
AS RELAÇÕES ENTRE O PRONTO-SOCORRO E O NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (NAPS) NA ZONA NOROESTE EM SANTOS, SÃO PAULO: PARADIGMA PSIQUIÁTRICO E DESCONSTRUÇÃO MANICOMIAL

CLÁUDIA BELTRAN DO VALLE

VALLE, C.B. As relações entre o pronto-socorro e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na zona noroeste em Santos, São Paulo: paradigma psiquiátrico e desconstrução manicomial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.38-41, jan./abr., 1997.

RESUMO: O texto apresenta as relações entre dois serviços vizinhos do sistema municipal de saúde de Santos, São Paulo, o PS da zona noroeste, um pronto-socorro, e o Núcleo de Atenção Psicossocial, NAPS-I. Destaca as transformações revolucionárias, inspiradas na reforma psiquiátrica italiana, ocorridas no atendimento aos doentes mentais na cidade, simbolizadas pela extinção das internações manicomiais, e sua influência no atendimento, por parte dos profissionais do PS, aos doentes mentais. O artigo mostra que a convivência dos profissionais do PS com o vizinho NAPS contribuiu para que ganhassem maior compreensão sobre a problemática da doença mental, mas também destaca os limites deste avanço. Por despreparo e preconceito, os plantonistas do PS, atuando em modelo medicocêntrico, ainda tendem ao desprezo e mesmo desrespeito no atendimento aos doentes mentais, demonstrando subordinação ao paradigma psiquiátrico clássico.

DESCRITORES: Serviços médicos de emergência, tendências. Saúde mental. Administração municipal. Política de saúde, tendências.

A Zona Noroeste de Santos tem população estimada pela Administração Regional em cerca de cem mil habitantes, predominantemente de baixa renda. Atualmente a atenção à saúde na região é prestada por seis Policlínicas, um Ambulatório de Especialidades (AMBESP), Programa de Internação Domiciliar (PID), Pronto-Socorro (PS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS-I), que compõem o Módulo de Saúde da Zona Noroeste, um dos quatro Módulos que compõem o sistema municipal de saúde de Santos, organizado por regiões.

Em 1989 o Centro de Saúde II, até então mantido pela Secretaria Estadual de Saúde, foi municipalizado e transformado em Policlínica Areia Branca, passando também a abrigar outros serviços: o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS-I), o Programa de Internação Domiciliar (PID), no primeiro pavimento, e o Ambulatório de Especialidades (AMBESP), no térreo. No prédio ao lado está o Pronto Socorro onde trabalhamos.

O Pronto-Socorro, do qual fui diretora no período de fevereiro a dezembro de 1995 manteve-se ao longo desses seis anos de

* Médica sanitarista. Diretora do Pronto Socorro do Módulo da Zona Noroeste em Santos, SP., durante o período de fevereiro a dezembro de 1995.

Endereço para correspondência: Dr^a. Cláudia Beltran do Valle. Rua Brasílio Machado, 380, ap. 702. 01230-010. São Paulo, SP.

alguma forma alheio às transformações, poderíamos dizer revolucionárias, ocorridas no prédio vizinho, conservando inalterado seu perfil: organizado para o atendimento de emergências, com equipes trabalhando em regime de plantões de 12 horas, em modelo medicocêntrico, bastante desatento à acolhida dos pacientes. A maior parte da demanda é ambulatorial. Cerca de 80% dos atendimentos realizados não são de urgência, e poderiam ser atendidos e resolvidos em ambulatórios. Para enfrentar a crise hospitalar, o PS teve de adaptar-se passando a realizar internações clínicas em seus 13 leitos — média de 50 internações mensais (BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO)¹. Fez parte desde sua criação, em 1970, de estrutura vertical, subordinando-se ao Departamento de Prontos-Socorros, que agregava os três PSs do município. Passou a compor o Módulo de Saúde da Zona Noroeste em 1989, com o objetivo de integrá-lo às demais unidades de saúde da região, na perspectiva da territorialização (UNGLERT)⁷. Apesar disso, até hoje o PS pouco participa da articulação existente entre as unidades, mantendo-se *voltado para o próprio umbigo*.

