

Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento

Katie Moraes de Almondes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

Eleni de Araújo Sales

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

Maísa de Oliveira Meira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

Resumo: A exposição a um fenômeno de urgência/emergência pode ser um fator estressor e traumático para pacientes, familiares e profissionais envolvidos. A atuação do psicólogo nessas situações vem sendo delineada por intervenções que facilitem a reabilitação do indivíduo, procurando exercer influência no funcionamento psicológico, facilitando as condições necessárias para que este funcionamento seja mais adaptativo, de acordo com a situação. Além disso, é importante que haja intervenções com os profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos nesse contexto. Nesse artigo, é relatada a experiência da inserção do Serviço de Psicologia no SAMU 192 RN (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que tem como proposta intervenções com as vítimas atendidas em resgate por condições clínicas, acidentes ou violência, assim como com seus familiares, a comunidade envolvida e com os profissionais de saúde do serviço. Percebeu-se o crescimento do reconhecimento da Psicologia ao longo das intervenções realizadas, como um serviço importante e indispensável no atendimento ao sujeito em sofrimento. Este serviço está amparado pelo princípio da integralidade do SUS, que preconiza o homem como um ser integral e biopsicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Urgência, Intervenção em crise, Psicologia, SAMU.

Psychology Service at SAMU: Field of Practice in Development

Abstract: The exposure to an urgency/emergency phenomenon can be stressful and traumatic for patients, families and professionals involved. The role of the psychologist in these situations has been outlined by interventions that facilitate the rehabilitation of the subject, seeking to exert influence on psychological functioning, facilitating the necessary conditions for this operation be more adaptive according to the situation. Furthermore, it is important the interventions with health professionals who are directly involved in this context. In this article, we report the experience of the insertion of the Psychology Service at 192 RN SAMU (Emergency Mobile Care Service), which propose interventions with victims attended for clinical conditions, accidents or violence, as well as with their family, the community involved and health care professionals. It was perceived the growth of the recognition of psychology along the interventions as an important and indispensable service in attendance on the subject suffering. This service is supported by the principle of integrality of SUS, which recognizes man as an integral and biopsychosocial human being.

KEYWORDS: Urgency, Crises intervention, Psychology, SAMU.

Servicio de Psicología e SAMU: Campo de Práctica em Desenvolvimento

Resumen: La exposición a un fenómeno de urgencia/emergencia puede ser estresante y traumático para los pacientes, familiares y profesionales implicados. El papel del psicólogo en estas situaciones ha sido esbozada por intervenciones que faciliten la rehabilitación del individuo, tratando de influir en el funcionamiento psicológico, lo que facilita las condiciones necesarias para esta operación sea más adaptable de acuerdo a la situación. Por otra parte, es importante que las intervenciones con profesionales de la salud que están directamente involucrados en este contexto. En este artículo, se presenta la experiencia de la inserción del Servicio de Psicología de 192 RN SAMU (Servicio de Atención Móvil de Urgencia), que proponen intervenciones con víctimas asistidas en rescate por las condiciones clínicas, los accidentes o la violencia, así como a sus familias, comunidades involucradas y los profesionales de la salud. Vimos el crecimiento del reconocimiento de la psicología a lo largo de las intervenciones como un servicio importante y indispensable en la asistencia en el sujeto que sufre. Este servicio se apoya en el principio de la integridad del SUS, que reconoce al hombre como un ser integral y biopsicosocial.

PALABRAS CLAVE: Urgencia, Intervención em crisis, Psicología, SAMU.

Introdução

O atendimento de urgência e emergência evidencia o impacto do inesperado que atravessa a vida do paciente, dos seus familiares e repercute também no trabalho de toda a equipe de saúde. As urgências se caracterizam por situações de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, que requerem assistência rápida, no menor tempo possível, a fim de evitar sofrimento. Já uma situação de emergência caracteriza-se pelo sofrimento intenso, risco de lesão permanente e ameaça à vida, necessitando de atendimento médico imediato (CFM, 1995).

