas para as médias de tempo entre as regiões.	61

TABELA 15 – Tempo despendido nas ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo a ação, no ano de 201062

TABELA 16 – Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo o tempo médio despendido no atendimento por unidade de resgate. Cuiabá-MT, no ano de 201062

TABELA 17 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo destino do paciente. Cuiabá-MT, no ano de 2010.....67

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Municípios que compõem o SAMU-Cuiabá e sua área de abrangência em Cuiabá-MT, no ano de 2010.....	33
FIGURA 2 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo a natureza de ocorrência. Cuiabá-MT, no ano de 2010.	39
FIGURA 3 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo período/horário. Cuiabá-MT, no ano de 2010.	46
FIGURA 4 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo sexo. Cuiabá-MT, no ano de 2010.	47
FIGURA 5 - Divisão do município de Cuiabá por região e a localização das unidades de resgate em Cuiabá-MT, no ano de 2010.	58
FIGURA 6 - Divisão do município de Várzea Grande por região e a localização das unidades de resgate em Cuiabá-MT, no ano de 2010.	59

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - Planilha dos registros de atendimentos de natureza psiquiátrica do SAMU-Cuiabá 2010.	78
ANEXO 1 - Ficha de atendimento médico e de enfermagem	79
ANEXO 2 - Cadastro manual de pacientes	80
ANEXO 3 - Ficha de estatística mensal - SAMU	81
ANEXO 4 - Parecer da Comissão de Ética nº989/CEP- HUJM/11	82

LISTA DE SIGLAS

ACLS: Advanced Cardiac Life Support

APH: Atendimento Pré-Hospitalar

ATLS: Advanced Trauma Life Support

BLS: Basic Life Support

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CBMRJ: Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro

CEP: Comitê de Ética na Pesquisa

NESM-MT: Núcleo de Estudos em Saúde Mental da Universidade Federal de Mato Grosso

NEU: Núcleo de Estudos das Urgências

PALS: Pediatric Advanced Life Support

PHTLS: Pre hospital Trauma Life Support

SAMDU: Atendimento Médico Domiciliar de Urgência

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIATE: Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência

SUS: Sistema Único de Saúde

TARM: Técnico Auxiliar de Regulação Médica

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

USA : Unidade de Suporte Avançado

USB: Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
ABSTRACT	vii
RESUMEN	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS	xii
LISTA DE SIGLAS	xiii
1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	20
2.1 GERAL	20
2.2 ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E CRISE NO CAMPO PSIQUIÁTRICO	21
3.2 O SAMU E OS ATENDIMENTOS DE NATUREZA PSIQUIÁTRICA.....	23
3.3 O ENFERMEIRO E OS ATENDIMENTOS DE NATUREZA PSIQUIÁTRICA NO SAMU	29
4 MATERIAL E MÉTODOS	32
4.1 TIPO DE ESTUDO	32
4.2 LOCAL DO ESTUDO	32
4.2.1 População do Estudo	33
4.2.2 Critério de Inclusão.....	33
4.3 COLETA DE DADOS	34
4.3.1 Instrumentos de Coleta de Dados	34
4.3.2 Definição das Variáveis	35
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
5.1 O CONTEXTO DOS DADOS COLETADOS	37
5.2 OS ATENDIMENTOS DE NATUREZA PSIQUIÁTRICA NO SAMU-CUIABÁ ..	39
5.3 A POPULAÇÃO ATENDIDA NO SAMU-CUIABÁ	47
5.4 A DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS DO SAMU-CUIABÁ, NO CONTEXTO GEOGRÁFICO	56
5.5 A DINÂMICA DE ATENDIMENTO DAS OCORRÊNCIAS DE NATUREZA PSIQUIÁTRICA NO SAMU-CUIABÁ	61
CONCLUSÕES	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
APÊNDICE	78
ANEXOS	79

1 INTRODUÇÃO

Como enfermeiro assistencial no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) por mais de seis anos, fizemos parte de sua implantação e, nos últimos tempos, sentimos a necessidade de refletir sobre alguns aspectos desse atendimento, especialmente aqueles cuidados prestados aos portadores de transtornos psíquicos, à luz do conhecimento científico, de modo a subsidiar possíveis mudanças na prática assistencial.

Nessa trajetória de trabalho no SAMU-Cuiabá, a motivação para realizar este estudo surgiu após inquietações, reflexões e interesse em conhecer como são realizados os atendimentos de natureza psiquiátrica pelas equipes. Isto nos levou a refletir sobre os perfis epidemiológicos desses atendimentos, as práticas implementadas pela equipe na abordagem destes, e sua relação com a Reforma Psiquiátrica.

A rede nacional SAMU possui 147 serviços. Nela, são atendidos 1.273 municípios, totalizando 112.546.443 milhões de pessoas, estando presente em 26 capitais brasileiras (BRASIL, 2010b).

Essa rede nacional de atendimento às urgências e emergências teve início com a edição da Portaria GM/MS 2048 de 5 de novembro de 2002, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002a).

Tal Regulamento Técnico resultou na instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências em todos os estados e municípios, por meio da Portaria GM/MS 1863 de 29 de novembro de 2003, na qual o Artigo 2º § 1 menciona a organização do SAMU de maneira a “garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios)” (BRASIL, 2003 p.2). Pela primeira vez ao longo da história da atenção à saúde, menciona-se o atendimento às urgências psiquiátricas como responsabilidade de um serviço geral de emergência.

Em Mato Grosso, até 2004, os atendimentos às urgências eram realizados exclusivamente pelo Corpo de Bombeiros através do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), da Companhia de Urgência e

Resgate a Acidentados. No final de 2004 tiveram início as atividades do SAMU-Cuiabá, em parceria com o SIATE. Esse funcionamento conjunto aos atendimentos de urgências e emergências se deu até 2007, quando o SAMU desvinculou-se da parceria com o SIATE, assumindo todos os serviços de urgências e emergências do estado (FIGUEIREDO; COSTA, 2009).

A habilitação do “SAMU 192 do Estado de Mato Grosso” deu-se com a edição da Portaria GM/MS 2300 de 18 de Setembro de 2007, de acordo com as estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2007).

O SAMU tem como característica específica o atendimento pré-hospitalar na modalidade atendimento móvel e possui dois tipos de unidades de resgate: Básica e Avançada. Cada uma delas possui equipe e veículos diferenciados para a prestação de assistência (BRASIL, 2003).

As **unidades de Suporte Básico** (USB) se compõem de condutor socorrista e dois técnicos de enfermagem e o veículo/ambulância dispõe de equipamentos e materiais para cuidados básicos como punção venosa, oxigênio terapia, entre outros. As **unidades de Suporte Avançado** (USA) são compostas por condutor socorrista, um médico e um enfermeiro, dispondo o veículo/ambulância de equipamentos para procedimentos de maior complexidade, inclusive pequenas cirurgias (BRASIL, 2003).

Em relação aos tipos de ocorrências, as USB se deslocam para as de menor gravidade e com vítima estável, e outras que apresentem risco de morte são atendidas pela USA. As chamadas do socorro móvel são solicitadas gratuitamente pelo telefone 192 de qualquer terminal telefônico. A ligação é recebida por atendentes da central de regulação, que identificam a emergência e a transferem para o médico regulador, que faz o diagnóstico da situação e classifica a urgência, definindo, assim, o recurso necessário ao atendimento. A intervenção pode ocorrer através de uma orientação ao paciente, via telefone, ou até de envio ao local da ocorrência de uma USB ou USA (BRASIL, 2003).

Em nossa prática, observamos que o SAMU, mesmo tendo a responsabilidade pelo atendimento de natureza psiquiátrica, o faz desde o início de sua implantação, até hoje, associado à Polícia Militar. Também observamos que esses atendimentos são, em sua maioria, originados por agressividade ou risco de morte a si e a outros. Ao atender a um chamado de paciente psiquiátrico, o médico regulador aciona a USB ou USA, sendo de rotina a equipe do SAMU solicitar a

presença da Polícia Militar no local da ocorrência, caso a família do paciente ainda não o tenha feito.

A realidade brasileira, segundo Marcolan (2004), é que nos serviços de emergências as condições existentes são desfavoráveis à prestação da assistência nestas situações, há um despreparo da equipe de enfermagem para atender o portador de transtorno mental, tanto nos serviços de Pronto Socorro como no atendimento pré-hospitalar.

Empiricamente, observamos que o atendimento a situações psiquiátricas na Central de Regulação, geralmente resulta no encaminhamento de uma USB, encarregada, prioritariamente, de referenciar o paciente a um serviço especializado, independente da gravidade ou complexidade da situação. E, conforme descrito anteriormente, essas unidades não dispõem de enfermeiro e médico.

Diante da situação de despreparo da equipe do SAMU, reconhecida pelos profissionais em sua prática cotidiana e em estudos (MARCOLAN, 2004), a Política Nacional de Urgências disponibiliza e prevê recursos específicos para a capacitação e atualização dos profissionais, por meio do Núcleo de Estudos das Urgências (NEU) que tem como objetivo treinar sistematicamente os profissionais para atuar em todas as situações de urgências e emergências (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, o Núcleo de Estudos em Saúde Mental da Universidade Federal de Mato Grosso (NESM-MT) realizou, em 2008, um curso de capacitação em atendimentos de emergências psiquiátricas para todos os profissionais do SAMU-Cuiabá; 160 profissionais participaram do treinamento de 40 horas, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, bombeiros e condutores.

Observamos em nossa prática diária que, mesmo tendo os profissionais do SAMU-Cuiabá recebido esta capacitação, ao depararmos com pacientes psiquiátricos, continuávamos encontrando dificuldades na avaliação do problema apresentado e no manejo adequado. Concordamos com Figueiredo e Costa (2009), quando afirmam que as principais dificuldades das equipes de saúde em assistir uma pessoa em situação de emergência se devem à realização de procedimentos fora do ambiente hospitalar, as condições estressantes pelo fato de o atendimento acontecer nas proximidades dos locais de ocorrência de eventos violentos, ao contato direto com a comunidade e familiares das vítimas, à assistência em espaços restritos e ao trabalho em equipe com profissionais de outras áreas.

Além desses fatores apontados pelas autoras, nos atendimentos psiquiátricos observamos também a inexperiência dos profissionais e alguns preconceitos relacionados aos doentes mentais a exemplo da realização dos atendimentos psiquiátricos, cotidianamente, na presença conjunta da polícia militar. Consideramos que, apesar do avanço já conquistado rumo à construção da reforma psiquiátrica, como a da inclusão dos atendimentos psiquiátricos na rede SAMU, a assistência à saúde realizada em conjunto com a instituição que cuida da segurança pública, mostram quanto ainda é necessário avançar, pois ainda temos uma conduta assistencial marcada pela segregação histórica dos doentes mentais, mantendo e reproduzindo o princípio da periculosidade deles na sociedade (AMARANTE, 2007).

Por ser o SAMU um serviço pré-hospitalar historicamente recente no Brasil e em especial em Mato Grosso, ainda são escassas as discussões sobre a atuação dos profissionais da equipe nos atendimentos às emergências psiquiátricas, e isso tem refletido na prática destes profissionais não só em nosso Estado, mas em quase todos os Serviços de Emergências. Para Jardim; Dimenstein (2007) que estudaram os serviços de urgência psiquiátrica no Nordeste Brasileiro, os profissionais desses serviços utilizam, predominantemente, procedimentos que trazem a marca dos hospitais psiquiátricos e seus métodos de abordagem, como a imobilização mecânica que torna, neste enfoque, o auxílio da força policial indispensável em quaisquer situações de crise.

Desta forma, este trabalho tem por objeto os atendimentos de natureza psiquiátrica ocorridos no ano de 2010 no SAMU-Cuiabá, na qual buscar-se-á responder às seguintes indagações: quais as principais queixas e sintomas encontrados nos atendimentos de natureza psiquiátrica? Esses atendimentos foram realizados por unidade de Suporte Básico ou Avançado? Como estão distribuídos geograficamente esses atendimentos? Em quais períodos eles ocorrem? Quais as terapêuticas farmacológicas realizadas? Como está distribuída a clientela atendida por faixa etária e sexo? Qual é o encaminhamento dos atendimentos psiquiátricos, e qual foi sua dinâmica? Esta pesquisa possibilitará melhor compreensão do tema “psiquiátrico” pelos enfermeiros de serviços de emergência, devido à escassez de produção científica com que nos deparamos sobre psiquiatria em serviço de atendimento pré-hospitalar (SAMU).

Seus resultados são relevantes ao sistema de informação do SAMU, que ainda não é padronizado, podendo apontar sugestões de mudanças que valorizem as ações dos profissionais, principalmente enfermeiros.

Considerando que os estudos quantitativos fornecem um panorama do problema investigado, os achados podem subsidiar ações de planejamento, definir estratégias, viabilizar protocolos de atendimento à saúde mental, além de apontar desafios e possibilidades da equipe nesse contexto, bem como consolidar a Política Nacional de Atenção às Urgências em nossa região.

Nesse sentido, pode-se considerar este trabalho como um estudo de avaliação, ainda que parcial e focado (limitado). Contandriopoulos (1998) afirma ser um desafio conceber e implantar uma cultura de avaliação e mostra que a mesma é um instrumento para melhorar o sistema de saúde. Avaliação implica, antes de tudo, questionar a capacidade de produzir informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS.

Dentre as contribuições deste estudo, destaca-se a possibilidade da construção de um banco de dados epidemiológicos sobre atendimentos aos portadores de transtornos mentais e o acesso aos serviços de saúde para seguimento na rede de saúde municipal. Acreditamos que os resultados desta pesquisa possam influenciar no planejamento de ações e de intervenções.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Caracterizar os atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo Samu-Cuiabá, por meio dos registros do serviço em Cuiabá-MT.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar a unidade acionada, os períodos em que ocorreram as emergências;
- Caracterizar os usuários atendidos quanto ao sexo e faixa etária, registrados nos atendimentos de natureza psiquiátrica;
- Identificar o diagnóstico, exame neurológico, as principais queixas e sintomas;
- Identificar a área geográfica onde ocorreu o chamado dos atendimentos de natureza psiquiátrica;
- Descrever a dinâmica do atendimento: o tempo dispendido, e o encaminhamento do paciente, registrados nos atendimentos de natureza psiquiátrica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E CRISE NO CAMPO PSIQUIÁTRICO

Para entendermos as urgências e/ou emergências psiquiátricas, será importante explorar o conceito de crise, pois é em seu ato que se desenvolvem os atendimentos considerados de urgência e/ou emergência psiquiátrica. As situações de estresse podem desencadear uma crise; as crises ocasionam um desequilíbrio, para o qual muitos indivíduos necessitam de ajuda para se recuperar (TOWNSEND, 2002).

Caplan (1964, *apud* Townsend, 2002, p.153) define crise como:

Desequilíbrio psicológico numa pessoa que se confronta com uma circunstância de risco, que constitui para ele um problema importante, do qual ele não pode no momento nem fugir nem resolver com os recursos habituais de resolução de problemas.

Na definição de Caplan (1980, *apud* Lara, 2006, p. 40) crises podem ser:

Mudanças agudas do padrão de comportamento que ocorrem de tempos em tempos no transcurso da vida de uma pessoa. Ela pode trazer ao indivíduo uma oportunidade de crescimento da personalidade ou um perigo de crescente vulnerabilidade ao distúrbio mental.

A palavra crise é também usada para descrever uma situação ou estado emocional. Crise é definida por Taylor (1992 p.371) como:

Um estado de desequilíbrio resultando da interação de um evento com os mecanismos de manejo do indivíduo ou da família, que são inadequados para atender as demandas da situação, combinado com a percepção da família ou do indivíduo sobre o significado do evento.

Ferigato; Campos; Ballarin (2007) definem crise como uma forma de reação e adaptação do sujeito frente a determinada situação inesperada ou esperada.

No contexto da saúde mental e na atenção psicossocial, a crise é compreendida como o resultado de uma série de fatores que, além da pessoa que a vivencia, envolve outras pessoas (AMARANTE, 2007).

Baldwin (1978, *apud* Townsend, 2002, p.155) seguindo uma ordem de gravidade, identificou seis classes de crises que progridem até desencadear uma

emergência psiquiátrica: Crises Disposicionais, Crises de Transições de Vida Esperadas, Crises Decorrentes de um Estresse Traumático, Crise de Maturação/Desenvolvimento, Crise Refletindo Psicopatologia e, por maior gravidade, as Emergências Psiquiátricas. Para o mesmo autor, em “situações de crise” o funcionamento geral é gravemente prejudicado e o indivíduo se torna incompetente ou incapaz de assumir responsabilidades pessoais. Ele traz como exemplos os casos de intoxicações por dose excessiva de drogas, reações a drogas alucinógenas, psicoses agudas, intoxicação alcoólica e pessoas com tendências suicidas agudas.

Emergência psiquiátrica para Smeltezer e Bare, (2002 p.1688) “é um distúrbio urgente e sério de comportamento, afeto ou pensamento, que torna o paciente incapaz de responder às situações de vida e às relações interpessoais”. Citamos como exemplos: indivíduos hiperativos ou violentos, hipoativos ou deprimidos, ou em atitude suicida.