A convivência do PS com o NAPS-I — forçada pela contiguidade — trouxe avanços para o atendimento aos doentes mentais realizado no PS, embora seus limites mereçam ser considerados.

Anteriormente à criação dos NAPS, o atendimento de urgência aos doentes mentais poderia ser descrito como desumano e violento. Grande parte dos pacientes em crise eram levados ao Pronto-Socorro ou ao manicômio da cidade pela polícia, muitos chegando já contidos. Despreparada para esse tipo de atendimento, a atividade da polícia não tem como principal característica o respeito aos direitos dos cidadãos, além de ter a violência como parte da norma institucional. A expressão utilizada pela polícia para designar doentes mentais - “*código 13*” - tem tom pejorativo, sugerindo

necessidade de contenção do paciente, incorporando a noção de periculosidade (DELGADO)³. A expressão foi emprestada pelos PSs e correntemente utilizada. No entanto observa-se na prática cotidiana que houve redução no uso da expressão nos últimos anos, desde o início da experiência de desconstrução do modelo asilar em Santos (NASCIMENTO)⁵, provavelmente relacionada à mudança de postura da rede de saúde municipal como um todo em relação aos doentes mentais.

O NAPS-I atende seus pacientes nos casos de urgência ou nas crises, com dignidade e qualidade, assim como os outros NAPS da cidade (SANTOS. SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE)⁶, de modo que a demanda para o psiquiatra plantonista do Pronto-Socorro Central, referência para toda a cidade, é pequena: em média 6 atendimentos por plantão de doze horas (BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO)¹. Mas ainda assim muitos pacientes com transtornos mentais são atendidos no PS: tentativas de suicídio, distúrbios de comportamento, delirium tremens, psicóticos com problemas clínicos, etc. Doentes mentais, usuários do NAPS ou não, também são atendidos para suturas, curativos e eventualmente nas crises.

Vale lembrar os conflitos que acontecem quando chegam ao PS pacientes aos quais o NAPS coloca limites por não aderirem às suas regras básicas de convivência, ou melhor, apresentarem dificuldades para firmar ou cumprir contratos. Estes conflitos ocorrem particularmente com usuários que vêm de longos anos de institucionalização; nestes casos as equipes do PS são despreparadas para lidar com as situações.

As urgências psiquiátricas, ou mesmo os transtornos mentais não-urgentes, encontram-se entre os atendimentos médicos de menor qualidade prestados nos PSs em geral, tanto pelo desinteresse dos plantonistas pelas doenças mentais quanto pelo seu desconhecimento do manejo de psicofármacos.

De modo geral, predomina um certo desprezo dos médicos e da enfermagem pelo doente mental; não há espaço para a escuta terapêutica (CORBISIER)² embora tenha ocorrido inegável avanço em relação à qualidade do atendimento prestado, particularmente no sentido técnico e de respeito ao cidadão.

Atualmente com mais regularidade o NAPS é chamado para avaliar todos os casos de pacientes com transtornos psíquicos que buscam assistência no PS; profissionais do NAPS então discutem - não sem dificuldades - os casos com o médico e equipe de enfermagem. Esses procedimentos têm trazido para os profissionais do PS, por um lado, maior compreensão acerca da problemática da doença mental de cada caso individualmente, e por outro a referência ao modelo assistencial não-asilar em saúde Mental.

Notamos que existe integração entre NAPS e PS, ainda que precária, quase burocrática, por vezes entendida pelos profissionais como obediência às regras do serviço que os obriga a chamar o NAPS para discutir os casos psiquiátricos. O intercâmbio entre os serviços pode ser interpretado ainda como uma saída encontrada para o PS para o encaminhamento de pacientes indesejáveis ou difíceis, como o são os doentes mentais. Como se esses não fossem dignos da atenção dos profissionais do PS, preparados que estão para salvar vidas ou para atuar nas verdadeiras emergências médicas. Assim, chamar o NAPS muitas vezes pode ter quase o mesmo sentido dos antigos encaminhamentos para o manicômio, só que agora com mais rigor técnico e sem violência. Em nosso ponto de vista essa situação denuncia a subordinação dos profissionais ao paradigma psiquiátrico (FOUCAULT)⁴.