Esses tipos de situações trazem à tona, além da condição biológica, a dimensão psicossocial dos sujeitos nela envolvidos, gerando uma crise devido à imprevisibilidade das circunstâncias, que desencadeiam, no sujeito, medos relacionados à sensação de dor e de impotência (Scremin, Ávila, & Branco, 2009), que o expõe à insegurança, temores, ansiedade e desamparo diante da perda da saúde e perspectiva de morte (Kluber-Ross, 1989). A crise pode ser entendida como um estado de desequilíbrio emocional na qual uma pessoa não consegue utilizar seus habituais recursos de enfrentamento (Sá, Werlang, & Paranhos, 2008). Num momento de crise, o sujeito torna-se psicologicamente instável, podendo tanto gerar um maior amadurecimento,

ao descobrir maneiras de solucionar o problema, quanto ocorrer uma desorganização do funcionamento psicológico, que cause adaptações inadequadas, inclusive com o aparecimento de sintomas como angústias, medo, culpa ou vergonha (Scremin, Ávila, & Branco, 2009).

Essa instabilidade psicológica ou emocional pode afetar vítimas, familiares e mesmo os profissionais que realizam os primeiros cuidados, e há a possibilidade de desenvolver reações interpretadas como negativas, como sintomas de estresse, depressão e ansiedade (Silva et al., 2013), além de outros problemas como fobias e abuso de álcool e drogas e até transtornos mais severos, como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Essas respostas acontecem com maior probabilidade quando não há tratamento adequado nos primeiros momentos. Se a desordem persistir e se tornar um TEPT, o tratamento é mais prolongado. O TEPT pode se desenvolver quando uma pessoa vivencia ou testemunha um evento que envolveu morte, grave ferimento ou ameaça à integridade física; em que a resposta da pessoa envolveu medo, impotência ou horror e o evento é persistente e revivido com recordações, imagens, pensamentos e sonhos recorrentes, sendo estes sintomas persistentes e causadores de prejuízo social ou ocupacional na vida do indivíduo (APA, 2002).

De toda forma, essas respostas a uma situação de estresse fazem parte de um sistema de autopreservação que auxilia o indivíduo, quando em situações de perigo. Especialmente nas primeiras 48h, o sujeito tende a apresentar diversos sintomas, que podem ser “de ordem física, emocional, cognitiva e/ou interpessoal” (Silva et al., 2013, p. 95-96). Entretanto, se o indivíduo que sofreu algum evento traumático é tratado rapidamente, é provável que os sintomas de estresse agudo diminuam ou mesmo desapareçam nos dias posteriores (Sá, Werlang, & Paranhos, 2008). Além disso, deve-se considerar a forma como cada indivíduo reage a uma situação de urgência, uma vez que essa reação depende de seus recursos pessoais e do sentido que as pessoas atribuem para essas situações (Trindade, & Serpa, 2013).

As intervenções em crise passaram a ser pensadas mais sistematicamente no âmbito da Psicologia somente nas últimas décadas. Moreno, Peñacoba, González-Gutiérrez e Ardoy (2003) acreditam que o profissional que atua nessas situações deve ser ágil, flexível, ativo e direto, para colocar em prática ações para a resolução de problemas e para a superação das dificuldades que possam surgir no processo de atenção, procurando satisfazer as necessidades imediatas da vítima colocando em funcionamento ações com os recursos disponíveis, tudo em um período de tempo reduzido. É nesse contexto de trabalho, em função do impacto das vítimas na demanda dos serviços de urgências e emergências, que o psicólogo se soma aos demais profissionais da equipe de saúde, de modo a acolher, intermediar e integrar paciente/família e a própria equipe, lidando com os sentimentos contraditórios, ambivalentes e reações frente ao adoecimento, hospitalização e tratamento, facilitando as condições necessárias para que o funcionamento psicológico seja eficaz de acordo com a situação (Sá, Werlang, & Paranhos, 2008).