Outros autores traduzem de forma mais simplificada a definição de emergência psiquiátrica: “é toda a situação em que o paciente corre risco de vida ou coloca a vida de outra pessoa em risco também”. O mesmo autor elenca as diversas formas e diferentes situações que a emergência pode apresentar, tais como: agitação delirante, agitação maníaca, depressão, agitação psicomotora e estupor catatônico (SOUSA, 2006, p. 55).

Figueiredo (2006), afirma que emergências médicas são situações que demandam intervenções imediatas, pois qualquer demora no atendimento aumenta potencialmente a gravidade do quadro, além de representar ameaça de vida do cliente ou complicações irreversíveis. Nesse exemplo, temos os quadros de disfunção cardiorrespiratória, choque grave, lesão da coluna cervical e traumatismos de múltiplos sistemas. Entende-se como urgência os casos em que as vítimas apresentam quadro clínico estável, porém requerem uma intervenção médica dentro de poucas horas. Não apresenta risco nem ameaça imediata para a vida e inclui a febre, pequenas queimaduras, pequenas lesões na musculatura esquelética, vertigens e lacerações.

Segundo Giglio-Jacquemot (2005, p. 20), o Dicionário Aurélio não traduz qualquer distinção entre urgência e emergência, as duas palavras são apresentadas como sinônimas. A urgência é *“definida como qualidade de urgente, é alguma coisa que exige uma ação rápida e indispensável, não aponta pra qualquer caráter de*

gravidade, de risco, de perigo". A emergência como "ação de emergir, é o acontecimento de alguma coisa séria, cuja aparição súbita causa ou ameaça perigo".

Quando relacionamos os conceitos de urgência e emergência com a psiquiatria, Ferigato; Campo; Ballarin (2007) afirmam a dificuldade das equipes que atendem a esses casos de se alinharem em um só conceito, pois esses casos não se mostram da mesma forma que as emergências clínicas ou traumáticas.

Por ter a emergência psiquiátrica características diferentes da emergência médica, na qual não há possibilidade de visualizar sinais palpáveis, Sarti (2005) os pacientes psiquiátricos não são levados a sério por muitos profissionais das especialidades clínicas e cirúrgicas nas situações de emergências sendo, muitas vezes, referidos com comentários jocosos.

Diante disso, é importante pensar sobre o significado de urgência e emergência em psiquiatria, para que possamos aplicar esforços necessários, técnicas de abordagens específicas e apropriadas, com a finalidade de amenizar ou cessar os sofrimentos desse sujeito em situações de crise, possibilitando acolhimento de acordo com as necessidades individuais.

Caldieraro; Spode e Fleck (2008, p.17), definem emergência psiquiátrica como "qualquer situação de natureza psiquiátrica em que existe um risco significativo (de morte ou injúria grave) para o paciente ou para outros, necessitando de uma intervenção terapêutica imediata."

Com uma compreensão mais adequada das situações de emergência em psiquiatria pela equipe do SAMU-Cuiabá, acreditamos ser possível rever e construir novas práticas de abordagem e desconstruir os termos e práticas impróprios usados pela equipe no momento de atender às chamadas de natureza psiquiátrica. O treinamento em 2008 foi uma introdução ao atendimento dessa demanda que requer ser continuado.

3.2 O SAMU E OS ATENDIMENTOS DE NATUREZA PSIQUIÁTRICA

Os números crescentes de acidentes e a violência urbana, nos últimos anos, são tratados por especialistas como um grande problema de saúde pública e que merecem destaque (FERNANDES, 2004).

Os atendimentos às urgências e emergências, no local das ocorrências, têm

sua história no cenário mundial das grandes guerras datadas do século XIII, quando os feridos eram transportados dos campos de batalhas em carroças com tração animal para serem atendidos em lugar seguro (RAMOS; SANNA, 2005).

Os primeiros registros aqui no Brasil são do ano de 1899, na cidade do Rio de Janeiro, quando o Corpo de Bombeiros Militar (CBMRJ) iniciou seus atendimentos fora do ambiente hospitalar. Na década de 60, o serviço de APH foi implantado através da política nacional, com a denominação de Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU), coordenado por um profissional médico ou um acadêmico de medicina (SILVA, 2008).

Fernandes (2004) descreve que o Estado do Rio de Janeiro foi o primeiro a investir nesse novo modelo de assistência (o atendimento pré-hospitalar), que serviu de modelo para os Estados do Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará.

A partir da década de 90, no Estado de São Paulo, o serviço pré-hospitalar teve início com o Sistema 192 e 193 – SAMU-Resgate com unidades de resgate básicas e avançadas. Nesse momento os enfermeiros foram inseridos na equipe pré-hospitalar nas unidades de resgate avançada (THOMAZ; LIMA, 2000).

Em Mato Grosso, a presença do enfermeiro no serviço APH ocorreu somente a partir de 2004, em concordância com as estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências (FIGUEIREDO; COSTA, 2009).

A implantação do SAMU no Estado se deu no ano de 2007, antes desse período o atendimento pré-hospitalar era realizado pelos bombeiros através do SIATE (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência). Este serviço estava a cargo da Secretaria Estadual de Segurança Pública em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, com a finalidade de sustentar o serviço pré-hospitalar. Sua implantação se deu sob a portaria MS/GM 2300/2007, que delimitava os municípios de sua área de abrangência: Cuiabá, Várzea Grande, Jangada, Nossa Senhora do Livramento e Santo Antonio do Leverger (FIGUEIREDO; COSTA, 2009).

O atendimento pré-hospitalar (APH) é recente no Brasil, e faz parte dos sistemas de serviços de urgências e emergências que foram implantados sob influência de dois modelos, o modelo americano e o francês, cada um com conceitos diferentes (FERNANDES, 2004).

No modelo de atendimento americano, o médico não faz parte da equipe

que presta o atendimento. No modelo francês, o serviço de resgate possui uma central de rede de comunicação e está baseado na regulação médica, o profissional médico faz parte da equipe que presta o atendimento (SILVA, 2008).

No modelo americano, a ideia de atendimento é transportar as vítimas do local do acidente, onde é dado um atendimento inicial de forma rápida e eficiente para um local de atendimento definitivo sem a presença do profissional médico. Os atendimentos das ocorrências são realizados por técnicos em emergências médicas (paramédicos), que atuam através de protocolos médicos, executando limitados procedimentos invasivos (SCARPELINI, 2007).

Para Scarpelini (2007) o modelo dos serviços pré-hospitalares brasileiro, quanto aos aspectos geográficos e organizacionais, foi fortemente influenciado pelo modelo francês. Neste, o médico está diretamente envolvido na conduta da equipe e toda a dinâmica do atendimento é conduzida por ele numa central médica de regulação, onde interage, no momento do atendimento, com a equipe que está prestando o socorro e mobiliza esse atendimento ao hospital de referência mais adequado.

No SAMU brasileiro as práticas assistenciais e operacionais, ou seja, os programas de atualização e capacitação apropriaram-se como referência do modelo americano, a exemplo dos cursos de atualizações como; o *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, o *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, o *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*, o *Basic Life Support (BLS)* e a especialidade de emergências médicas (SANTOS *et al*, 2003).

Entendemos que o modelo de atendimento pré-hospitalar (APH) adotado pelo SAMU brasileiro pode ser o que mais se aproxima da assistência preconizada à pessoa em sofrimento psíquico que a Reforma Psiquiátrica discute e defende, por se tratar de um serviço com equipe multiprofissional. Com essas duas modalidades de Unidade de Resgate, básica e avançada, supõe-se que esses atendimentos psiquiátricos possam ser mais bem assistidos de acordo com sua complexidade e especificidade.

Para retratarmos como ocorrem os cuidados prestados nos serviços de saúde aos portadores de transtornos mentais, buscaremos elencar alguns estudos e dados estatísticos que demonstram a realidade brasileira e as necessidades de investirmos esforços para aprimorá-la.

No Brasil, aproximadamente 3% da população necessita de cuidados

contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). Estima-se que 10 a 12% precisam de cuidados em saúde mental em nível de atenção primária, na forma de consulta, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem (BRASIL, 2005).

Teixeira; Luiz (1997) observaram em seu estudo sobre a frequência dos diagnósticos psiquiátricos num hospital-escola, que aproximadamente um quarto da população atendida no setor de Urgências Psiquiátricas no Hospital de Ribeirão Preto era de adolescentes, cujos diagnósticos psiquiátricos mais frequentes foram Transtornos Neuróticos, Psicose Esquizofrênica e os quadros relacionados a álcool e drogas. Em relação ao sexo, predominaram entre as mulheres os Transtornos Neuróticos, Suicídio e Lesões Auto-Infligidas e Psicose Esquizofrênica. No masculino, sobressaíram-se os quadros relacionados a Álcool e Drogas, Psicose Esquizofrênica e Transtornos Neuróticos.

Estudo no serviço de Pronto Socorro de Saúde Mental do Hospital Santa Casa em São Paulo, no ano de 1997, que investigou o uso do serviço de emergência pela população idosa revelou que o diagnóstico sintomático mais comum foi transtorno do humor (40,0%), sendo duas vezes mais frequente no sexo feminino. A síndrome de demência comum nessa faixa etária é mais frequente entre os homens, atingiu 75% dos casos. Outros diagnósticos frequentes foram transtornos ansiosos (15,4%), esquizofrênicos (14,4%), alcoolismo (4,1%), e abuso de sedativos (2,6%). Do total dos atendimentos nesse serviço de emergência psiquiátrica 7,3% foram destinados a pacientes idosos, como reflexão o autor afirma que os serviços de emergências em saúde mental devem estar preparados para receber essa clientela que cresce a cada ano com o envelhecimento populacional (ALMEIDA, 1999).

Pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sobre os atendimentos de emergências psiquiátricas realizados pelo SAMU, na cidade de Marília, interior do Estado, concluiu que 16% do total das ocorrências atendidas em um ano referiam-se a casos de pacientes com distúrbios mentais ou de comportamento, perdendo somente para causas externas que correspondiam a 20% do total de atendimentos (LARANJEIRA, 2006).

Para Kaplan *et al* (2007) os serviços de emergências psiquiátricas são usados igualmente por homens e mulheres, os atendimentos acontecem

independentemente do dia da semana ou meses do ano, sendo atendido o maior número de pessoas solteiras que de casadas. Eles afirmam que nos serviços especializados de emergência em saúde mental, estima-se que em torno de 20% dos pacientes atendidos são suicidas e somente 10% apresentam comportamento agressivo. Os diagnósticos mais comuns envolvem transtornos de humor, depressão, mania, esquizofrenia e dependência de álcool.

Em relação aos locais de ocorrência das emergências psiquiátricas Estelmhsts *et al*, (2008), apontam que elas podem acontecer em todos os níveis de atenção à saúde ou convívio social.

Sousa (2010) apontou em seu estudo realizado no SAMU-CUIABÁ no ano de 2009, que os atendimentos de natureza psiquiátrica ficaram em segundo lugar no total dos atendimentos das emergências clínicas com um percentual de 10,25%, e foi o quarto tipo de ocorrência que mais solicitou a presença do SAMU nesse período. O mesmo estudo revelou que 61,09% dos atendimentos realizados pelo serviço são de natureza traumática, com destaque para os acidentes motociclísticos que lideram os números de atendimentos.

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) impõe mudanças no modelo assistencial de saúde mental, redimensionando a Reforma Psiquiátrica no Brasil (RIBAS; BORENSTEIN; PADILHA, 2007).

Farah e Barboza (2000) afirmam que em 1989 é que ocorre um incentivo à discussão sobre a loucura em todo o país, a partir do Projeto-Lei 3.657/89, que apóia a redução do número de leitos psiquiátricos, o tempo de permanência hospitalar e o número de internações o que gerou aumento no número de altas hospitalares, de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centro de convivência, entre outros tipos de atendimento, dentre os quais, mais recentemente, incluiu-se o Centro de Atenção Psicossocial- CAPS.

A Lei Federal Nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, significou momento marcante para a história desta no país. O Movimento da Reforma Psiquiátrica traz uma nova concepção da loucura, em que se pode pensar em um lugar novo para as pessoas em sofrimento psíquico, um espaço de cuidado e de atenção (BRASIL, 2002b).

A saúde mental no Brasil vivencia expressivo processo de transformação, no qual o portador de transtorno mental conseguiu conquistar o status de sujeito

político e social como resultado do movimento de reforma psiquiátrica que não se reduziu a mudanças no âmbito técnico e administrativo dos serviços, provocando questionamentos e reflexões acerca da abordagem psiquiátrica, culminando com a ampliação do seu objeto de intervenção, agora não exclusivamente a doença mental e, sim, um sujeito social, protagonista e cidadão (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo de atendimento da Reforma Psiquiátrica trata da reorientação da Assistência em Saúde Mental baseada nos princípios do SUS, principalmente naqueles que dizem respeito à assistência de forma integral ao doente mental. Essa prática de assistência redimensionou o tratamento da doença e o doente mental passa ser visto como um *sujeito* pró-ativo no seu contexto social e familiar. Ele foi novamente acolhido não para dentro de uma unidade hospitalar, mas esse *sujeito* possui agora uma casa, um endereço, está inserido em um território. O *indivíduo* com sofrimento mental passa de objeto de estudo, definido pelo modelo asilar para *sujeito* de mudanças no molde psicossocial (AMARANTE, 2007).

A assistência psiquiátrica nos moldes da Reforma Psiquiátrica, para atender de forma integral, necessita de outros serviços e, para tal, deve-se criar uma rede de atendimento em todos os níveis de atenção para os portadores de transtornos mentais. Esta rede pode ser constituída tanto na Atenção Primária (Programa de Saúde da Família), articulação da assistência ao paciente na atenção secundária (CAPS, Centros de Saúde Mental, quando fora da crise) Prontos-Socorros e SAMU, quando necessário, como também em outros setores sociais, criando vínculos (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Essa reorientação da assistência trouxe como necessidade a reorganização dos serviços assistenciais aos portadores de sofrimentos psíquicos, fazendo-se necessárias novas modalidades de serviços como hospital-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidade de internação psiquiátrica em hospital geral (UIPHG), entre outros (AMARANTE 2007).

O CAPS foi concebido como estratégia de reorientação da assistência e funciona como articulador da rede de atenção à saúde mental, contribuindo, significativamente, para a melhoria da assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico (BRASIL, 1992).

Nesse contexto Oliveira; Vieira e Andrade (2006), afirmam que o campo da saúde mental deve contemplar os diversos saberes e práticas para a construção de um plano terapêutico socialmente referenciado e construído para possibilitar a

reabilitação e a reintegração social das pessoas em sofrimento mental.

A Portaria GM/MS 1863 de 29 de setembro de 2003 que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências em todas as unidades federadas, estabelece que os sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais devem ser organizados de forma que permitam: garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios) (BRASIL, 2003).

A partir desta política, se implantou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) modalidade de atendimento que tem sido vista como um dos serviços substitutivos para os atendimentos das emergências psiquiátricas, pois no modelo tradicional esta prática era realizada pelos profissionais militares (bombeiros e policiais), desqualificados e despreparados para este serviço de cunho técnico - científico exclusivo para os profissionais da saúde.

3.3 O ENFERMEIRO E OS ATENDIMENTOS DE NATUREZA PSIQUIÁTRICA NO SAMU

No Brasil, nos últimos anos, devido à influência dos modelos assistenciais dos serviços pré-hospitalares de outros países deu-se início a implantação do SAMU em muitas capitais com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por trauma e outras causas externas decorrentes do crescimento populacional e aumento de aglomerados centros urbanos (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006).

Para Bueno; Bernardes (2010) os serviços pré-hospitalares tornaram-se essenciais para atender a essas demandas, tendo esse modelo de atendimento tem dado suporte para os serviços hospitalares de urgências e emergências e muitos profissionais de enfermagem foram absorvidos por essa nova modalidade de assistência.

Para atuar nesse serviço, os perfis dos profissionais devem ser diferenciados, porque os serviços pré-hospitalares exigem do profissional algumas especificidades: possuir formação e experiência profissional, extrema competência, habilidade prática, capacidade de lidar com estresse, tomar decisões rapidamente, definir prioridades, saber se relacionar e trabalhar em equipe. Faz-se necessário que

este profissional utilize diversas ferramentas de apoio para que seus cuidados aos indivíduos em situação crítica de saúde não se realizem de forma mecânica e tenha disponibilidade para a capacitação periódica (THOMAZ; LIMA, 2000; BUENO; BERNARDES, 2010).

Autores como Marcolan (2004), descrevem que muitos profissionais de enfermagem e outros dos serviços de emergências pré-hospitalar móvel e fixo, ainda apresentam muitas dificuldades para atender às emergências psiquiátricas, agem de forma inadequada ao prestar cuidado ao paciente com alterações psiquiátricas, e por esse despreparo técnico científico são encorajados a se livrar o mais rápido possível desse paciente, desempenhando uma assistência desqualificada e ineficiente do ponto de vista terapêutico.