A concepção de assistência ao doente mental que ainda predomina entre médicos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e administrativos do PS, refere-se ao senso comum que vê na internação a única forma

de administrar os problemas colocados pela loucura. Mesmo a convivência, com razoável grau de integração, com um modelo inovador de assistência aos doentes mentais que caracteriza a experiência santista, pioneira no país a prescindir do manicômio, não foi suficiente para abalar toda a formação - familiar, religiosa, política, técnica e cultural - dos profissionais do PS. A resistência da maioria deles, até mesmo a uma simples visita ao NAPS, é emblemática nesse contexto. Assim também o são algumas concepções existentes no PS de que seria atribuição do NAPS responsabilizar-se pelo atendimento de drogaditos, pois o serviço que cuida dos loucos deveria cuidar também de outros desajustados, anormais, improdutivos, incapazes de se submeter à lógica do trabalho. Predomina portanto o entendimento de que o NAPS deveria assumir o papel de tutela e defesa da norma, o mesmo atribuído aos manicômios desde seu surgimento.

Outro exemplo que reforça esse argumento: um médico do PS, após prestar os devidos atendimentos clínicos necessários a um paciente que havia tentado suicídio, foi questionado quanto à notificação do caso ao NAPS e respondeu:

“Sim, eu vou chamar o NAPS; mas sabe, eu não tenho respeito por esses suicidas”.

Afora a complexidade de questões que envolvem o suicídio, o comentário demonstra algum grau de subordinação às normas técnicas do serviço (o atendimento clínico havia sido adequado) mas sem a devida correspondência seja em relação ao entendimento do doente mental como cidadão, seja da concepção de um novo modelo de atenção ao doente mental, evidenciando novamente a hegemonia do paradigma psiquiátrico. Para o PS, preparado para salvar vidas, é difícil lidar com os suicidas, pois implicaria compreender e aceitar a existência de coisas que não se encaixam na racionalidade dominante. É a

VALLE, C.B. As relações entre o pronto-socorro e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na zona noroeste em Santos, São Paulo: paradigma psiquiátrico e desconstrução manicomial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.38-41, jan./abr., 1997.

valorização do normal, conforme definido pelos valores morais da sociedade e corroborado pela ciência.

Coloca-se, finalmente, a necessidade de ampliarmos a discussão questionadora do modelo tradicional, manicomial, de assis-

tência ao doente mental, aproveitando-nos dessas práticas cotidianas propiciadas pela situação de vizinhança entre o NAPS e o Pronto-Socorro, ou seja, aproveitarmos este campo tão fértil para reflexão e transformação das nossas velhas práticas.

VALLE, C.B. Relationships between an emergency service and a center for mental health Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) at northwest zone in Santos, São Paulo: psychiatric paradigm and psychiatric reform. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.38-41, jan./abr., 1997.

ABSTRACT: This paper shows the relationship between two local health services in Santos, São Paulo, the northwest zone PS, an emergency service, and the Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS-I), a center for mental health. The document highlights the revolutionary transformation, according the Italian psychiatrist reform, symbolized by the end of asylum hospitalization and its influence on attendance to mentally ill patients by PS's emergency staff. Because lack of training and preconceptions, the PS's staff, used to act by a medical model, treats the mentally ill with no respect. The article shows that the interchanges between PS and NAPS have contributed to PS's staff gain more comprehension about the mental disease problem, but also points to the limits of this progress.

KEYWORDS: Emergency medical services, trends. Mental health. Municipal management. Health policy, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO. [Secretaria de Higiene e Saúde de Santos]. Santos, São Paulo, 1995.
2. CORBISIER, C. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In : BEZERRA JR., B., AMARANTE, P., org. *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1992. p. 9-15.
3. DELGADO, P.G.G. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro : Te Corá, 1992.
4. FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo : Perspectiva, 1978.
5. NASCIMENTO, S.P.S. *Desconstrução do modelo asilar: a experiência de Santos*. Santos, 1994. [mimeografado].
6. SANTOS. SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE. *Construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida*. Santos, [s/d]. [Documento preparatório para a IV Conferência Municipal de Saúde].
7. UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In : MENDES, E.V., org. *Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo : Hucitec, 1995. cap.5, p. 221-37.