Ao atuar como um elo na relação entre a equipe/paciente/família, o psicólogo serve de portavoz das necessidades dos sujeitos, intervindo para minimizar os desencontros de informações (Scremin, Ávila, & Branco, 2009), muito presente nesse contexto. Nesse cenário, se destaca a emergência do ser humano, por meio de situações que afetam todos esses atores sociais envolvidos, ultrapassando os limites do orgânico e repercutindo nos modos de ser, de viver e trabalhar. Destarte, objetivando a recupe-

ração e a prevenção de reações não adaptativas frente a um evento imprevisível e muitas vezes traumático, realiza-se a intervenção psicológica precocemente no momento inicial da crise.

É nesse contexto que se encontra o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que atende à crise por agravos à saúde e está diretamente inserido na temática de atenção às urgências e emergências. Isso implica falar da urgência por práticas inovadoras de saúde, que sejam capazes de prestar um cuidado em sua dimensão complexa e interdisciplinar, mesmo com a predominância dos fatores orgânicos e sua prioridade de atendimento.

O SAMU

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) surgiu no ano de 1792, durante a Revolução Francesa, com o cirurgião Dominique Larrey, pela necessidade do transporte rápido do campo de batalha para o local apropriado ao atendimento. Posteriormente, percebeu-se que o tempo de início do atendimento era fundamental para evitar a maiores problemas e mesmo a morte, passando-se a realizar os cuidados iniciais em saúde antes do transporte (Bezerra, 2012).

Esse modelo de atendimento desenvolveu-se no século XIX, mas a ideia de um serviço de atendimento móvel de urgência chegou ao Brasil somente na década de 1980. No ano de 2003, o Ministério da Saúde nacionalizou o programa, por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), pelo aumento da incidência de acidentes por causas externas, o que provocou uma mudança no perfil epidemiológico da morbimortalidade da população mundial e causou forte impacto na saúde pública (Costa et al., 2012). Esse fato fez com que os serviços de urgência em saúde adquirissem grande importância, sendo fundamental que estes forneçam atendimento capaz de minimizar as possíveis sequelas decorrentes desses agravos (Dallari, Pittelli, Pirotta, & Oliveira, 2001). A PNAU tem como proposta a organização, implantação e operacionalização dos serviços de urgência e emergência em saúde, de modo a estabelecer uma rede assistencial hierarquizada, regionalizada e regulada por meio de complexos reguladores que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006). O serviço ganhou a adesão dos estados e municípios, ampliando os serviços de atendimento móvel de urgência para outras localidades, tendo como diretrizes a universalidade, a integrali-

dade, a descentralização, com a participação social, ao lado da humanização (Brasil, 2006).

O SAMU tem como objetivo prestar atendimento pré-hospitalar à população, rápida e precocemente, acolhendo pedidos de ajuda médica de pessoas com agravo agudo à saúde, através dos profissionais de saúde que tripulam nas viaturas. O acesso ao serviço é por telefone gratuito (Santos, Bernardes, Gabriel, Évora, & Rocha, 2012). O serviço possui profissionais capacitados em técnicas não invasivas de suporte a vida para atuarem em Unidades de Suporte Básico (USB), compostas por um condutor-socorrista e um técnico de enfermagem. Já as Unidades de Suporte Avançado (USA) contam com equipamentos e técnicas para a realização de procedimentos invasivos, contando com a presença de um condutor-socorrista, um médico e um enfermeiro, que prestam assistência a casos de maior gravidade e complexidade. As equipes de suporte básico são as responsáveis pela maioria dos atendimentos realizados pelos SAMU, que são de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população (Brasil, 2006).

O SAMU 192 RN foi inaugurado em novembro de 2006, sua base está localizada em Macaíba, BR 304, e é o primeiro e um dos únicos do país a ser implantado em uma rodovia, facilitando os atendimentos às ocorrências de urgências. É um projeto do Ministério da Saúde em parceria com a secretaria estadual de saúde do Rio Grande do Norte e atualmente faz atendimento a 29 municípios do estado e aos principais acessos rodoviários da região metropolitana de Natal – BR 101, 226, 406 e 304, sendo esta última onde está localizada a Base do SAMU RN. O Atendimento Pré-Hospitalar é vinculado a uma Central de Regulação Médica de Urgências, que é onde se recebe todos os pedidos da população, estimativa do grau de urgência e a resposta adequada a cada caso: orientação médica por telefone, envio de uma viatura básica ou avançada. A Regulação também é responsável por reservar leitos dos hospitais para que o atendimento de urgência tenha continuidade. O SAMU realiza seus atendimentos onde houver necessidade: em residências, locais de trabalho e vias públicas (Lancini, n.d.).