Em nosso cotidiano vivenciamos esta dificuldade quando prestamos assistência a portadores de transtornos psiquiátricos, ocasião em que componentes da equipe, em alguns momentos, se sentem com poucos recursos ou “ferramentas” apropriadas para lidar com essa ou aquela situação de emergência. Estas situações nos fazem concordar com os apontamentos de muitos estudiosos que asseveram ter a equipe dificuldade no atendimento das ocorrências de natureza psiquiátrica.

Autores como Jardim; Dimenstein (2007) afirmam que em muitos serviços de urgência psiquiátrica ainda vigora a lógica manicomial. Eles apontam que nesses novos serviços muitos profissionais que ali estão faziam parte dos serviços e instituições fechadas pela Reforma Psiquiátrica sem haver mudanças de suas práticas.

Esta dificuldade no atendimento psiquiátrico começa desde a abordagem inicial, quando não se constrói um vínculo verbal com o paciente como o primeiro recurso nesse tipo de situação (CASTRO, 2008; MARCOLAN, 2004; PAES, 2009).

Vivenciamos isso quando membros da equipe defendem o uso de contenção com algemas e outros equipamentos de contenção física, sem antes tentar vincular-se através de um canal terapêutico de comunicação.

A intervenção do enfermeiro nos atendimentos às crises e emergências psiquiátricas deve ser de suporte, para que o sujeito nesse momento encontre nele apoio e segurança sem ter que sustentar ou fortalecer seus delírios. Esses profissionais devem estar preparados e capacitados para enfrentarem todas as situações de emergências, a fim de evitar danos a si e ao paciente assistido (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007; ESTELMHSTS *et al*, 2008).

A primeira estratégia a ser utilizada nos atendimentos às emergências psiquiátricas é a interação verbal. Braga; Silva, (2007) afirmam que para que isso ocorra a comunicação é o fundamental instrumento e que os profissionais necessitam de preparo técnico e humano para este encontro. Acrescenta ainda que essa comunicação interpessoal é uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro, e que possibilitará um cuidar transformador.

Marcolan (2004) faz uma reflexão dos vários métodos de contenção como abordagem terapêutica: a verbal, química e física. Na utilização desses mecanismos, a postura profissional deve ser somente terapêutica e nunca punitiva, repressiva ou aleatória. A contenção física só deve ser realizada com um único objetivo: proporcionar ao sujeito em sofrimento mental que se recomponha, volte ao estado normal e saia da situação de crise.

Caldieraro; Spode e Fleck (2008) afirmam que os objetivos de um atendimento de emergência são: estabilização do quadro, estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, exclusão de uma causa orgânica e encaminhamento adequado do paciente. O SAMU precisa conhecer esses objetivos para poder atuar de modo eficaz nos atendimentos psiquiátricos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo Transversal Retrospectivo descritivo. “As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2007, p.44).

No estudo transversal o investigador escolhe a “época para a coleta de dados e as mensurações das variáveis são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento” (ROUQUAYROL; NAOMAR, 2003, p. 280)

Adotamos este tipo de estudo com objetivo de conhecer através dos registros de atendimentos de natureza psiquiátrica no SAMU-Cuiabá as diversas situações e relações que ocorrem na dinâmica desses atendimentos.

O método quantitativo visa à intenção de garantir a precisão dos resultados, evitarem distorções de análise e interpretação. Ele procura descobrir e classificar a relação entre as variáveis, bem como investigar a relação de causalidade entre os fenômenos (RICHARDSON, 2007, p.70).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nos Municípios que compõem o SAMU-Cuiabá conforme a Portaria GM/MS 2300/2007. A área de abrangência definida nesta portaria é composta por cinco municípios: Cuiabá, Santo Antônio do Leverger, Jangada, Várzea Grande e Nossa Senhora do Livramento, atendendo uma população de, aproximadamente, 850 mil habitantes (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2007). No entanto, a população do município de Chapada dos Guimarães, que não fazendo parte do projeto de implantação, por situar-se próximo à Capital, também é atendida pelo serviço do SAMU-Cuiabá. Esses seis municípios são demonstrados na figura 1.

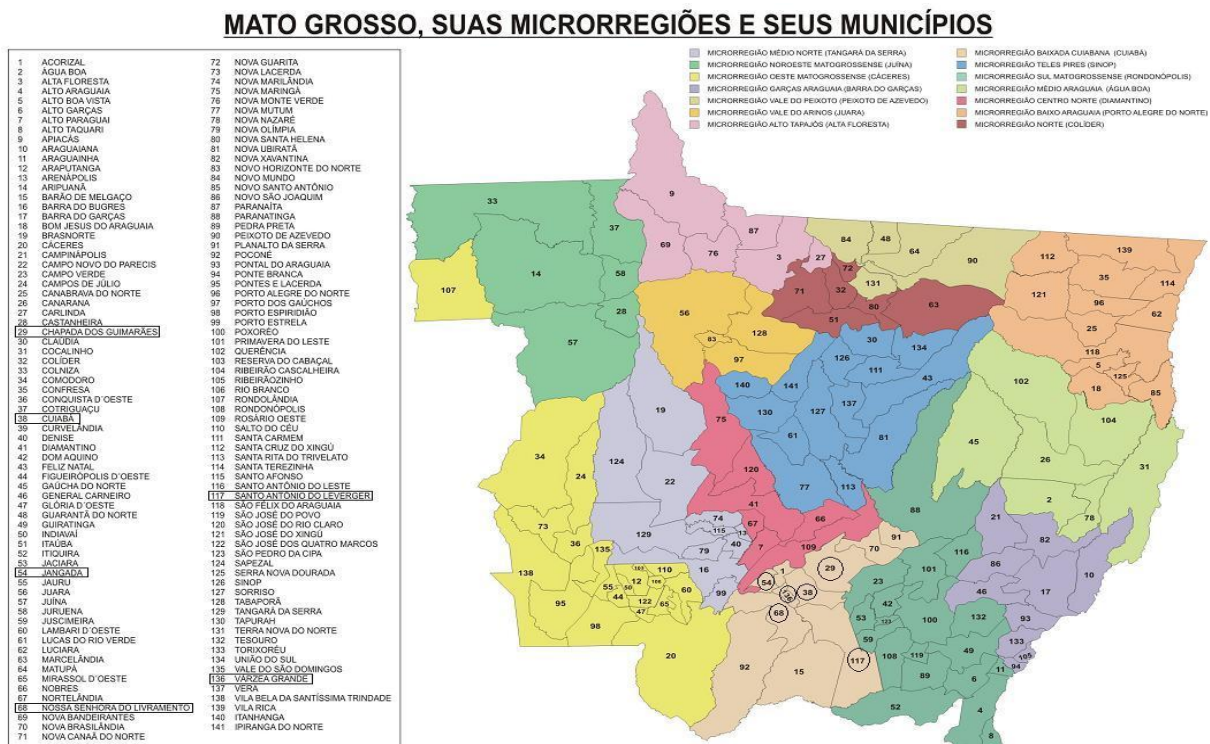


Figura 1 - Municípios que compõem o SAMU-Cuiabá e sua área de abrangência em 2010.

4.2.1 População do estudo

Foi constituída como população de estudo, todos os atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo SAMU nessa área de abrangência dos seis municípios, no ano de 2010, totalizando 713 atendimentos de natureza psiquiátrica.

4.2.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os registros de atendimentos de natureza psiquiátricos realizados no período de 1/01/2010 até 31/12/2010, ocorridos nos municípios de abrangência do SAMU-Cuiabá, estando as fichas com os dados completos ou incompletos.

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no Escritório Central do SAMU-Cuiabá, antigo Hospital São Tomé, pertinentes aos atendimentos de natureza psiquiátrica no ano de 2010, nos meses de março, abril e maio de 2011.

Diante das especificidades deste estudo o levantamento dos dados foi realizado através do registro de atendimento médico e de enfermagem e da ficha de cadastro manual de pacientes, como dados secundários.

As vantagens na utilização de dados secundários é que estes apontam riquezas e imparcialidades do pesquisador na coleta dos dados, permitem a obtenção de dados com menor custo e favorecem a coleta de dados sem o constrangimento dos sujeitos. Mas por outro lado, representam limitações importantes, o pesquisador deve estar atento à metodologia empregada na coleta de dados, pois em muitos dos registros podem aparecer falhas, possível subestimação de dados e preenchimentos incorretos ou incompletos (GIL, 2007, p. 162 e 167).

Os registros dos atendimentos encontravam-se arquivados em pastas suspensas identificadas e confeccionadas por dia, mês e ano. Foi construído um banco de dados numa planilha eletrônica no programa Excel (Apêndice 1), na qual foi registrada a distribuição das variáveis utilizadas neste estudo.

4.3.1 Instrumentos de coleta de dados

A ficha de atendimento médico e de enfermagem do SAMU-Cuiabá (anexo 1) não segue um modelo nacional, sua elaboração e formatação surgiu a partir de outros modelos de fichas individuais de atendimentos e modelos de prontuários de outros serviços. Não existe um banco de dados nacional ou programa de consolidação dessas informações, cada serviço do SAMU organiza-os de acordo com a melhor conveniência.

A partir dos dados coletados das fichas de atendimentos foi construída uma planilha com todas as informações consolidadas que o pesquisador elegeu como variáveis (apêndice A).

4.3.2 Definição das variáveis

Apropriamo-nos da ficha de registro de atendimento médico e de enfermagem (Anexo 1) utilizada para registrar os atendimentos e a ficha individual do rádio operador(cadastro manual de pacientes, anexo 2), e para este estudo elegemos as seguintes variáveis:

1. Idade: categorizada em faixas etárias;
2. Sexo: masculino e feminino;
3. Diagnóstico: descrito de acordo com as informações da ficha;
4. Exame neurológico: descrito de acordo com as informações da ficha;
5. Principais queixas e sintomas: descrito de acordo com as informações da ficha;
6. Terapêutica medicamentosa: refere-se aos medicamentos prescritos e administrados no momento do atendimento sendo categorizado nos grupos: sem uso de psicotrópicos, antipsicóticos, antihistamínicos, anticonvulsivantes e ansiolíticos;
7. Local do atendimento: em que bairro e município onde o mesmo ocorreu, com a finalidade de fazer um levantamento e mapeamento territorial e geográfico dos atendimentos de natureza psiquiátrica;
8. Hora de saída e chegada na Base: para se determinar o tempo dispendido para o atendimento;
9. Data, dia, mês e ano: para determinarmos os períodos em que ocorrem os atendimentos de natureza psiquiátrica;
10. Tipo de unidade de resgate, básico (USB) ou Avançado (USA): para avaliar a complexidade do atendimento;
11. Destino do paciente: para sabermos o encaminhamento dado pela equipe e conhecermos o desfecho do caso;

Para melhor aproveitamento das informações, os campos que eram de registros “abertos” (principais queixas, sintomas) foram categorizados visando agrupar em torno de um mesmo termo o que melhor representava aquele significado (Tabela 9).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Utilizamos análise estatística descritiva para a caracterização das variáveis em estudo. Os dados coletados foram digitados e processados com auxílio do programa Excel (Microsoft Office Excel 2007).

Depois da organização dos dados estes foram submetidos ao tratamento estatístico pelo Programa *Statistical Package for the Social Sciences* – (SPSS), Versão 17, onde foram construídos tabelas e gráficos.

Para comparação de médias os dados foram submetidos ao teste *t-Student* e as comparações múltiplas entre as regiões foram feitas pelo teste de *Dunnnett*. Adotou-se o nível de significância de 5% para todas as análises

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho cumpriu as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regulamenta normas e diretrizes para as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, Parecer nº989/CEP- HUJM/11 (ANEXO 4).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O CONTEXTO DOS DADOS COLETADOS

Os dados foram coletados no Escritório Central do SAMU-Cuiabá e tiveram como fonte principal o registro de atendimento médico e de enfermagem, na ficha individual de cada ocorrência atendida (Anexo 1). Essas fichas estavam organizadas em pastas suspensas e agrupadas em caixas de plástico, identificadas por mês e ano, no Escritório Central.

A variável “tempo dispendido na ocorrência” não é registrada na ficha individual de atendimento médico e de enfermagem sendo utilizada para essa informação a ficha de cadastro manual de pacientes preenchida pelo rádio operador, que registra o tempo de saída da base, ao final de cada ocorrência (Anexo 2).

Por fazermos parte do serviço tivemos facilidades quanto ao manuseio e acesso às fichas, aspecto que consideramos favorável. A estrutura física do serviço, entretanto, impôs alguns limites, como um local mínimo (sala, mesa, cadeira) para realizar o trabalho de coleta. O local teve que ser improvisado numa sala anexa, junto ao setor da NEU (Núcleo de Estudo das Urgências) e a mesa e cadeira foram providenciadas pelo pesquisador. Registramos também que nesse período o setor estava passando por reforma física, o que modificava o armazenamento e localização das pastas com as fichas de atendimento.

A coleta dos dados ocorreu no horário de funcionamento administrativo do serviço: de segunda a sexta das 8:00h às 12:00h e na segunda e quarta-feira também no período vespertino das 13:00h às 17:00h.

Para a identificação das ocorrências de natureza psiquiátrica entre os atendimentos foi revisada cada ficha, individualmente, num total de 19.400 ocorrências no ano de 2010. Foi verificado o campo da natureza do chamado e sua relação com queixas e sintomas para definir a natureza da ocorrência.

A ficha de atendimento médico e de enfermagem é o instrumento em que se registram todas as informações clínicas e pessoais do paciente atendido na ocorrência. Ela não segue um modelo nacional, sua elaboração e formatação surgiram a partir de outros modelos de fichas individuais de atendimentos e modelos de prontuários de outros serviços. Não existe um banco de dados nacional ou programa de consolidação dessas informações, cada serviço do SAMU organiza-os de acordo com sua necessidade.

Este formulário pode ser preenchido por qualquer profissional da equipe, mas é de rotina que nas Unidades Avançadas que dispõem de médico na equipe, este faça o registro no formulário. Nas Unidades Básicas, os técnicos de enfermagem fazem o preenchimento. Em todas as ocorrências ficam registrados os nomes de todos os componentes da equipe que realizou o atendimento.

O ato de preenchimento da ficha de atendimento pode acontecer em qualquer etapa do atendimento: no início da abordagem, no trajeto ou mesmo durante a passagem do caso para a equipe hospitalar que está recebendo o paciente.

Nas fichas identificamos, com frequência, campos sem preencher, como exame neurológico, principais queixas, idade do paciente e diagnóstico. Este viés estava presente tanto nas fichas dos pacientes atendidos pelas Unidades Avançadas como nas Básicas, sendo, entretanto, menos evidenciado nos registros das Unidades Básicas. Essa ausência de dados em alguns campos da ficha de atendimento foi um fator limitante nesta pesquisa para alguns cruzamentos de variáveis que pudessem responder a questionamentos mais complexos.

Esses limites decorrentes da utilização de dados secundários em pesquisas no setor saúde são discutidos por Coeli (2010) que aponta a falta de padronização na coleta dos dados (como é o caso do SAMU que não dispõe de um sistema nacional de informação) e as ausências de informações nos formulários de atendimento que alimentam os sistemas as maiores desvantagens para pesquisas em saúde. Esse autor afirma também que essas limitações podem contribuir negativamente para as análises de interesse do pesquisador, pois a falta de dados para algumas perguntas de pesquisa pode inviabilizar os resultados e dificultar análise e avaliação do sistema de saúde.

Concordamos com Coeli (2010) quando afirma que, ao utilizar dados secundários em pesquisa, como nesta dissertação, o pesquisador deve sempre avaliar a precisão deles, pois existe uma série de fontes potenciais de erro no momento da coleta, que repercute na análise dos dados.

Ainda em relação à qualidade das informações dos dados secundários, Jorge e Mathias (2001), ao analisarem a qualidade das informações disponibilizadas no DATASUS, sobre as Declarações de Óbito em Maringá-PR, constataram que no ano de 1995, 9,1% dos campos de alguns itens estavam sem preenchimento, impossibilitando tecer determinadas considerações relevantes.

Desse modo, Jorge e Mathias (2001) e Coeli (2010), entre vários outros, reforçam a necessidade de que o sistema de saúde aprimore a qualidade dos seus sistemas de informação, assim como constatamos neste estudo.

5.2 OS ATENDIMENTOS DE NATUREZA PSIQUIÁTRICA NO SAMU-CUIABÁ

Mensalmente, o SAMU-Cuiabá elabora e divulga para a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso uma estatística dos atendimentos realizados. Um técnico de informática recolhe e digita as fichas de todas as Unidades de Resgate cujos dados são classificados e consolidados numa planilha criada pelo serviço (Anexo 3). As ocorrências são classificadas por natureza, dia e mês.

Observa-se que a planilha foi construída de maneira empírica, com poucos critérios técnicos para agrupar os tipos de ocorrências. São essas informações produzidas que se consolidam em mapas estatísticos mensais das ocorrências. Exemplificando a dificuldade técnica dessas informações, observamos que os atendimentos por tentativa de suicídio, na estatística do serviço, não foram incluídos e nem classificados como de natureza psiquiátrica. Durante o período estudado houve registro de 64 casos de tentativas de suicídio. Mesmo reconhecendo que estes casos podem ser de natureza psiquiátrica, optamos por não incluí-los em nossa pesquisa, porque não estavam classificados na ficha de atendimento individual como de tal natureza, sendo classificados como “outros”. Essa informação estava registrada no consolidado mensal da ficha do anexo 3, que corresponde à estatística mensal de 2010.

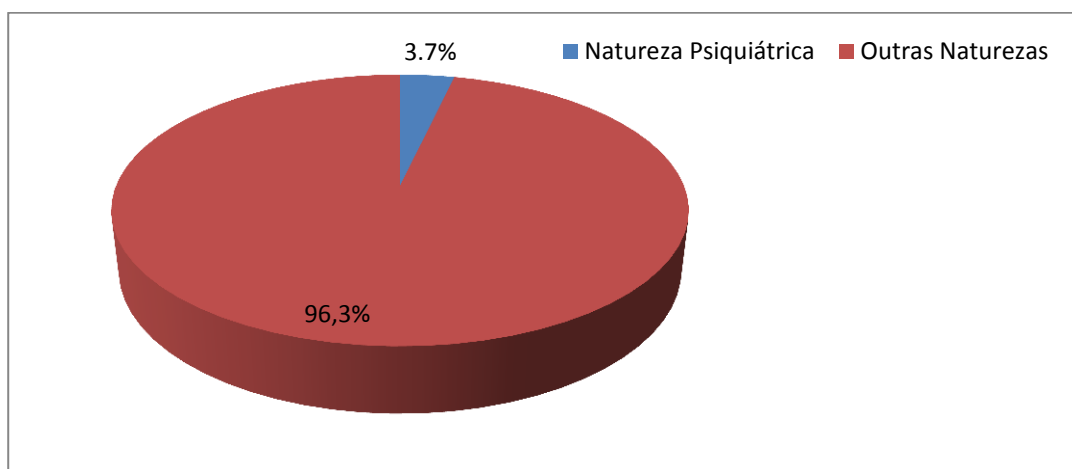


FIGURA 2. Distribuição das ocorrências atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo a natureza. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

A figura 2 mostra que dos 19.400 atendimentos realizados pelo SAMU-Cuiabá em 2010, 713 (3,7%) foram de natureza psiquiátrica.

Sousa (2010) realizou um levantamento das ocorrências atendidas pelo SAMU-Cuiabá, em 2009, e apontou que, naquele ano, os atendimentos de natureza psiquiátrica representaram 3,82% do total, não havendo alteração significativa entre o número de atendimentos de natureza psiquiátrica nos anos de 2009 e 2010, considerando todas as ocorrências do SAMU-Cuiabá.

Um aumento desse percentual foi observado no estudo realizado por Duarte; Lucena; Morita (2011), que analisaram os atendimentos realizados pelas USA nos seis primeiros meses de funcionamento do SAMU-Cuiabá, de agosto de 2007 a fevereiro de 2008, e constataram que do total de 1.893 atendimentos, 6,9% foram de natureza psiquiátrica.

A distribuição dos atendimentos de natureza psiquiátrica por tipo de unidade (USB e USA) será analisada na Tabela 1 desta dissertação.

No Brasil existem poucos estudos sobre atendimentos psiquiátricos no SAMU. Laranjeira (2006), estudando o SAMU na cidade de Marília-SP, encontrou um percentual de 16% de atendimentos dessa natureza, muito acima do identificado em Cuiabá-MT.

Dados disponíveis no Departamento de Estatística do SAMU Metropolitano de Goiânia, em 2010, apontam que no ano de 2008, 13,04% das ocorrências foram de natureza psiquiátrica (GOIÁS, 2010).

Segundo Relatório Anual do SAMU 192/SC, em 2010, 4,25% dos atendimentos ocorridos em Santa Catarina, no ano de 2010, foram de natureza psiquiátrica (SANTA CATARINA, 2011).

Como se observa nos dados acima, de diferentes contextos, o número de atendimentos de natureza psiquiátrica varia muito no cômputo geral dos atendimentos do SAMU. Destaca-se que a não padronização de coleta e registro de informações que originam esses dados, incidem nesses diferentes resultados e dificultam comparações entre eles.

Destaca-se também que entre todos os dados disponíveis o SAMU-Cuiabá é o que apresenta o número mais reduzido. O SAMU-Cuiabá foi implantado há cerca de cinco anos e, de acordo com nossa experiência neste serviço, observamos, ainda, muitas dificuldades da equipe em incorporar o atendimento psiquiátrico em

suas práticas, assim como observado por Bonfada (2010) e Jardim e Dimenstein (2007) que estudaram esse mesmo assunto em outras regiões do Brasil.

Visando superar essa dificuldade, houve um treinamento das equipes do SAMU-Cuiabá para atendimento de emergências psiquiátricas em 2008. No entanto, na prática ainda observa-se que grande parte dos profissionais sente-se despreparados para este tipo de atendimento. Jardim e Dimenstein (2007) afirmam que ainda perpetuam nos serviços brasileiros de emergência práticas assistenciais que sombreiam aquelas vivenciadas no período manicomial, e que são necessárias mudanças nas abordagens prestadas pelos profissionais, visando incluir as necessidades psicossociais nos serviços de emergência do SUS.

Ao analisar os atendimentos de natureza psiquiátrica identificamos inicialmente o tipo de unidade de resgate que realizou o atendimento: de Suporte Básico (USB) ou Avançado (USA). Esses dados são apresentados na Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo unidade de resgate. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

Unidade	n	%
USA1	64	9,0
USA 2	33	4,6
USB 1	116	16,3
USB 2	185	25,9
USB 3	178	25,0
USB 4	110	15,5
USB 5	26	3,6
Não informado	1	0,1
Total	713	100,0

A Tabela 1 mostra que as Unidades de Suporte Básico (USB) foram acionadas em 86,2% dos atendimentos e as Unidades de Suporte Avançado (USA) em 13,6%.

Entre agosto de 2007 e fevereiro de 2008 (7 meses) as USA do SAMU-Cuiabá atenderam 130 ocorrências clínicas psiquiátricas (DUARTE; LUCENA; MORITA, 2011), 6,86% do total dos atendimentos no mesmo período.

Nossa pesquisa aponta que as USA do SAMU-Cuiabá atenderam 97 ocorrências de natureza psiquiátrica, durante os 12 meses de 2010 (13,6%).

A comparação desses dados indica uma redução de 18,6 da média mensal de atendimentos pelas USA em 2007/2008 para 8,1 em 2010. Podemos levantar que

essa redução decorre do número reduzido de unidades existentes naquele período, quando havia somente uma USB e duas USA, em decorrência disto, os maiores números das ocorrências eram realizados pelas USA.

Entre as USB, o número de atendimentos de natureza psiquiátrica variou de 26 a 185, destacando-se a USB 2 que atendeu 25,9%. Esse maior número de atendimentos realizados pela USB 2 pode estar relacionado à sua localização, pois está implantada anexa ao Hospital Psiquiátrico e por existir nessa região um grande número de bairros circunvizinhos populosos. O menor percentual na USB 5 deve-se ao pouco tempo de sua implantação, outubro de 2010 perfazendo somente três meses da coleta de dados deste estudo.

Entre as USA, a variação dos atendimentos de natureza psiquiátrica também foi significativa, de 33 a 64. A USA1, realizou quase o dobro de atendimentos que a USA 2. Por essa diferença em números de atendimentos podemos inferir os locais onde estão implementadas e a população assistida. A unidade USA 1 está localizada no município de Cuiabá-MT, com uma população duas vezes maior que a do município de Várzea Grande-MT, onde está implantada a USA 2. A relação entre as unidades e a população atendida será discutida no item 5.3 desta dissertação.

Estudos realizados em outros contextos demonstram que nos atendimentos de qualquer natureza do SAMU predominam as USB, por estarem implantadas em maior número e por serem acionadas mais vezes em casos e situações de menor gravidade (FERNANDES, 2004; MARQUES, LIMA E CICONET, 2011).

Nos achados de Fernandes (2004), analisando os atendimentos de todas as naturezas realizados pelas unidades do SAMU, em Ribeirão Preto-SP, em 2003, as USB foram responsáveis por 82,75% dos atendimentos.

No estudo de Marques, Lima e Ciconet (2011) as USB foram responsáveis por 91,8% dos atendimentos realizados pelo SAMU de Porto Alegre-RS em 2008.

De acordo com essas pesquisas, há uma tendência de que as USB atendam mais casos de todas as naturezas, conseqüentemente, podemos esperar que nos de natureza psiquiátrica deste estudo, também predominem os atendimentos prestados por essas Unidades.

O número reduzido de atendimentos pela USA e predominante na USB provavelmente se relaciona também com a “menor complexidade técnica” prevista nas emergências psiquiátricas. Entretanto, discutiremos alguns aspectos dessa questão a seguir.

Estudiosos da saúde mental como Marcolan (2004) e Amarante (2007) sensibilizam os profissionais sobre a importância de utilizarem a escuta terapêutica, apesar de as falas dos portadores de transtornos mentais serem, às vezes, sem nexos aparentes, mas é uma ação terapêutica ouvi-los, sem emitir juízo moral, apenas escutar. E essa abordagem pode ser realizada por qualquer um dos membros da equipe do SAMU, não ficando sua utilização restrita à formação acadêmica desses profissionais, podendo ser utilizada pelo técnico de enfermagem, condutor, enfermeiro ou médico.

O uso da escuta e do diálogo como primeiro passo para uma abordagem terapêutica adequada também é recomendado por Bonfada (2010) que entende poder a utilização do diálogo como tecnologia aproximar o sujeito em sofrimento da equipe levando-o a perceber que naquele momento precisa de ajuda. Essas mudanças de prática pela equipe podem desconstruir o que é de rotina e praxe, fazendo com que surjam outras alternativas para o propósito básico do SAMU, não ficando somente na condução rápida para o hospital psiquiátrico ou internação do sujeito em crise.

A utilização de “tecnologias leves” na prestação dos cuidados em saúde é discutida por Merhy (2002). Esse autor define como “tecnologias leves” as relações interpessoais sujeito e profissional, perpassando pelo acolhimento e o vínculo; “leve-duras” são os saberes atrelados na clínica, epidemiologia e outras ciências e as “duras” correspondem à estrutura organizacional e equipamentos. Outros autores como Castro, (2008) e Marques; Lima (2004) reafirmam a ideia de Merhy, quando descrevem que as “tecnologias leves” pautadas na comunicação e escuta é que devem ser orientadoras do processo de trabalho em serviços de saúde.

O que observamos no SAMU é o predomínio do modelo da clínica biomédica voltado para as “tecnologias duras” por terem como origem do serviço os atendimentos de natureza externa e traumática. Para Bonfada (2010) a “tecnologia dura” que impera nos serviços de atenção às urgências e na prática dos profissionais não consegue atingir a complexidade do sujeito em crise.

Os autores acima são favoráveis à valorização das “tecnologias leves” nos diversos níveis de atenção do SUS, e enfatizamos que isso também deve ocorrer nos atendimentos de urgência como o SAMU.

Quando pensamos em utilizar o termo “menor complexidade técnica” nos atendimentos de natureza psiquiátrica faz-se necessário abordar também os três

níveis de atenção à saúde que perpassam as diretrizes do SUS, a atenção primária, secundária e a terciária.

A atenção primária representada pelas unidades básicas de saúde, a exemplo do Programa de Saúde da Família (PSF) criado com o objetivo de reorganizar os serviços de saúde a nível primário e de servir como porta de entrada aos usuários do SUS nos serviços de saúde. Uma unidade de saúde da família se destina a prestar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário da atenção (BRASIL, 2001).

Na atenção secundária de saúde incluímos como exemplos as Policlínicas, Centros de Saúde, e os serviços psiquiátricos substitutivos, como os CAPS, além do SAMU e outros. Os serviços de saúde prestados pela Atenção Secundária são responsáveis em complementar a rede de serviços do SUS desempenhando um papel importante para equalizar a demanda de serviços de saúde, os equipamentos de seus serviços são compostos por grau intermediário de inovação tecnológica (MATTOS, 2005).

A Atenção Terciária que é composta pelos serviços e equipamentos especializados e de tecnologias de saúde de ponta, como os serviços hospitalares e de diagnósticos, devem funcionar aliados a outros níveis de atenção para que sua resposta aos problemas de saúde seja articulada com outros atores da rede de serviços.

Os níveis de atenção à saúde primário, secundário e terciário devem se articular entre si, para garantir um atendimento integral. O portador de sofrimento psíquico poderá estar vulnerável quando a rede assistencial não estiver articulada, desde os serviços de emergências psiquiátricas até os de atenção primária.

O SAMU é um serviço que se utiliza prioritariamente de “tecnologias duras” para seus atendimentos; o tempo e as técnicas dos procedimentos são importantes para determinar seus resultados e, conseqüentemente, os profissionais norteiam suas práticas por esses parâmetros. Entretanto, quando a equipe atende a uma ocorrência de natureza psiquiátrica de maneira semelhante a um trauma ou emergência clínica o resultado, ou a eficácia da ação não é positiva, como naqueles. Os profissionais do SAMU necessitam apropriar-se das “tecnologias leves” e de sua importância para que, aliadas as outras ferramentas, realizem um atendimento

adequado pautado em uma abordagem comunicativa nos episódios de crise, características das ocorrências psiquiátricas.

O grande desafio para os trabalhadores do SAMU, em especial o enfermeiro, é a necessidade de rever sua prática diante dos princípios da Reforma Psiquiátrica, sendo indispensável repensar os processos de trabalho, bem como adotar metodologias, instrumentos e conhecimentos diferentes dos atualmente instituídos dentro dos serviços de urgências pré-hospitalares.

A distribuição mensal das ocorrências de natureza psiquiátrica é apresentada na Tabela 2 a seguir.

TABELA 2 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo meses do ano. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

Mês	n	%
Janeiro	73	10,2
Fevereiro	63	8,8
Março	57	8,0
Abril	71	10,0
Maió	60	8,4
Junho	45	6,3
Julho	58	8,1
Agosto	42	5,9
Setembro	68	9,5
Outubro	64	9,0
Novembro	61	8,6
Dezembro	51	7,2
Total	713	100,0

Ao analisar a distribuição mensal das ocorrências de natureza psiquiátrica, encontramos uma variação de 42 a 73, com uma média de 59 atendimentos mensais.

Em relação aos meses do ano, a Tabela 2 mostra que os meses de janeiro, abril e setembro foram os que apresentaram maiores números de atendimentos e agosto, junho e dezembro os que tiveram menores números de ocorrências. Sousa, (2010) fazendo levantamento das ocorrências atendidas pelo SAMU no município de Cuiabá e Baixada Cuiabana, no ano de 2009, observou que nos meses de agosto, setembro e novembro foram os que mais ocorreram chamadas de todas as naturezas e que em janeiro, fevereiro e março ocorreram os menores registros.

O teste estatístico de qui-quadrado apresentou um valor de $\chi^2=17,149$ considerando um nível de significância de 5% não rejeitamos a hipótese de nulidade

ou seja, não existe diferença significativa entre o número de ocorrências nos meses do ano.

A distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica nos dias da semana é apresentada na Tabela 3.

TABELA 3 - Distribuição das ocorrências atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo o dia da semana. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

Dia da semana	n	%
Domingo	82	11,5
Segunda-feira	98	13,7
Terça-feira	110	15,4
Quarta-feira	123	17,3
Quinta-feira	100	14,0
Sexta-feira	104	14,6
Sábado	96	13,5
Total	713	100,0

De acordo com a Tabela 3, em relação ao dia da semana verifica-se que a maior frequência ocorreu na quarta-feira (17,3%) e a menor no domingo (82 - 11,5%). O teste estatístico qui-quadrado apresentou um valor de $\chi^2=9,473$ considerando um nível de significância de 5% não rejeitamos a hipótese de nulidade ou seja, não existe diferença significativa entre o número de ocorrências nos dias da semana.

A distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica, segundo o horário é apresentada na Figura 3.