Os profissionais que atuam nas ambulâncias trabalham num regime de plantão de 24h. Todos os profissionais recebem, por meio do Núcleo de Educação Permanente (NEP), treinamentos e

capacitações em questões de urgências, trabalho, organizações e educação. O contexto de trabalho dos profissionais de saúde que trabalham em urgências/emergências é perpassado por várias situações difíceis. O estudo de Dalri, Robazzi e Silva (2010) procurou identificar riscos ocupacionais e alterações de saúde em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de urgência e emergência. Várias alterações de saúde foram encontradas, sendo as mais evidentes: cansaço mental/estresse, doenças cardiovasculares, processos infecciosos e distúrbios do sono. Os riscos psicossociais, listados por quase todos os participantes da pesquisa, foram as agressões físicas e verbais, a falta de segurança no trabalho e o ambiente estressante. Cezar e Marziale (2006) pesquisaram os problemas de saúde ocupacional de trabalhadores da saúde de um serviço de urgência hospitalar e identificou grande exposição dos trabalhadores a riscos ocupacionais, que são de ordem biológica, química e psicossocial, incluindo a violência a que eles ficam expostos durante sua atividade laboral, uma vez que esses ambientes geralmente não são equipados de forma a fornecer segurança aos seus trabalhadores.

O trabalho da enfermagem, que é essencial no atendimento às urgências, pode propiciar situações de esgotamento, causando sofrimento e adoecimento (Lunardi, 1997). A interação de uma pessoa com seu ambiente de trabalho pode ser positiva ou negativa, de forma que o trabalho pode ser uma fonte de prazer e bem-estar, pode também se transformar também em fonte de sofrimento psíquico quando há situações que se constituem como fonte de ameaça à integridade física e psíquica (Lunardi, 1997).

No SAMU, encontram-se todas essas características acima citadas. Além de lidar com a situação de urgência/emergência, caracteriza-se por ser um serviço móvel, com demandas incertas, o que acentua alguns riscos, como a exposição das equipes de saúde à convivência direta e diária com a violência e ameaças à sua integridade física, à dor, ao sofrimento, ao medo e à morte dos pacientes, incluindo a pressão vivenciada pela necessidade, muitas vezes, de um atendimento rápido e eficaz para um melhor prognóstico do paciente.

A característica de ser um trabalho em turnos e noturno também é mais um fator de risco, pois a fadiga ocasionada por longos períodos de trabalho pode comprometer o desempenho físico e mental dos trabalhadores em situação de inversão de horários de

atividade e de descanso (Dalri, Robazzi, & Silva, 2010). Pelo fato de o trabalho ser realizado durante o período que deveria ser de descanso, ocorre uma inversão dos ritmos biológicos, promovendo uma dessincronização interna e externa dos ritmos biológicos (perda da sincronização entre os nossos ritmos biológicos e entre os ritmos biológicos e os fatores do ambiente como os horários de trabalho), e, conseqüentemente, gerando distúrbios do sono, fadiga, alterações de humor, disfunções gastrointestinais (Knutsson, 2003), doenças cardiovasculares e digestivas (Fischer, Moreno, & Rotenberg, 2004), alterações cognitivas (Caruso, 2014), e perturbação da convivência familiar e social (Fischer, Moreno & Rotenberg, 2004).

Essas particularidades do trabalho do SAMU acentuam ainda mais os níveis de estresse e ansiedade desses profissionais, deixando-os assim, mais suscetíveis a fatores de vulnerabilidade física e psicológica, a acidentes de trabalho e ao adoecimento ainda maior que os demais profissionais da saúde, tornando imprescindível um Serviço de atendimento psicológico voltado para estes profissionais.