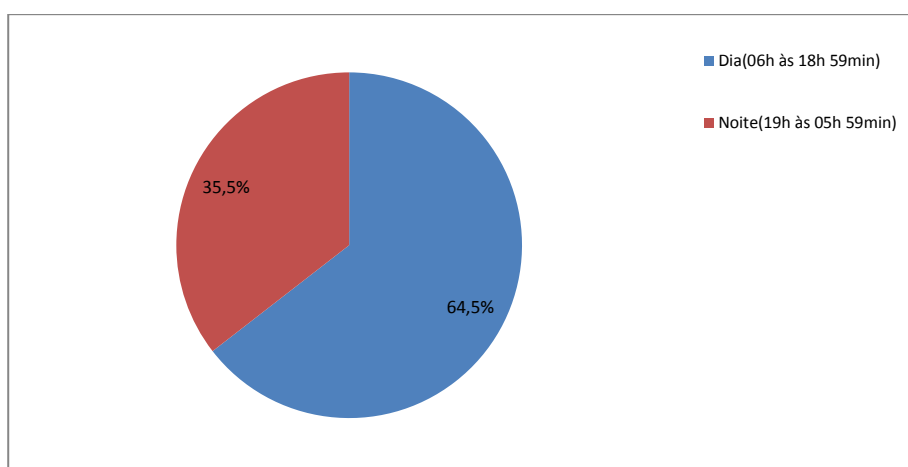


FIGURA 3: Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo período/horário. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

Na figura 2 mostra que 64,5% de tais ocorrências aconteceram no período diurno, entre as 6:00 e as 18:59 horas e 35,5% no período noturno, entre 19:00h e 5:59 minutos.

Esse maior percentual de atendimento no período diurno se aproxima do resultado do estudo de Cruz *et al* (2010), num serviço de Urgências do Instituto Psiquiátrico em Santiago – Chile que apontou a ocorrência de 76,7% dos atendimentos às urgências psiquiátricas foram em horário diurno, das 8:00 às 19h 59 min.

Os trabalhos realizados por Duarte; Lucena; Morita (2011), no SAMU-Cuiabá em 2008, afirmam que o maior número de atendimentos ocorreu no período diurno, corroboram os achados desta pesquisa.

5.3 A POPULAÇÃO ATENDIDA NO SAMU-CUIABÁ

A seguir estarão sendo demonstrados, através da figura 4 e tabelas 4 e 5 os dados dos pacientes em estudo, em relação ao sexo e à faixa etária.

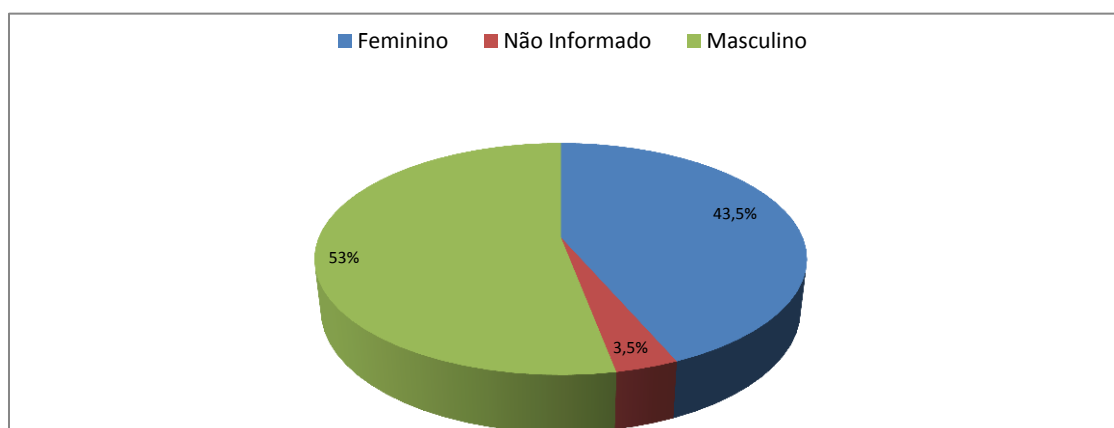


FIGURA 4. Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo sexo. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

A figura 4 mostra que 53,0% dos registros eram de pessoas do sexo masculino, 43,5% feminino e em 3,5% das ocorrências de natureza psiquiátrica não foi informado o sexo.

A predominância do sexo masculino também foi observada no trabalho de Ataíde (2008), ao estudar as internações no CIAPS (Centro Integrado de Atenção Psicossocial) Adauto Botelho em Cuiabá. Segundo o estudo, em 2005/2006 das 1806 internações, 70,8% eram de homens e 29,2% de mulheres.

Silva (2008), em Alfenas-MG, também apresenta o predomínio do sexo masculino entre a população internada em serviços psiquiátricos.

Sousa; Silva e Oliveira (2010), em um estudo com a população de internados no Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral do município de Sobral- CE no ano de 2007 identificou que 70,15% eram do sexo masculino e 29,85% feminino.

Os resultados deste estudo são semelhantes aos demais referenciados acima, em que houve o predomínio do sexo masculino nos serviços de emergências e nas populações psiquiátricas internadas.

A seguir na tabela 4 e 5 demonstra-se a distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo faixa etária.

TABELA 4. Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo faixa etária Cuiabá-MT, no ano de 2010.

Faixa etária	n	%
10 a 17	36	5,0
18 a 25	129	18,1
26 a 33	171	24,0
34 a 41	123	17,3
42 a 49	95	13,3
50 a 57	55	7,7
58 a 65	26	3,6
66 ou mais	16	2,2
Não Informado	62	8,7
Total	713	100,0

TABELA 5. Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo faixa etária e sexo. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

		Classe idade								Total
		10 a 17	18 a 25	26 a 33	34 a 41	42 a 49	50 a 57	58 a 65	66 ou mais	
Sexo	Feminino	n	14	41	61	61	63	30	16	291
		%	4,8	14,1	21,0	21,0	21,6	10,3	5,5	100,0
	Masculino	n	22	88	109	62	32	24	10	358
		%	6,1	24,6	30,4	17,3	8,9	6,7	2,8	100,0
	Não Informado	n	0	0	1	0	0	1	0	2
		%	0	0	50,0	0	0	50,0	0	100,0
Total		n	36	129	171	123	95	55	26	651
		%	5,5	19,8	26,3	18,9	14,6	8,4	4,0	100,0

Na Tabela 4 destaca-se o predomínio de atendimentos as pessoas na faixa etária de 26 a 33 anos (24,0%), seguido de 34 a 41anos (17,3%). Destacamos que em 8,7% dos atendimentos não foi informada a idade e 36 pacientes (5,0%) eram menores de 18 anos. Observa-se que apenas 2,2% possuíam 66 anos ou mais.

Estudo de Duarte; Lucena; Morita (2011), no SAMU-Cuiabá em 2007/2008 apontou em seus resultados que o maior número de atendimentos concentrou-se na faixa etária de 21 a 30 anos.

Observamos na Tabela 5 que o percentual na faixa etária de 18 a 49 anos, idade de adulto jovem, equivale a 72,7%.

O predomínio da faixa etária adulta jovem também foi evidenciado por Ataíde (2008), na pesquisa da população psiquiátrica internada no CIAPS Aduauto Botelho em Cuiabá, nos anos 2005/2006 (84,4%) com idade entre 19 e 48 anos.

Outros estudos corroboram esses achados, Sousa; Silva e Oliveira (2010) identificaram que a faixa etária de 20 a 49 anos, adulto jovem, representava 72,79% dos casos, atendidos num serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral, do município de Sobral-CE.

Na Tabela 5 verifica-se que a predominância do sexo masculino variou, segundo a faixa etária da população estudada. Nas faixas etárias de 10 a 17 anos e de 26 a 33 anos há predomínio do sexo masculino, mas na faixa etária de 34 até 65 anos observa-se maior incidência do sexo feminino. A partir de 66 anos, o percentual masculino aumenta.

A seguir o a Tabela 6 mostra a distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo diagnóstico.

TABELA 6. Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo diagnóstico. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

DIAGNÓSTICOS	n	%
Não Informado	629	88,2
Surto psicótico	22	26,2
Surto psiquiátrico	16	19,0
Crise psiquiátrica	3	3,6
Drogadição	3	3,6
Crise psicótico	2	2,4
Distúrbio psiquiátrico	2	2,4
Esquizofrenia	2	2,4
Psiquiátrico	2	2,4
Transtorno psiquiátrico	2	2,4
Transtorno psiquiátrico não especificado.	2	2,4
Abstinência	1	1,2
Agitação	1	1,2
Agitação psicomotora	1	1,2
Alcoólica	1	1,2
Confusa e usuário de droga	1	1,2
Crise	1	1,2
Crise a esclarecer	1	1,2
Crise convulsiva	1	1,2
Crise de ansiedade	1	1,2
Crise delirium	1	1,2
Crise, possivelmente drogada	1	1,2
Depressão	1	1,2
Epilepsia	1	1,2
Intoxicação Alcoólica	1	1,2
Intoxicação Exógena, surto psiquiátrico.	1	1,2
Quadro depressivo	1	1,2
Surto por abuso de drogas	1	1,2
Surto	1	1,2
Tentativa de suicídio	1	1,2
Transtorno agressivo	1	1,2
Transtorno bipolar	1	1,2
Transtorno comportamental	1	1,2
Transtorno comportamental não identificado	1	1,2
Transtorno comportamental, transt. Maníaco depressivo	1	1,2
Transtorno depressivo	1	1,2
Transtorno maníaca depressiva	1	1,2
Transtorno mental não específico	1	1,2
Trauma em face+surto+corte contuso em antebraço	1	1,2
TOTAL	713	100,0

A tabela 6 mostra que, do total de 713 casos registrados, somente 84 tiveram, pelo menos, um diagnóstico informado, o que representa somente 11,8%. Em 629 atendimentos (88,2%) não foi informado o diagnóstico.

Ainda na tabela 6, observamos que os termos “surto psicótico” e “surto psiquiátrico” aparecem descritos como diagnósticos nas fichas de atendimento médico e de enfermagem (26,2%), (19,0%) respectivamente. De acordo com a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização

Mundial da Saúde os termos acima citados não são registrados como categorias diagnósticas.

As denominações “surto psicótico” e “surto psiquiátrico”, assim como várias outras constantes na tabela 6 são pouco esclarecedoras a respeito do diagnóstico.

TABELA 7: Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo diagnóstico e unidade de resgate. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

DIAGNÓSTICO	USA	USB
Abstinência	1	0
Agitação	0	1
Agitação psicomotora	1	0
Alcoólica	1	0
Confusa e usuário de droga	0	1
Crise	1	0
Crise a esclarecer	0	1
Crise convulsiva	1	0
Crise de ansiedade	1	0
Crise delirium	1	0
Crise psicótico	2	0
Crise psiquiátrica	3	0
Crise, possivelmente drogada	1	0
Depressão	2	0
Distúrbio psiquiátrico	2	0
Drogadição	3	0
Epilepsia	0	1
Esquizofrenia	2	0
Intoxicação alcoólica	1	0
Intoxicação exógena, surto psiquiátrico.	1	0
Não Informado	22	602
Psiquiátrico	2	0
Quadro depressivo	1	0
Surto por abuso de drogas	1	0
Surto psicótico	20	2
Surto psiquiátrico	14	2
Surto	1	0
Tentativa de suicídio	1	0
Transtorno agressivo	1	0
Transtorno bipolar	0	1
Transtorno comportamental	1	0
Transtorno comportamental não identificado	1	0
Transtorno comportamental, transtorno maníaco depressivo	1	0
Transtorno depressivo	1	0
Transtorno maníaco depressiva	1	0
Transtorno mental não específico	1	0
Transtorno psiquiátrico	1	0
Transtorno psiquiátrico não especificado.	2	0
Trauma em face+surto+corte contuso em antebraço	1	0
TOTAL	97	616

Na Tabela 7 estão apresentados 84 atendimentos com diagnósticos, destes, 79,8% foram registrados pelas USA, e 20,2% pelas USB.

Dos atendimentos realizados pela USA em 22,7% não estava informado o diagnóstico e na USB em 97,7%. Esse número elevado de atendimentos sem diagnósticos pode estar relacionado primeiramente ao fato de as ocorrências psiquiátricas serem atendidas com mais frequência pelas USB (conforme Tabela1), onde não há médico e o diagnóstico registrado é o referido pela família ou acompanhantes no momento do atendimento.

O alto percentual de atendimentos com diagnóstico não informado e a utilização de termos inespecíficos como “surto psiquiátrico” e “surto psicótico”, para denominar um diagnóstico pela equipe nos remete a uma realidade cujas práticas dos profissionais no atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico no SAMU merecem melhor reflexão e discussão.

O predomínio desses termos pode estar relacionado com o tipo de atendimento feito pelo SAMU, caracterizado por ser muito rápido e entendido como serviço de transporte extra-hospitalar. Esses achados nos levam a crer que as equipes também apresentam algumas dificuldades em descrever e atuar nos quadros psiquiátricos.

Sobre a dificuldade de atendimento nos casos psiquiátricos autores como Marcolan (2004), Jardim; Dimenstein (2008) e Bonfada (2010) apontam que os profissionais do SAMU e dos serviços de emergências psiquiátricas têm dificuldade de lidar com a subjetividade dos sujeitos em crise e com isso centralizam suas práticas na contenção física e química e em proporcionar um transporte rápido para o hospital psiquiátrico, suprimindo os sintomas de agitação ou agressividade que desencadearam aquele chamado.

Foram atendidos, em 2010, pelo SAMU/Cuiabá, 64 casos de tentativas de suicídios que não estavam classificados como de natureza psiquiátrica nos registros do SAMU e, por isso, não compõem a população deste estudo. Os registros precários dificultaram a inclusão de atendimentos de tentativas de suicídio no estudo que, supõe-se, sejam atendimentos de natureza psiquiátrica, não classificados como tal. Isso confirma a afirmativa de que os profissionais do SAMU têm dificuldades em lidar com problemas psiquiátricos (MARCOLAN, 2004; PAES, 2009; BONFADA, 2010).

Outra dificuldade encontrada no estudo são os registros dos atendimentos incompletos, cuja ausência nas fichas de atendimentos e em outros campos que se apresentaram sem preenchimentos, foi fundamental para impor a este trabalho limitações importantes. Pesquisa realizada por Duarte; Lucena; Morita (2011), no

SAMU/ Cuiabá, em 2008, apontou que 22,3% das fichas de atendimentos individual médico e de enfermagem continham lacunas e imprecisões no preenchimento que prejudicaram a integridade dos registros. Entendemos que essas deficiências de informações acarretam aos gestores problemas de planejamento e implementação de ações assertivas dentro do setor, para o serviço os ajustamentos e formulações de protocolos e rotinas e para os profissionais representam menos treinamentos, capacitações e atualizações para suprirem suas necessidades técnicas.

A distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica, segundo o exame neurológico está apresentada na tabela 8.

TABELA 8 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo exame neurológico. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

EXAME NEUROLÓGICO	n	%
Não Informado	369	51,4
Agitação	252	35,1
Normal	48	6,7
Confusão	19	2,6
Cooperativo	11	1,5
Agressivo	3	0,4
Calmo	3	0,4
Sonolência	2	0,3
Agitação moderada	1	0,1
Ansiedade	1	0,1
Não agressiva	1	0,1
Nervosa	1	0,1
Rigidez de nuca	1	0,1
Tenso	1	0,1
Zombaria	1	0,1
Ajuda da PM	1	0,1
Ansiedade	1	0,1
Com corte contuso na cabeça	1	0,1
Usuário de drogas	1	0,1
TOTAL	718	100,00

A tabela 8 mostra que em 51,4% das fichas de atendimento o campo desta variável estava sem preenchimento, sendo evidenciado predomínio do termo “agitação” em 35,1%, seguido da observação “normal” em 6,7%. O termo “confusão” foi observado em 2,6%, perfazendo os demais 0,1% dos casos. O percentual superior a 50% de campo sem preenchimento nos leva a inferir que, supostamente, a equipe apresenta dificuldades técnicas no trato de questões psiquiátricas.

A “agitação”, sintoma de maior frequência, se relaciona com a mobilização familiar e social em relação ao sofrimento mental. Ambos são comumente desencadeadores da chamada da equipe do SAMU para o atendimento das ocorrências psiquiátricas.

Estes dados são compatíveis com os resultados encontrados nos estudos de Bonfada (2010), que analisou a assistência às urgências psiquiátricas prestada pelo SAMU de Natal-RN, no período de janeiro a março de 2010, e verificou que a “agitação” correspondeu a 23% dos motivos que mobilizaram o SAMU, ficando somente atrás da “agitação psicomotora” com 32%.

TABELA 9 – Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo principais queixas e sintomas. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

PRINCIPAIS SINTOMAS E QUEIXAS	n	%
Surto psiquiátrico	413	47,5
Agressividade	87	10,0
Agitação	77	8,9
Outros psiquiátricos	60	7,0
Sem sintomas psiquiátricos	57	6,5
Confusão	35	4,0
Uso de drogas	21	2,4
Outros não psiquiátricos	16	1,8
Alucinações	11	1,3
Idéia e/ ou tentativa de suicídio	11	1,3
Esquizofrenia	9	1,0
Verborréia	9	1,0
Delírios	9	1,0
Ansiedade	8	0,9
Uso de bebida alcoólica	8	0,9
Crise depressiva	6	0,7
Distúrbio neurológico	5	0,6
Desorientação	5	0,6
Crise convulsiva	4	0,5
Transtorno mental	4	0,5
Andarilho	2	0,2
Crise de abstinência	2	0,2
Crise de abstinência de drogas	2	0,2
Transtorno Afetivo Bipolar	2	0,2
Amarrado	1	0,1
Inquietação	1	0,1
Acorrentado	1	0,1
Insônia	1	0,1
Sinais de espancamento	1	0,1
Sonolência	1	0,1
TOTAL	869	100

Na tabela 9, estão representados os dados contidos no campo “principais queixas e sintomas” do formulário de atendimento individual médico e de enfermagem e verifica-se que 47,6% foram representados pelo termo “surto

psiquiátrico”, seguido por 10,0% “agressividade”, “agitação” 8,86% e 6,9% outros sinais e sintomas psiquiátricos. Identificou-se que o termo “surto psiquiátrico”, de maior predomínio é um termo inespecífico e não discrimina o quadro clínico evidenciado no atendimento. Não há discernimento sobre as queixas e sintomas observados quando se registra esse termo.

Do total de 713 atendimentos de natureza psiquiátrica, 6,5% se mostraram sem sintomas psiquiátricos.

A equipe utilizou o termo “surto psiquiátrico” em 47,6% das fichas de atendimentos, para discriminar queixas e sintomas. Esse percentual nos remete a deduzir que os profissionais utilizam uma linguagem pouco técnica e conhecimento superficial no campo da Saúde Mental.

TABELA 10 – Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo tipos de psicofármacos. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

Grupos de Psicofármacos	n	%
Sem uso de psicotrópicos	639	89,7
Anti-psicóticos	30	4,2
Ansiolíticos	27	3,8
Anti-histamínicos	16	2,2
Anticonvulsiantes	1	0,1
Total	713	100,0

Na Tabela 10, verifica-se que 89,7% dos atendimentos não resultaram em uma conduta medicamentosa. Dos 10,3% que fizeram uso de medicações, 4,2% usaram anti-psicóticos, seguido por 3,8% ansiolíticos e 2,2% anti-histamínicos. Os anticonvulsiantes foram utilizados em 0,1% dos casos.

Esse percentual de 10,3% dos atendimentos nos quais pacientes fez uso de algum tipo de psicofármaco, associado ao reduzido tempo gasto para os atendimentos leva-nos a crer que os profissionais do SAMU, além de apresentarem dificuldades na descrição das principais sintomatologias clínicas psiquiátricas, também evidenciaram dificuldades para intervir nesse episódio. Se apresentam dificuldades em discriminar os casos psiquiátricos têm, consequentemente, dificuldades para atender e medicar. Portanto, agem principalmente como serviço de transporte e encaminhamento de pacientes psiquiátricos.

A seguir a tabela 11 mostra a distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo os grupos de psicofármacos utilizados pelas unidades nos quadros psiquiátricos.

TABELA 11 – Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo unidade de resgate e grupos psicofármacos. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

UNIDADES	USA	%	USB	%
Antipsicóticos	25	41,0	2	15,3
Ansiolíticos	23	37,7	7	54,0
Anti-histamínicos	13	21,3	3	23,1
Anticonvulsionantes	0	0	1	7,6
Total	61		13	

Ainda em relação ao uso de medicação psicotrópicas, na tabela 11 verifica-se que as USA foram as que mais se utilizaram dessa terapia (82,4%) e as USB 17,6%. Esse maior percentual nas unidades avançadas é esperado porque nelas o médico participa da equipe e nas USB a equipe para realizar esse procedimento se utiliza do protocolo da telemedicina (informação médica veiculada de um local para outro, por meio de comunicação eletrônica, visando à saúde e educação dos pacientes, para assim melhorar a assistência de saúde) via central de regulação médica. Nesse caso o médico regulador orienta a equipe a fazer uso de medicação.

Na nossa prática, o SAMU se utiliza da contenção medicamentosa após contenção física, com o intuito de suprimir os sintomas, rotina esta comum tanto nas USB como nas USA, que, às vezes, é questionada pelos serviços hospitalares de referência, no momento em que estes usuários são neles recebidos.

5.4 A DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS DO SAMU-CUIABÁ, NO CONTEXTO GEOGRÁFICO

A seguir a tabela 12 mostra como estão distribuídas as ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, nos municípios onde ocorreram os atendimentos.

TABELA 12 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo as regiões dos municípios Cuiabá e Várzea-Grande MT, no ano de 2010.

REGIÕES		n	%
Cuiabá	Oeste	129	18,1
	Sul	126	17,7
	Norte	122	17,1
	Leste	121	17,0
Várzea Grande	Leste	68	9,5
	Norte	49	6,9
	Sul	33	4,6
	Oeste	29	4,1
	Centro	20	2,8
	Não informado	16	2,2
TOTAL		713	100,0

A Tabela 12 mostra o total de atendimentos de urgências psiquiátricas ocorridos nas diversas regiões das cidades de Cuiabá e Várzea Grande.

Apesar de a área de abrangência do SAMU-Cuiabá ser composta por seis municípios conforme Figura 1, houve registros de atendimentos somente nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande. Em Chapadas dos Guimarães, Nossa Senhora do Livramento, Jangada e Santo Antônio do Leverger quando ocorria uma situação psiquiátrica, ela era encaminhada ao Pronto Atendimento Médico desse município e daí referenciada ao sistema de saúde, sem participação do SAMU.

A região Oeste de Cuiabá apresentou o maior percentual de ocorrências, chegando a registrar 18,1% dos casos, e na região Leste da capital ocorreu o menor índice dos casos, 17,0%. Esse percentual assemelha-se aos encontrados nos estudos de Duarte; Lucena; Morita (2011) que apontaram ser a região Oeste a que abarcou a maior proporção de atendimentos por causas clínicas, 14,4%. Na cidade de Várzea Grande a região Leste apresentou o maior percentual 9,5% e na região Central o menor 2,8%.

O teste estatístico indica que não existe diferença significativa entre o número de ocorrências nas regiões de Cuiabá e Várzea Grande, a distribuição dos atendimentos é uniforme.

O percentual de 2,2% representa as fichas que não continham informações sobre o local da ocorrência.

Na Figura 4 a seguir, podemos visualizar as regiões do município de Cuiabá e a localização de cada USB e USA.

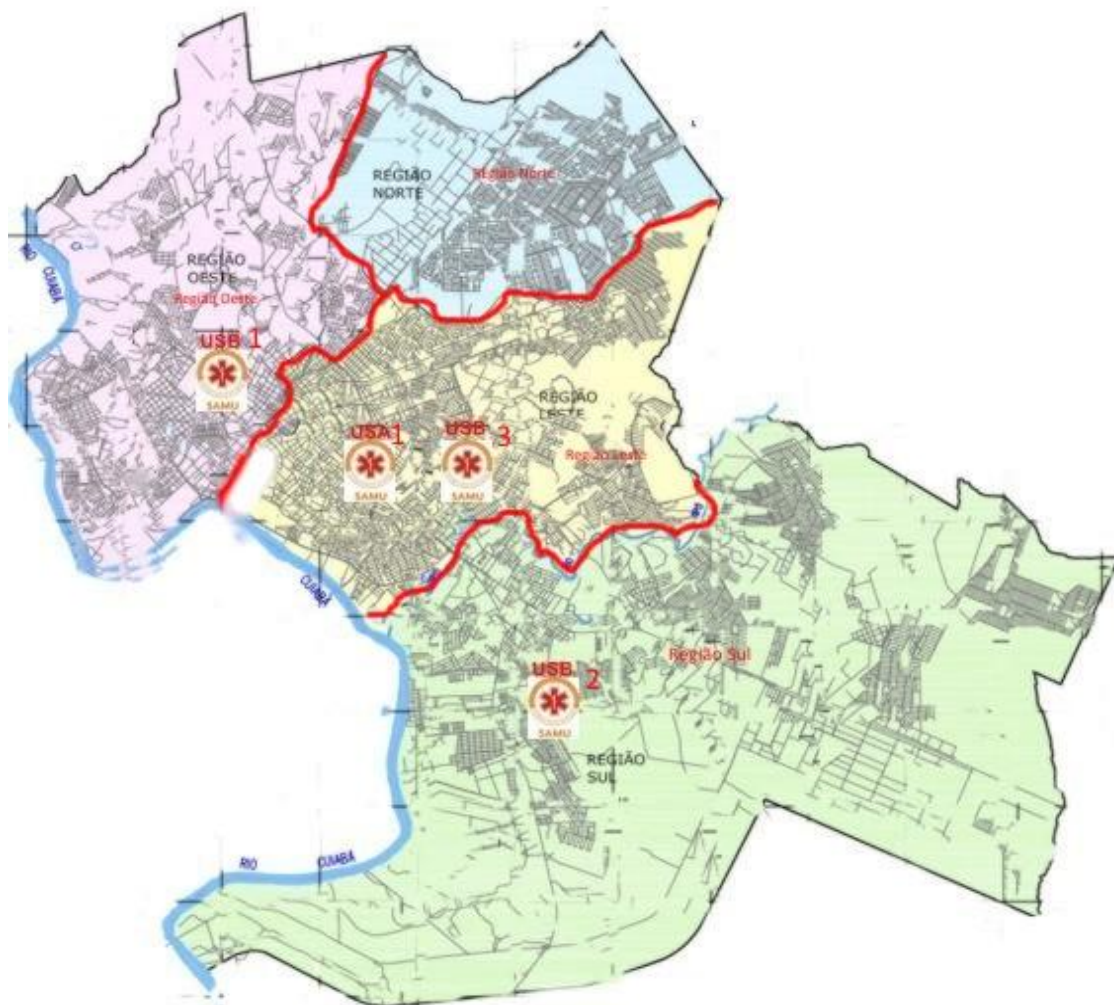


Figura 5: Divisão do município de Cuiabá por região e a localização das unidades de resgate em 2010.

O município de Cuiabá está dividido territorialmente em quatro microrregiões: Oeste, Norte, Leste e Sul e as unidades de resgate do SAMU estão implantadas em Cuiabá como mostra o figura 5; uma Unidade de Suporte Básico – USB na região Oeste, uma USB e uma USA na região Leste e uma USB na região Sul. Entretanto, a região Norte não possui nenhuma unidade de resgate, apesar de ser a mais afastada dos hospitais de referência psiquiátrica e Pronto Socorro.

Está apresentada na Figura 6 a divisão por região do município de Várzea Grande e a localização das unidades de resgate.



Figura 6: Divisão do município de Várzea Grande por região e a localização das unidades de resgate em 2010.

O município de Várzea Grande com relação à divisão territorial é composto por cinco microrregiões, conforme o figura 5; Oeste, Norte, Leste e Sul e Centro. E as unidades de resgate do SAMU estão implantadas uma USB na região Leste, e Norte e uma USA na região Central. No entanto, Norte, Sul, Oeste não possuem nenhuma unidade de resgate, totalizando uma grande extensão territorial desprovida de tal unidade, gastando um tempo maior para a chegada de uma unidade a essas regiões.

Consideramos que estes dados poderão contribuir para o direcionamento de estratégias de implantação de novas unidades de resgate nas regiões que não as possuem, ampliando a cobertura dos atendimentos, possibilitando efetividade e rapidez, reduzindo o tempo gasto pela equipe nos atendimentos às emergências de quaisquer naturezas.

Na tabela seguinte estão descritos os resultados do teste de comparação das médias do tempo preconizado encontradas em todas as regiões.

TABELA 13 - Descrição das regiões e resultados do teste de comparação das médias entre o tempo gasto de chegada na ocorrência, preconizado pelo Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS, 2007), atendidas pelo SAMU-Cuiabá no ano de 2010.

Região	n	Média	desvio-padrão	p-valor
Oeste-Cuiabá	103	00:10:48	00:10:48	0,0000*
Norte – Cuiabá	94	00:15:09	00:07:09	0,0000*
Leste – Cuiabá	99	00:12:49	00:07:31	0,0000*
Sul – Cuiabá	97	00:17:50	00:14:00	0,0000*
Norte – V. Grande	38	00:17:55	00:12:20	0,0000*
Sul – V. Grande	26	00:17:39	00:09:05	0,0000*
Centro – V. Grande	13	00:16:04	00:06:50	0,0010*
Leste – V. Grande	53	00:17:41	00:23:27	0,0038*
Oeste – V. Grande	25	00:25:19	00:27:19	0,0040*

*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Os serviços de resgate em países referência na modalidade de atendimento pré-hospitalar (APH), como França, Estados Unidos e alguns países europeus definem o tempo de 6 a 8 minutos como padrão de tempo resposta (é o tempo entre o chamado da equipe e a chegada do resgate) (PHTLS, 2007). Levando em consideração as ruas e avenidas estreitas e com sinalizações precárias, além da má conservação das malhas viárias urbanas e rurais das cidades em estudo (Cuiabá e

Várzea Grande), elegemos o limite superior o tempo de 8 minutos como tempo para comparação apresentado na tabela 13.

De acordo com a tabela 13, todos os tempos gastos entre a comunicação da ocorrência e a chegada da unidade no local, foram superiores a 8 minutos. Isso merece rever as implantações delas, considerando a distância onde estão localizadas. Diante dos resultados apontados, fica como sugestão aos gestores que a base da USB seja em um local mais centralizado nas regiões, ou ainda a implantação de outras bases nas regiões mais distantes ou de difícil acesso.

As comparações múltiplas para as médias de tempo entre as regiões, estão sendo apresentadas na tabela 14.

TABELA 14 - Comparações múltiplas para as médias de tempo entre as regiões do município de Cuiabá, no SAMU-Cuiabá em 2010.

(I) Região	(J) Região	Dif. Médias (I-J)	erro padrão	Sig.
Oeste - Cuiabá	Norte - Cuiabá	-0:04:21.225*	0:00:59.991	,001*
	Leste – Cuiabá	-0:02:00.850	0:00:59.259	,777
	Sul – Cuiabá	-0:07:01.754*	0:01:33.583	,001*
Norte - Cuiabá	Leste – Cuiabá	0:02:20.374	0:01:04.547	,661
	Sul – Cuiabá	-0:02:40.529	0:01:37.017	,971
Leste - Cuiabá	Sul – Cuiabá	-0:05:00.903	0:01:36.567	,075

*Diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$)

Na tabela 14 estão demonstrados os resultados das comparações múltiplas para as médias de tempo entre as regiões. As médias de tempo entre as regiões é o tempo gasto para chegar ao local da ocorrência. Já observamos anteriormente que estes tempos estão acima do limite de 8 minutos e comparando as médias de tempos gastos os dados apresentaram diferenças significativas para as regiões oeste-norte e oeste-sul de Cuiabá, isto é se gastou um maior tempo no atendimento para estas regiões. Para a cidade de Várzea Grande as médias de tempo não diferem estatisticamente.

5.5 A DINÂMICA DE ATENDIMENTO DAS OCORRÊNCIAS DE NATUREZA PSIQUIÁTRICA NO SAMU-CUIABÁ

Nas tabelas 15 e 16 estão apresentadas as demandas de tempo para os atendimentos de natureza psiquiátrica, considerando a dinâmica dos atendimentos.

TABELA 15 - Tempo dispendido nas ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo a ação, no ano de 2010

Tempo de ação	Registros	Tempo mínimo (h;min;seg)	Tempo máximo (h;min;seg)	Tempo médio (h;min;seg)
Tempo gasto até o local da ocorrência	552	00:01:00	2:43:00	0:15:00
Tempo que a unidade esteve fora da base	320	00:14:00	3:28:00	1:06:00
Tempo de atendimento no local da ocorrência .	508	00:01:00	1:50:00	0:14:00
Tempo gasto com a remoção do paciente até o destino.	448	00:01:00	1:12:00	0:14:00
Tempo de espera da equipe no destino, para transferência do paciente.	390	00:01:00	1:27:00	0:16:00
Não Informado	127			

TABELA 16 - Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo o tempo médio dispendido no atendimento por unidade de resgate. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

Unidade de Resgate							
Tempo de Ação	USA1	USA2	USA1	USA2	USA3	USA4	USA5
Tempo gasto até o local da ocorrência (h;min;seg)	00:13:02	00:24:51	00:12:43	00:15:45	00:14:03	00:18:34	00:16:11
Tempo que a unidade esteve fora da base (h;min;seg)	1:21:00	1:08:00	1:09:00	1:02:00	1:14:00	1:15:00	1:18:00
Tempo de atendimento no local da ocorrência (h;min;seg)	00:23:50	00:12:34	00:13:43	00:13:50	00:12:50	00:14:07	00:17:42
Tempo gasto com a remoção do paciente até o destino (h;min;seg)	00:13:15	00:16:41	00:13:11	00:12:24	00:15:38	00:16:09	00:17:56
Tempo de espera da equipe no destino, para transferência do paciente. (h;min;seg)	00:18:14	00:15:33	00:14:04	00:14:58	00:18:06	00:18:40	00:20:42

Na tabela 15 verifica-se que a média de tempo gasto no atendimento às emergências psiquiátricas é de 14 minutos. Observa-se que a média de tempo que se leva para chegar ao destino do atendimento é também de 14 minutos. A média de tempo gasto no destino pela equipe do SAMU, ao passar o caso para a equipe de referência, é de 16 minutos. Em 127 atendimentos (17,8%) não havia registros de tempo.