O Serviço de Psicologia no SAMU

O Serviço de Psicologia foi inserido no SAMU Metropolitano no ano de 2010, através de uma parceira da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e SAMU RN 192, pela Secretaria de Saúde do Estado do RN e se estrutura de forma a acolher a uma crescente demanda que passou a pressionar os serviços de urgência e emergência em saúde, decorrente das mudanças epidemiológicas, demográficas e sociais do país.

A Psicologia é referida na Política Nacional de Atenção às Urgências apenas nas Unidades de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências, localizadas em hospitais gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência a casos de urgência e emergência. Essa categoria profissional é preconizada como Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação.

Uma das frentes de atuação do Serviço de Psicologia é a realização de acolhimento aos profissionais em sofrimento – em saída ou entrada de plantão – por meio de ações como plantão psicológico, rodas de conversa e atendimentos psicoterápicos individuais. O serviço também desenvolve atividades junto ao Núcleo de Educação Permanente (NEP), com palestras e treinamentos em temas diretamente relacio-

nados à práxis dos mesmos, como saúde mental e psicopatologia, assim como trabalhos de estratégias de enfrentamento ao estresse, a como lidar com morte de crianças, mortes inesperadas, e quaisquer outros temas que surgem a nível psicológico em situações de urgência.

Outra proposta mais recentemente colocada em prática é o atendimento às vítimas e familiares nas viaturas, de forma a aliviar o impacto direto do evento traumático (Sá, Werlang, & Paranhos, 2008), seja ele de qualquer natureza, tanto para a vítima, quanto para o familiar. A comunidade também é alvo de intervenção, de forma a se tornar um elemento de ajuda em busca e melhoria de informações a respeito do acontecido e de apoio à vítima quando necessário. Dessa forma, a proposta de intervenção do Serviço de Psicologia no SAMU visa garantir ações de cuidado integral e equânime às vítimas e aos profissionais do SAMU, auxiliando os trabalhadores no despreparo para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe, fortalecendo o processo de humanização da atenção e do cuidado prestado ao paciente e ao trabalhador através da Política Nacional de Humanização (PNH). Por humanização, entende-se a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, sejam usuários, trabalhadores ou gestores (Brasil, 2004). Os valores que norteiam essa Política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos, a construção de redes de apoio e a participação coletiva no processo de gestão.

A Psicologia se alia para ampliar esse debate, em um movimento interdisciplinar, visando fortalecer a política pública de saúde e avançar na construção do SUS.

Relato de Experiência

A experiência da implantação do Serviço de Psicologia

O trabalho inicial foi desenvolvido por meio da realização de palestras, quando, em outubro do ano de 2010, a Professora Dra. Katie Almondes, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), foi convidada pela Coordenação do SAMU para abordar os aspectos psicossociais de algumas temáticas relativas à prática cotidiana dos atendimentos pré-hospitalares (APH).

A partir dessa aproximação das instituições, SAMU e UFRN, foi acordada a implantação do Serviço

de Psicologia de modo a oferecer inicialmente, em caráter pioneiro no Estado do Rio Grande do Norte, atendimento e suporte psicológico a todos os profissionais, condutores socorristas, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, que realizavam os atendimentos de APH. Apesar do interesse de ambas as instituições, a implantação do Serviço se efetivou por volta do mês de setembro de 2011, quando duas psicólogas, discentes de um curso de especialização em Psicologia da saúde na referida Universidade, tornaram-se técnicas voluntárias na implantação do Serviço na sede do SAMU 192 RN em conjunto com a referida professora. Esse trabalho se consolidou com a presença apenas de uma das profissionais voluntárias. Nessa fase de implantação, as primeiras ações foram de aproximação e conhecimento do campo de trabalho, dos seus profissionais e das atividades por eles desenvolvidas, assim como a realização de ações psicoeducativas de apresentação da proposta do serviço de Psicologia de acolher, cuidar e prevenir o sofrimento decorrente ou relacionado à prática da atividade de APH.