Na tabela 16 está indicado o tempo médio despendido no atendimento por cada unidade de resgate. Em relação ao tempo de atendimento no local da ocorrência das USA, observa-se que a USA1 gasta, em média, 23 minutos e 50 segundos para realizar um atendimento psiquiátrico e a USA 2, o realiza com 12 minutos e 34 segundos (diferença de 10 minutos e 16 segundos). Das USBs, a USB 3 realizou os atendimentos no menor tempo, de 12 minutos e 50 segundos e a USB 5, em maior tempo, 17 minutos e 42 segundos.

Os dados acima mostram que o tempo de atendimento das ocorrências por todas as unidades é considerado reduzido, segundo alguns autores, em relação às necessidades de uma abordagem terapêutica adequada. Entretanto, observamos que uma das unidades avançadas USA 1 é que gastou maior tempo durante o atendimento.

Em relação ao tempo gasto com a remoção do paciente até o destino, as Unidades USA 2, USB 4 e USB 5, gastaram maior tempo de deslocamento, acima de 16 minutos. Entretanto, isso já é esperado, pois suas bases estão localizadas mais distantes do hospital psiquiátrico de referência.

Quando ao tempo de demora da equipe no destino para transferência do paciente observou-se que todas as unidades gastam mais tempo no processo de transferência do que nos atendimentos aos pacientes em sofrimento mental.

Consideramos reduzido o tempo médio de atendimento das ocorrências em relação às necessidades de abordagem adequadas dos pacientes em sofrimento mental. Nos atendimentos das emergências psiquiátricas, diferentemente das emergências de outras naturezas é necessário que se gaste tempo para realizar uma abordagem adequada, valorizando a comunicação terapêutica verbal e não verbal, no intuito de diminuir ou eliminar o comportamento que desencadeou a crise, considerando a intervenção verbal como primeira estratégia (MARCOLAN, 2004; ESTELMHSTS *et al*, 2008; BONFADA, 2010).

Novas práticas, saberes e serviços têm sido pensados a fim de substituir o modelo de tratamento biomédico no cuidado às pessoas portadoras de transtorno mental nos diferentes campos de atendimento de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, pois o antigo modelo de atendimento, contraditoriamente, constituiu-se no principal causador da manutenção e cronificação do sujeito da loucura. A estratégia de organização de serviços de saúde mental no Brasil vai ao encontro desta nova proposta, que enseja condições que conduzam à construção de

uma prática de atenção à saúde mental mais justa, democrática e solidária. A Reforma Psiquiátrica, torna-se o marco na transformação deste paradigma no campo da saúde mental (AMARANTE,1995; 2000).

Após as discussões da Reforma Psiquiátrica, os serviços de saúde têm se empenhado em modificar suas práticas, desfazendo aquelas herdadas em hospícios do século XIX E XX. Para tanto, tem buscado rever mudanças em seus métodos de abordagem e preconiza-se que os portadores de sofrimento psíquico sejam assistidos por uma equipe multiprofissional e que se tenha um projeto terapêutico que objetiva sua recuperação (PAES, *et al.*, 2009).

Acreditamos que o SAMU como serviço recente nos atendimentos de urgências e emergências poderia ser um espaço importante para se construir novas práticas de assistências nos atendimentos as crises. Não podemos negar que houve avanço nos serviços que prestam atendimentos aos portadores de sofrimento mental, citamos como exemplo a própria lógica do SAMU, e seus novos atores que prestam atendimentos aos doentes mentais. Entretanto, ainda temos um longo caminho a percorrer nas práticas do SAMU. As diretrizes propostas pela reforma psiquiátrica se mostram ainda de forma incipiente nas práticas dos profissionais.

Ao analisar o atendimento às ocorrências de natureza psiquiátrica pelos profissionais do SAMU, consideramos o papel de outros atores nessa intervenção.

Nas fichas de anotação do cadastro manual de pacientes (anexo 2) verificamos que somente em 26,4% dos atendimentos foi registrada a solicitação do apoio da polícia militar.

Entretanto, acreditamos que esse percentual de solicitação é maior do que o registrado nas fichas de atendimentos individual médico e de enfermagem ou do cadastro manual de pacientes, pois, em nossa experiência é de praxe acionar a polícia pela central de regulação, antes mesmo da equipe chegar ao local, ou de avaliar a situação. Isso se dá pelo fato de a Portaria 2.048/GM alertar a equipe sobre a importância de, no momento do atendimento, ela reconhecer a necessidade de acionar outros atores (polícia, bombeiros e outros) no atendimento às urgências psiquiátricas, quando comprometer a segurança do paciente ou da equipe (BRASIL, 2002, p.76).

Com base em nossa experiência, podemos afirmar que o acionamento da polícia como apoio, se dá em todos os atendimentos de natureza psiquiátrica, no

SAMU-Cuiabá, prática que, de acordo com estudo de Jardim, (2008) é vivenciada também no SAMU de outras capitais brasileiras,

A solicitação precoce da polícia militar pelos profissionais do SAMU, nos leva a crer estar associada ao medo e à sensação de periculosidade que esses pacientes representam para a equipe. Jardim; Dimenstein (2008) e Bonfada (2010) observaram que o profissional utiliza como forma de defesa inicial manter-se à distância do sujeito em crise, sendo esta atitude justificada pelo sentimento de medo que pode ser manifestado pela falta de preparo e atualização da equipe do SAMU, fazendo com que esta utilize uma força maior representada pela presença da polícia militar.

Os atendimentos do SAMU associados à polícia militar nos remetem aos moldes da psiquiatria asilar, que utilizava de força e controle no manejo do paciente nos manicômios brasileiros.

Sobre a necessidade da presença da polícia como apoio, entendemos que ela pode ter papel fundamental nesse cenário em ocasiões nas quais o quadro apresentar riscos à equipe e ao doente. Consideramos que em eventos violentos, quando é necessário preservar a cena da ocorrência e dar segurança à equipe, o SAMU pode contar com parceiros como os bombeiros militares, polícia civil, polícia militar e polícia rodoviária federal. Entretanto, o grande desafio para a equipe do SAMU está em atender os portadores de transtornos mentais sem a presença incondicional da polícia militar. Trata-se de reconhecer que cabe à equipe de saúde prestar os cuidados adequados de assistência com competência técnica, inclusive no manejo – terapêutico e não repressivo – de situações de hostilidade relacionadas a transtornos mentais dos pacientes, sem se colocar em risco.

Acreditamos que a contenção física nos serviços de emergências pode acontecer, mas deve ser realizada somente depois de esgotadas todas as alternativas como: abordagem verbal, mudanças no ambiente, eliminação de estímulos externos e outros. A abordagem verbal pauta-se pela comunicação terapêutica (MARCOLAN, 2004; CASTRO, 2008; PAES, *et al.*, 2009; PAES, 2009).

Nesse sentido, a equipe que atende os sujeitos em crise deve se preocupar em identificar os elementos externos que influenciam o quadro psíquico do paciente, podendo este evoluir para a agressão e agitação psicomotora (STUART E LARAIA, 2001).

Portanto, o tempo médio de quatorze minutos gastos pela equipe do SAMU em estudo é insuficiente para compreender e resolver este quadro, limitando-se ao serviço de transporte.

Questiona-se, ainda, até que ponto a polícia militar possui preparo para disponibilizar apoio, e, em que momento (tempo) o SAMU precisa acionar o auxílio dela.

Para Jardim (2008), ainda estão impregnadas nas falas e na forma de abordagem realizada pelos profissionais do SAMU a impressas de que todos os pacientes em crise estão ou poderão ficar agressivos, e por isso podem ser perigosos postura que se ainda é comum nos serviços pré-hospitalares e em outros serviços de emergências. Essas práticas foram herdadas dos hospitais psiquiátricos e manicômios brasileiros, onde a loucura era sinônimo de periculosidade e por isso se usava a força para suprimir o quadro psiquiátrico.

A lei garante que todos os portadores de transtornos mentais têm direito a um atendimento humanizado conforme o artigo 2º alínea II da Lei Federal Nº. 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica e pelos princípios do SUS definidos em Lei federal Nº. 8.080/90, que determina um atendimento ao usuário de forma a garantir a equidade, universalidade e integralidade. Em vista disto, faz - se necessária uma análise mais profunda deste atendimento realizado pelo SAMU-Cuiabá aos pacientes com transtornos mentais.

Por ser de responsabilidade técnica dos profissionais do SAMU a execução do cuidado de saúde adequado ao paciente psiquiátrico em crise é discutível a inclusão da polícia militar nesse processo.

Alguns achados desta pesquisa como os registros de anotações com ausências de informações ou informação incompleta, utilização de termos inespecíficos, apoio incondicional da polícia militar, tempo reduzido gasto nos atendimentos de natureza psiquiátricos, evidenciam dificuldades das equipes do SAMU-Cuiabá em adequar-se ao atendimento das ocorrências psiquiátricas.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica traz uma nova concepção da loucura, levando a pensar em um lugar novo para as pessoas em sofrimento psíquico, um espaço de cuidado e de atenção onde se possa compreender e resolver.

Consideramos que os serviços que prestam assistência aos doentes mentais, das quais fazemos parte como trabalhador, necessitam percorrer um longo caminho em direção à reforma psiquiátrica em nosso estado. Reconhecemos que

esse processo é lento e que alguns benefícios já foram alcançados. Por exemplo, atualmente os portadores de sofrimento psíquico em crise estão sendo atendidos também pelos profissionais de saúde, não mais somente pela polícia ou bombeiros como anteriormente. Observa-se também que nas conferências de saúde e de saúde mental estão sendo fomentadas as discussões sobre redes de serviços que atendem essa clientela e o papel efetivo do CAPS e outros serviços, os recursos orçamentários do Estado e a participação da família na recuperação da autonomia do doente mental.

TABELA 17: Distribuição das ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo SAMU-Cuiabá, segundo destino do paciente. Cuiabá-MT, no ano de 2010.

Destino do Paciente	n	%
Hospital Adauto Botelho	603	84,6
PSMC	23	3,2
PSMVG	22	3,1
Recusou Atendimento	19	2,7
Evadiu-se do local	12	1,7
Atendido e Liberado	7	1,0
Hosp. Jd. Cuiabá	5	0,7
Policlínica do Verdão	5	0,7
Policlínica CPA1	4	0,6
Não Informado	3	0,4
Removido por Outros	3	0,4
CAPS. – VG	2	0,3
Hosp. Santa Rosa	2	0,3
Conduzido pelo Vizinho	1	0,1
Policlínica Coxipo	1	0,1
Policlínica Planalto	1	0,1
Total	713	100,0

A tabela 17 mostra o destino do paciente atendido pelo SAMU. Dos 713 atendimentos de natureza psiquiátrica, 84,6% foram encaminhados para o Hospital Psiquiátrico (Adauto Botelho).

Aos serviços de emergências gerais aqui apresentados pelos Prontos Socorros de Cuiabá (PSMC) e Várzea Grande (PSMVG), foram encaminhados 6,3% dos casos. Os serviços secundários de saúde como as policlínicas foram responsáveis pelos atendimentos de 1,5% dos casos.

Aqueles que tiveram a presença de uma unidade do SAMU para prestar assistência, mas recusaram atendimento por algum motivo, representaram um percentual de 2,7%. Ressalta-se que a recusa considerada pelo SAMU é dos

familiares, vizinhos ou da pessoa que possui algum vínculo com o doente mental, visto que, a recusa do paciente não resulta em suspensão do encaminhamento, a equipe não reconhece sua autonomia.

Neste sentido, é relevante refletir acerca do significado desse dado, pois, nesse contexto é retratada a mesma reprodução de assistência que era prestada aos pacientes portadores de sofrimento psíquico no modelo asilar: eram excluídos socialmente sem domínio sobre seu corpo e vontade e sua autonomia não era aceita e valorizada.

Os CAPS são, no atual modelo assistencial de saúde mental, os serviços previstos para substituírem os hospitais psiquiátricos no atendimento regionalizado da demanda psiquiátrica. Nossa pesquisa evidenciou que apenas 0,3% dos casos atendidos pelo SAMU-Cuiabá foi encaminhado para um único CAPS.

Jardim; Dimenstein (2008) afirmam ser esta uma questão crucial, pois esses serviços substitutivos que funcionam de maneira desarticulada, contribuem para os atendimentos pautados na lógica asilar, onde ocorrem predominantemente os encaminhamentos para os hospitais psiquiátricos, com tratamento baseado em internações e contenção física e química.

Observamos que mesmo com 05 unidades do CAPS no município de Cuiabá e 02 em Várzea Grande somente 1, de Várzea Grande, foi acionado pelo SAMU, em 0,3% dos atendimentos. Isto nos leva a crer que a rede de serviços em saúde mental funciona de maneira desarticulada dos outros serviços que prestam assistência aos portadores de sofrimento psíquico. O CAPS que deve funcionar como articulador da rede de atenção à saúde mental (AMARANTE, 2007; BRASIL, 1992), não correspondeu a essa função como evidenciam os dados deste estudo.

CONCLUSÕES

No Brasil, a rede nacional dos serviços pré-hospitalares SAMU/192 vem se expandido em números crescentes nos últimos anos, e está implantada em todas as capitais brasileiras e em muitos municípios de médio e grande porte. Esse modelo de assistência pré-hospitalar às urgências e emergências foi criado para realizar atendimentos nas diferentes especialidades inclusive nas emergências psiquiátricas.

O SAMU-Cuiabá foi implantado em 2004 e incluem os municípios de Cuiabá, Santo Antônio do Leverger, Jangada, Várzea Grande, Nossa Senhora do Livramento e Chapada dos Guimarães. Durante o ano de 2010, só foram observadas ocorrências de natureza psiquiátrica nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande.

O número total de atendimentos do SAMU-Cuiabá, em 2010, foi de 19.400 e as ocorrências de natureza psiquiátrica, no mesmo período, totalizaram 713 atendimentos, representando 3,7% do total de ocorrências.

As Unidades de Suporte Básico (USB) foram acionadas em 86,2% dos atendimentos de natureza psiquiátrica e as Unidades de Suporte Avançado (USA) em 13,6%.

As características dos atendimentos de natureza psiquiátrica, objeto deste estudo, identificadas pelos registros da equipe nas Fichas de Atendimento Médico e de Enfermagem evidenciaram o predomínio do sexo masculino (53,0%), enquanto o sexo feminino apresentou o percentual de 43,5% e em 3,5% das ocorrências de natureza psiquiátrica não foi informado o sexo.

A faixa etária de 18 a 41 anos foi a que se destacou (59,4%). Entretanto, a partir da idade de 34 anos, observou-se uma inversão, sendo mais predominante o sexo feminino.

Os termos “surto psicótico” e “surto psiquiátrico” foram os mais registrados como diagnósticos nas fichas estudadas 26,2% e 19,0% respectivamente. No entanto esses termos não constam como categorias diagnósticas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde.

Os medicamentos utilizados no momento do atendimento foram ansiolíticos, antipsicóticos, anticonvulsivantes e anti-histamínicos. No entanto, 89,7% dos

atendimentos não resultaram em conduta medicamentosa e somente 10,3% fizeram uso de medicações, sendo as USA as que mais se utilizaram dessa terapia (82,4%).

Entre as queixas e sintomas, predominaram as denominações “surto psiquiátrico” em 47,5%, “agressividade” 10,0% e “agitação” 8,9%; 6,5% não se relacionavam a sintomas e/ou queixas psiquiátricas.

A média de tempo gasto no atendimento às emergências psiquiátricas foi de 14 minutos. Consideramos esse tempo muito reduzido em relação às necessidades de abordagem adequada aos pacientes em sofrimento mental. Observa-se que a média de tempo que se levou para chegar ao local do atendimento foi de 16 minutos, superior ao preconizado pelo Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS, 2007).

A mobilização da polícia militar é realizada como apoio ao SAMU-Cuiabá em todos os atendimentos psiquiátricos. Consideramos que o modelo de assistência defendida pela reforma psiquiátrica, inclusivo e não repressivo, necessita avançar em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente nos serviços de urgências psiquiátricas e pré-hospitalares.

Predominaram os encaminhamentos para o Serviço de emergência psiquiátrica anexo ao hospital psiquiátrico (84,6%), seguido dos serviços de emergência geral (6,3%) e apenas 0,3% ao CAPS. Pode-se concluir que a rede de atenção a saúde mental dos municípios de Cuiabá e Várzea Grande se encontram fragilizada, notadamente no que se refere à função dos CAPS como articuladores da rede de atenção psicossocial, pois em 2010 somente dois pacientes (entre os 713 atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo SAMU-Cuiabá) foram acolhidos por um dos seis CAPS existentes em Cuiabá e Várzea Grande. O hospital psiquiátrico ainda é o local de referência prioritário para esses atendimentos.