A busca pelo serviço e crescimento da demanda por atendimentos, nas modalidades de plantão psicológico e rodas de conversa, tornou-se gradativa à medida que foi construída uma aliança terapêutica com os profissionais. Esse processo facilitou o crescimento do serviço e a inserção de estagiários do 4º ano da graduação do Departamento de Psicologia da UFRN. As atividades se estabeleceram fundamentadas nos conceitos da Psicologia da Saúde e Psicologia de Urgências e Emergências, com o propósito de observação do trabalho/funcionamento das equipes que compõem o SAMU, de modo que os alunos pudessem identificar e analisar criticamente as demandas psicológicas e os processos relacionados à saúde numa perspectiva biopsicossocial. Fundamentando assim, intervenções individuais e grupais, tais como o mapeamento institucional, rodas terapêuticas, triagens para atendimentos no serviço de Psicologia, discussão das políticas públicas de saúde e urgência e emergência, capacitação técnica sobre contenção psiquiátrica, junto ao NEP, e palestras educativas nas dimensões cognitiva e psicossocial com temáticas elencadas pelos próprios profissionais.

Em continuidade às atividades de estágio, foi implantada a segunda proposta de intervenção para os alunos do 5º ano de Psicologia: a presença de estagiários nas ambulâncias, prestando os primeiros

socorros psicológicos aos pacientes e familiares e com a população envolvida diretamente com as ocorrências, consolidando, assim, a proposição da Política Nacional de Humanização do cuidado e dos processos de trabalho, de modo a estimular o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, como também o comprometimento com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (Brasil, 2004).

Relato de experiência nas viaturas

As viaturas são acionadas por intermédio da Regulação Médica, que é onde se recebe os chamados da população. Dependendo da natureza da ocorrência, é acionada uma viatura básica, quando não há necessidade da presença de médico, ou uma viatura avançada, quando há essa necessidade.

Para a Psicologia, essa escala não era organizada previamente, então a estagiária de Psicologia se apresentava ao enfermeiro responsável pela atribuição dos profissionais nas ambulâncias, no horário da troca de plantão, e imediatamente era alocada em uma ambulância básica, com a equipe composta por condutor/socorrista e técnico de enfermagem, para um plantão de 6h ou 12h. Posteriormente, a saída passou a acontecer também em unidades avançadas, juntamente com a equipe composta pelo condutor/socorrista, médico e enfermeiro.

A proposta envolveu intervenções com as vítimas que estivessem conscientes e com condições clínicas para se comunicar verbalmente, por meio de duas técnicas frequentemente utilizadas no manejo do estresse psicológico após o trauma, conhecidas como *Debriefing* e *Defusing* (Guimarães, Guimarães, Neves, & Del Cistia, 2007). São técnicas que podem ser acionadas imediatamente após a ocorrência de um evento traumático e tem como objetivo proteger, apoiar e minimizar o desenvolvimento de síndromes anormais de resposta ao estresse, mobilizando recursos individuais e coletivos, sem suprimir as reações emocionais (Guimarães, Guimarães, Neves, & Del Cistia, 2007), por meio da reconstrução narrativa da experiência (Deville, Wright, & Gist, 2003). Além de promover a normalização do sofrimento, o *Debriefing* fornece ações psicoeducativas em relação aos sintomas presumidos e métodos para a sua melhoria.

Os objetivos das intervenções com os pacientes envolvem a diminuição da intensidade das reações, colocando-as em perspectiva e elaboração e inte-

gração da experiência traumática, controlando as fantasias advindas do acontecimento, por meio da narrativa do paciente a respeito do acontecido. Além disso, é considerado de necessidade imediata dar informação à vítima sobre elementos relacionados ao evento. Se entes queridos foram envolvidos, se seus familiares estão sabendo do que lhe aconteceu, se seus objetos pessoais foram guardados, a que hospital ele está indo, dentre outras informações relevantes. Todas essas informações são adquiridas pela estagiária com os familiares e/ou população, enquanto a equipe está estabilizando clinicamente o paciente. Também são dadas algumas orientações ao paciente a respeito de uma possível internação hospitalar a fim de facilitar na adesão ao tratamento médico, assim como avaliar a necessidade de prosseguir tratamento psicológico.

O atendimento oferecido aos familiares também se mostrou de suma importância. A família, assim como o paciente, também tem necessidade imediata de informação, de saber se seu ente querido está consciente e orientado, qual a gravidade da situação, quais são seus comprometimentos físicos, quais documentos são necessários para dar entrada no hospital. Observou-se que algumas vezes os familiares se envolviam de tal forma com o evento a ponto de desenvolverem níveis de estresse e ansiedade tais como a própria vítima, podendo atrapalhar o trabalho da equipe e ser mais um fator estressante. Dessa forma, o apoio psicológico aos familiares, com técnicas de supressão de ansiedade, ajudava a colocar as coisas em perspectiva, transformando-os em agentes facilitadores no auxílio ao paciente.

A proposta também envolveu intervenções com a comunidade. Em casos que envolveram acidentes, em locais públicos, geralmente havia uma junção de pessoas ao redor da vítima com o intuito de ajudar de alguma forma, como a ligação feita para o SAMU, o contato com os familiares, a guarda de pertences da vítima e ajuda nas informações a respeito do

acidente. Nesses casos, a comunidade tornava-se uma aliada ao trabalho da equipe e era com ela que havia a busca inicial de informações, posteriormente a serem dadas ao paciente e seus familiares. Em outros casos, porém, geralmente ocorrências de casos clínicos, havia junção de “curiosos”, que imediatamente eram identificados e conscientizados do trabalho do SAMU, orientados para que mantivessem certa distância do local evitando atrapalhar de alguma forma o atendimento e preservar a privacidade da vítima.

Considerações Finais

Percebeu-se que o Serviço de Psicologia implantado foi considerado valioso e importante pelos profissionais e pela coordenação do SAMU RN 192. Esse reconhecimento deveu-se no âmbito do atendimento a demandas relacionadas ao trabalho, como as palestras e capacitações realizadas; no âmbito individual, pela crescente procura dos trabalhadores pelos atendimentos; e na soma à equipe para o atendimento das vítimas e familiares, onde a Psicologia, além de atender o sujeito em sofrimento, agiu como um elo facilitador entre vítima/família/equipe.

Quando as equipes de atendimento pré-hospitalar foram estruturadas, não foi pensada a inserção e a presença do psicólogo, de modo a oferecer suporte emocional e técnico não apenas para a própria equipe, como também aos pacientes e familiares, mostrando que apesar dos avanços recentes na área das urgências, ainda existem muitas das fragilidades encontradas no SUS. Contudo, a atenção em saúde e a busca pelo cuidado, elementos fundamentais das políticas do SUS, estabelece legitimamente a nossa proposta de intervenção, posto que realiza o movimento de produzir outros fazeres e práticas em saúde, ampliando o leque da promoção da saúde e da cidadania de forma a firmar os princípios da universalidade de acesso e da integralidade da atenção.

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed.). Washington, DC: Autor.
- Bezerra, F. N. (2012). Estresse ocupacional nos enfermeiros que atuam no Serviço de Atendimento

- Móvel de Urgência à luz da teoria de Betty Neuman (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PB.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, SP: o autor.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção às Urgências* (3a ed.). Brasília, DF: o autor.
- Caruso, C. C. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation Nursing*, 39(1), 16-25. doi:10.1002/rnj.107
- Cezar, E. S., & Marziale, M. H. P. (2006). Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22(1), 217- 221. doi:10.1590/S0102-311X2006000100024
- Conselho Federal de Medicina. (1995). *Resolução CFM nº1451/95*. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Prontos Socorros Públicos e Privados. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 30 de junho, 2014, de http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm
- Costa, I. K. F., Farias, G. M., Gurgel, A. K. C., Rocha, K. D. M. M., Freitas, M. C. S., & Souza, A. A. M. (2012). Conhecimento da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel sobre precaução padrão. *Cogitare Enfermagem*, 17(1), 85-90. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/26379/17572>
- Dallari, S.G., Pittelli, S. M., Pirotta, W. R. B., & Oliveira, M. L. (2001). Atendimento médico de urgência na grande São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 10(2), 75-99. doi:10.1590/S0104-12902001000200006
- Dalri, R. C. M. B., Robazzi, M. L. C. C., & Silva, L. A. (2010). Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. *Ciencia y Enfermeria*, 16(2): 69-81.
- Deville, G. J., Wright, R., & Gist, R. (2003). A função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(supl 1), 41-5. doi:10.1590/S1516-44462003000500010
- Fischer, F. M., Moreno, C. R. C., & Rotenberg, L. (2004). (Edt). *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Guimarães, L. A. M., Guimarães, P. M., Neves, S. N. H., & Del Cistia, J. M. (2007). A técnica de debriefing psicológico em acidentes e desastres. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15(1), 1-12. doi:10.15603/2176-1019/mud.v15n1p1-12
- Kluber-Ross, E. (1989). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Knutsson, A. (2003). Health disorders of shift workers. *Occupational Medicine*, 53, 103-108. doi:10.1093/occmed/kqg048
- Lancini, A. B. (n.d.). *O processo de trabalho das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)* (Coleção Gestão da Saúde Pública, Vol 4). Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Lunardi, W. D. F. (1997). Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 50(1), 77-92. doi:10.1590/S0034-71671997000100008
- Moreno, R. R., Peñacoba, C. P., González-Gutiérrez, J. L., & Ardoy, J. C. (2003). *Intervención Psicológica en Situaciones de crisis y emergencias*. Madrid: Dykinson.
- Sá, S. D., Werlang, B. S. G., & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1). doi:10.5935/1808-5687.20080008
- Santos, M. C., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Évora, Y. D. M., & Rocha, F. L. R. (2012). O processo comunicativo no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU- 192). *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 69-76. doi:10.1590/S1983-14472012000100010
- Scremin, S. M., Ávila, R. C. D., & Branco, C. J. (2009). Alcance e limites do serviço de psicologia do hospital de pronto socorro de Canoas-deputado Nelson Marchezan. *Revista da SBPH*, 12(1), 57-69. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100005
- Silva, T. L. G., Mello, P.G., Silveira, K. A. L., Wolffenbuttel, L., Lobo, B. O. M, Bicca, C. H. M., et al. (2013). Primeiros socorros psicológicos: relato de intervenção em Santa Maria. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(1), 93-104. Recuperado de http://www.rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=113
- Trindade, M. C., & Serpa, M. G. (2013). O papel dos psicólogos em situações de emergências e desastres. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 279-297. Recuperado de <http://www.revipsi.uerj.br/v13n1/artigos/html/v13n1a17.html>

Katie Moraes de Almondes

Pós-Doutora pelo Programa de Medicina Molecular na Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Salamanca – Espanha; Docente pelo Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN.

E-mail: katie.almondes@gmail.com

Eleni de Araújo Sales

Psicóloga. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN. Brasil.

E-mail: eleniaraujo2009@hotmail.com

Máisa de Oliveira Meira

Especialista em Gerenciamento dos Serviços de Saúde pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

E-mail: maisa.meira@hotmail.com

Endereço para envio de correspondência:
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Psicologia, Caixa Postal 1622. Lagoa Nova. CEP: 44570-000.
Natal – RN. Brasil.

Recebido: 10/07/2014

Aprovado: 03/04/2016

Received: 07/10/2014

Approved: 04/03/2016

Recibido: 10/07/2014

Aceptado: 03/04/2016

Como citar: Almondes, K. M., Sales, E. A., & Meira, M. O. (2016). Serviço de psicologia no SAMU: campo de atuação em desenvolvimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2): 449-457. doi:10.1590/1982-3703000992014

How to cite: Almondes, K. M., Sales, E. A., & Meira, M. O. (2016). Psychology service at SAMU: field of practice in development. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2): 449-457. doi:10.1590/1982-3703000992014

Cómo citar: Almondes, K. M., Sales, E. A., & Meira, M. O. (2016). Servicio de psicología e SAMU: campo de práctica em desarrollo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2): 449-457. doi:10.1590/1982-3703000992014