Os resultados deste estudo evidenciam avanços na integração de atendimentos psiquiátricos na rede SAMU, mas, assim como em outras regiões brasileiras, apontam também necessidades de ações como criação de um sistema de armazenamento de informação *online* das ocorrências, criação de protocolo de atendimentos nos quadros psiquiátricos, redimensionamento geográfico das unidades de resgate e ainda a necessidades de novos investimentos, sobretudo em capacitação.

A qualidade dos registros, fonte secundária dos dados desta pesquisa, com campos sem preenchimento ou incompletos e imprecisões nas fichas de atendimentos representou um limite a ser considerado na análise dos resultados.

Recomenda-se a realização de outros estudos abordando diferentes aspectos surgidos a partir desta pesquisa, como as práticas assistenciais das equipes, suas necessidades de capacitação, entre outras, para que avancemos em busca das mudanças para melhor atender os indivíduos com transtornos mentais e na consolidação da reforma psiquiátrica em nosso Estado.

Recomenda-se ainda a padronização de registros (Ficha de Atendimento Médico e de Enfermagem) e a sistematização nacional de um sistema de informações do SAMU para que possam ser identificados e comparados os dados de diferentes regiões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, n.1, p.12-18, Jan./Mar. 1999.

AMARANTE P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136p.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120p.

ATAÍDE, I. F. C. **As internações no contexto da Reforma Psiquiátrica em Mato Grosso**. 2008. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

BONFADA, D. **Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a assistência às urgências psiquiátricas**. 2010. 147 p. Dissertação (mestrado)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Natal, 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **População por municípios**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/>>. Acessado em: 15 de nov. de 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- 192**. Etapas, Localidades e Cidades Atendidas. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>>. Acessado em: 30 de ago. de 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196/96, normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2048 5 de novembro de 2002**. Institui a Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências, Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**, 1990-2002. 5. ed. Revisada e atualizada. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para organização da atenção aos portadores de transtornos mentais nos estados e municípios, de acordo com as diretrizes NOAS-SUS 01/2001**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1863 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre normas diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares.** Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2300 de 18 de setembro de 2007.** Habilita o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 do Estado de Mato Grosso, localizado no município de Cuiabá (MT). Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE.** Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BUENO A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.1, p.45-53, Jan/Mar, 2010.

CALDIERARO, M.A.; SPODE, A.; FLECK, M. P. A. Avaliação do paciente na emergência. In: QUEVEDO, J; SCHMITT, R; KAPCZINSKI, F. **Emergências Psiquiátricas**. 2. ed. Porto Alegre. Artmed, 2008. Cap. 1, p. 17-48.

CASTRO, R.C.B.R. Comunicação não-verbal na assistência de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K; ARANTES; E.C. (Orgs.). **Psiquiatria em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008. Cap. 18, p. 317-329.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006. 164 p.

COELI, C.M. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro,v.18, n.3, p.355-6, jul-set, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 199-204, Jan/Mar. 1998.

CRUZ M, Carlos et al . Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz": Un nuevo estudio comparativo. **Rev. chil. neuro-psiquiatr.**, Santiago, v. 48, n.3, p. 175-183, set. 2010.

DUARTE, S.J.H; LUCENA, B.B; MORITA L.H.M. Atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá, MT, Brasil. **Rev. Eletr. Enf.**. v.13, n.3, p. 502-7, Jul/Set. 2011.

ESTELMHSTS, P.; BRUSAMARELLO, T.; BORILLE, D.; MAFTUM, M. A. Emergências em saúde mental: prática da equipe de enfermagem durante o período de internação. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.399-403. jul/set. 2008.

FARAH, M. F. S.; BARBOZA, H. B. (Org.). **Novas experiências de Gestão Pública e Cidadania**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. 296 p.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**. Campinas, v.6, n.1, p. 31-44, 2007.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar Móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão-Preto**. 2004. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FIGUEIREDO D. L. B.; COSTA A. L. R. C. Serviço de Atendimento Móvel às Urgências Cuiabá: desafios e possibilidades para profissionais de enfermagem. **Acta Paul de Enferm**, v.22, n.5, p.707-10. 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Enfermagem: cuidando em emergência**. , 2. ed. rev . São Caetano do Sul. São Paulo: Yendis Editora, 2006. 235p.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005. 144p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed.. São Paulo: Atlas, 2007. 206p.

GOIÁS. Departamento de Estatística. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Goiânia**, 2010. Disponível em:< <http://samu.goiania.com.br/>>. Acesso em: 10 ago, 2011.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise; pesando nos pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.13, n.1, p.169-189, jun, 2007.

JARDIM, K.F.S.B. **O Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica: em análise a experiência de Aracajú/SE**, 165 p.. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal, RN, 2008.

JARDIM, K.F.S.B; DIMENSTEIN, M. • A crise na rede: o SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p.150-160, Jun/Dez, 2008.

JORGE, M.H.P; MATHIAS, T.A.F. Sistema de informações sobre mortalidade: análise da qualidade dos dados para o município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil. **Acta Scientiarum**, Maringá, v.23, n.3, p.759-765, 2001.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.; SADOCK, V. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed.Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. 1584p.

LARA, A. F. L. A produção do conhecimento psicológico psiquiátrico em saúde mental: Considerações a partir de um texto exemplar. **Psicol. USP**, São Paulo, v.17, n. 1, p. 35-52, Mar. 2006.

LARANJEIRA, R. Casos psiquiátricos são 2ª maior demanda do Samu. **Jornal o Estado de São Paulo**, São Paulo, 25 out. 2006. Caderno Cidades. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,AA1324069-5598,00.html>> . Acesso em jan/2011.

MARCOLAN, J. F. **A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica**. São Paulo. Edição do Autor, 2004. 263p.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S; CICONET, R.M. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. **Acta Paul Enferm**. Porto Alegre, v.22, n. 2, p. 185-91. 2011.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n.1, p.17-25, abr. 2004.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

MERHY E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, HUCITEC, 2002.

OLIVEIRA, A. G. B.. **A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental**. 2003, 293p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, A.G.B.; VIEIRA, M.A.M; ANDRADE, S.M.R. O SUS, o PSF e a reforma psiquiátrica possibilidade e necessidade de inclusão de ações de saúde mental em todos os níveis de atenção à saúde do SUS. In VIEIRA, M.A.M (org.). **Saúde Mental na Saúde da Família**. Subsídios para o trabalho assistencial. Olho d'Água. p.19-22. São Paulo, 2006.

PAES M. R.; BORBA, L. O.; BRUSAMARELLO T., GUIMARÃES A.N., MAFTUM M.A. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.479-84, Out/Dez. 2009.

PAES, M. R. **Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral**, 144p.Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.Curitiba, 2009.

PHTLS – **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado**: Comitê do PHTLS da *National Association of Emergency Medical Technicians* (NAEMT) em Cooperação com Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. 6. ed. Rio de Janeiro:Mosby Jems – Elsevier, 2007. 596p.

RAMOS, V. O.; SANNA M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev Bras de Enferm**, v.58, n.3, p 355-60, Maio-Jun, 2005.

RIBAS, D. L.; BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. C. Iluminando as vivências de indivíduos em sofrimento psíquico de um CAPS em Florianópolis. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.1, p.40-6, Jan-Marc, 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo. Atlas, 2007. 287p.

ROUQUAYROL, M.Z.; NAOMAR, A.F. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro. Medsi, 2003. 708 p.

SANTA CATARINA. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Gerência Estadual do SAMU/192. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/>> Acesso em ago., 2011.

SANTOS J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S.L. L; FERRAZ, C.A; DALLORA, M.E.L.V; SÁ,M.F.S. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP. **Revista USP**. São Paulo, v. 36, n.1, 2003.

SARTI, C. A. **O Atendimento de Emergência a Corpos Feridos por Atos Violentos**. Physis, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.107-126, Jan/Jun, 2005.

SCARPELINI, S. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina Ribeirão Preto**, v.40, n.3, p.315-320, 2007.

SILVA, E. A. C. **Risco biológico para os trabalhadores que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar móvel**. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2008

SILVA, H.L.R. **Evolução da morbidade por transtornos mentais no município de Alfenas-MG**. 2008. 80f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SMELTEZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 9. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUSA, F.S.P; SILVA C.A.F; OLIVEIRA E.M. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.796-802, 2010.

SOUSA, N. E. **A enfermagem na saúde mental**. Goiânia, AB, 2006. 71p.

SOUSA, W. R. Levantamentos das ocorrências pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU no Município de Cuiabá/MT e Baixada Cuiabana no ano de 2009. **Revista Emergência Clínica**, São Paulo, v.27, n.6, p.183-188, dez. 2010.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica; princípios e prática**. 6 ed. Porto Alegre, Artmed, 2001. 958 p.

TAYLOR, C. M. **Manual de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 465p.

TEIXEIRA, A. M. F.; LUIS, M. A. V. Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.517-525, jul-set. 1997.

THOMAZ, R. R.; LIMA, F. V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.13, n.3, p.59-65, set/dez. 2000.

TORRES, E. H.; AMARANTE, P. Protagonismo e Subjetividade: construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 73-85, 2001.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica; conceitos de cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. 835p.

ZAPPAROLI A. S; MARZIALE M. H. P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências, **Rev. Bras. Enferm**, v.59, n.1, p.41-46, Jan/Fev, 2006.

ANEXO 1

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM		 ESTADO DE MATO GROSSO SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192					
REGISTRO DE ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM							
DATA		SAÍDA DA BASE		CHEGADA NA BASE		UR: ALFA BRAVO 1 2 3 5 6 7 8 9 10	
Localização da Ocorrência							Bairro
Nome da Vítima						Idade	Sexo:
NATUREZA DO CHAMADO							
☐ Causa Externa ☐ Clínico		☐ Pediátrico ☐ Psiquiátrico		☐ Gineco/ Obstétrico ☐ Outros _____			
DETALHAR CAUSAS EXTERNAS : Acidentes de Transito ☐ Colisão :..... com ☐ Capotamento ☐ Queda de moto () de bicicleta () de outros :		Agressão: () Sem objeto contundente () PAF () FAB () Com outros objetos contundentes :		Outros acidentes: () Queda de (local, altura) () Químico () Aéreo () Afogamento () Incêndio () Outros :			
AValiação e Exame Clínico							
Principais Sintomas/Queixas:							
☐ Alcoolismo () Alergia () AIDS () Convulsões () Diabetes () Doença Cardíaca () Doença Renal () Droga-adição () AVC ☐ Hiper. Arterial () Doença Mental () Doença infecto contagiosa () Doenças Respiratórias () Outros _____ ☐ Cirurgias realizadas _____ () Internações anteriores _____ () Medicamentos _____ ☐ Gestante () Ingesta hídrica / alimentos							
DADOS VITAIS → PA X		Pulso	FR	SAT O2	Glicemia	Glasgow : AO RV RM T =	Outros :
Vias Aéreas ☐ Livre ☐ Obstrução Parcial () Total Citar causa :		Respiração/Ventilação ☐ Espontânea ☐ Apnéia		Ausulta ☐ Normal () Roncos / Sibilos ☐ Estertores () MV diminuído ☐ MV ausente		Achados ☐ Hálito Etílico () Hemoptise ☐ Enfisema Subcutâneo () Crepitação ☐ Outros	
Circulação PELE () Normal () Palidez () Cianose () Quente () Fria ☐ Úmida () Seca () Outros _____ PERFUSÃO () Normal () Retardada				Pulso () Regular () Fino () Cheio () Irregular () Ausente AUSCULTA () Normal () Hipofonese () Atrito Pericárdio () Arritmia ☐ Sopro _____ Obs			
Exame Neurológico ☐ Agitação () Convulsão Otorrágica () D () E Olhos de Guaxinin () D () E Battle () D () E Afasia Déficit motor () MSD () MID () MSE () MIE S. Babinski () D () E Déficit sensitivo Rigidez de nuca : () sim () não Pupilas () Isocóricas Anisocóricas D E Ref Foto Motor () D () E							
Segmentos Pescoço – () Normal () Turgência Jugular ☐ Desvio traquéia () Outros _____ Abdômen – () Normal () Doloroso / defesa ☐ Irritação peritonal () Ascite () Distensão ☐ Outros				Gineco/obstétrica G P A ☐ Trabalho de Parto _____ semanas IG : Contrações / 10min : Duração das contrações : segs. Bolsa rota : () sim () não Toque : cm.		☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Outros:	
						RN ☐ Vivo ☐ Morto ☐ DequiPlacenta Apgar 1º _____ 5º _____	
DIAGNÓSTICOS							
1 - _____				3 - _____			
2 - _____				4 - _____			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Cânula orofaríngea () Intubação () Cricotireoidostomia () Cateter de O2 _____ L/min () Ambu () O2 _____ L/min () ☐ Toracocentese () D () E () Drenagem Torácica () D () E () Massagem Cardíaca externa () Desfibrilação / Cardioversão ☐ Controle de hemorragia () Curativo () Acesso Venoso Periférico () Acesso Venoso Central () Punção intra-óssea () Prancha rígida ☐ Sonda Gástrica () Sonda Vesical () Ked () Colar Cervical () Talas / Tração							
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA NO VERSO →							
EVOLUÇÃO / INTERCORRÊNCIAS							
DESTINO DO PACIENTE							
☐ Evadiu-se do local ☐ Recusa atendimento ☐ Atendido e liberado ☐ Removido pelo SAMU ☐ Removido por outros ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante atendimento ☐ Chamado não localizado		Removido para: Médico responsável pelo recebimento: Enfº responsável recebimento		RECUSA Eu, _____ RG _____ assumo inteira responsabilidade na recusa do atendimento prestado pelo SAMU. Assinatura _____			
		Identificação da Equipe SAMU 1 - _____ 2 - _____ 3 - _____		Assinatura _____ _____ _____		CRM/COREM _____ _____ _____	
Pertences do Paciente				NOME		PARENTESCO / FUNÇÃO	

ANEXO 2**CADASTRO MANUAL DE PACIENTES**

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



OCORRÊNCIA NÚMERO: _____

DATA ____/____/____

HORA CHAMADO: _____

FONE _____

TARM: _____

PACIENTE: _____

IDADE _____

SEXO: M () F ()

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ REFERÊNCIA _____

REGULAÇÃO COM O SOLICITANTE.

TIPO DE AGRAVO:

() TRAUMA () EMERGÊNCIA CLÍNICA () PSIQUIÁTRICO () OBSTÉTRICO

() OUTROS _____

ESTADO DO PACIENTE _____

SINAIS E SINTOMAS _____

EXAME E CONDUTA _____

DIAGNÓSTICO/GRAVIDADE _____

DECISÃO TÉCNICA _____

COM ENVIO DE RECURSO () SEM ENVIO DE RECURSO ()

ENCAMINHADO PARA: _____

ORIENTAÇÃO _____

VIATURA _____

ACIONAMENTO	SAÍDA BASE	CHEGADA LOCAL	SAÍDA LOCAL	CHEGADA DESTINO	SAÍDA DESTINO	NA BASE

INTERCORRENCIAS: _____

MÉDICO REGULADOR: _____

ANEXO 3**FICHA DE ESTATÍSTICA MENSAL-SAMU****DIA** ____/____/____**TOTAL**

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO						
ACIDENTE CICLÍSTICO						
ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO						
ACIDENTE OFÍDICO						
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL						
AFOGAMENTO						
AGRESSÃO FÍSICA						
ATROPELAMENTO						
CÓLICA RENAL						
CONVULSÃO						
CRISE ASMÁTICA						
CRISE HIPERTENSIVA						
EMERGÊNCIA CLÍNICA (OUTROS)						
EMERGÊNCIA GINECO-OBSTÉTRICA						
EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA						
FERIMENTO POR ANIMAIS						
FERIMENTO POR ARMA BRANCA						
FERIMENTO POR ARMA DE FOGO						
FERIMENTOS DIVERSOS						
HIPOGLICEMIA						
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA						
INTOXICAÇÃO EXÓGENA						
LUXAÇÃO NO JOELHO						
ÓBITO NO LOCAL EMERG. CLÍNICA						
ÓBITO NO LOCAL TRAUMA						
PARADA CÁRDIO RESPIRATÓRIA						
PEDIÁTRICO						
QTA						
QUEDA DE NÍVEL						
QUEDA DO MESMO NÍVEL						
QUEDA OBJETO SOBRE PESSOA						
QUEIMADURA						
SOTERRAMENTO						
TENTATIVA SUICÍDIO						
TRANSPORTE INTER						
TRAUMA						

ANEXO 4**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA Nº989/CEP- HUJM/11**

Ministério da Educação
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

**TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
DE PROJETO DE PESQUISA :**

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 989/CEP- HUJM/2011

"COM PENDÊNCIAS"

☐

APROVADO "ad referendum"

☐

APROVAÇÃO FINAL

☒

NÃO APROVADO

☐

O projeto de pesquisa intitulado: **"Os atendimentos de natureza psiquiátrica no SAMU-Cuiabá, em 2010,"** encaminhada pelo (a) pesquisador (a) **Adilson Gomes de Campos** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 13/04/2011 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 13 de Abril de 2011.



Prof. Dra. Shirley Ferreira Pereira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM