

Concepções dos enfermeiros frente à utilização de protocolos de urgência psiquiátrica no atendimento pré-hospitalar móvel

Nurses' conceptions regarding to the use of psychiatric emergency protocols in mobile pre-hospital care

Concepciones de las enfermeras sobre el uso de protocolos de emergencia psiquiátrica en la atención prehospitalaria móvil

Sisney Darcy Vaz da Silva^I; Adriane Maria Netto de Oliveira^{II}; Silvana Possani Medeiros^{III};
Rúbia Gabriela Fernandes Salgado^{IV}; Luciano Garcia Lourenção^V

RESUMO

Objetivo: conhecer as concepções do enfermeiro frente à utilização de protocolos de urgência psiquiátrica no atendimento pré-hospitalar móvel. **Métodos:** estudo qualitativo, descritivo exploratório, com enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** foram elencadas duas categorias: Protocolos de atendimento de urgência psiquiátrica e seu emprego no serviço de atendimento pré-hospitalar; e Fatores que influenciam o atendimento de urgência e emergência psiquiátrica. Os protocolos se direcionam contra os preceitos da reforma psiquiátrica e colocam sua aplicabilidade como fator de interferência no manejo da pessoa em crise, dando continuidade à ação ideológica social da contenção física. **Considerações finais:** o estudo mostrou o contexto da prática dos enfermeiros nas urgências psiquiátricas e evidenciou que os enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência não estão devidamente instrumentalizados para atuarem nas urgências/emergências psiquiátricas.

Descritores: Enfermagem em Emergência; Enfermagem Psiquiátrica; Intervenção na Crise; Emergência; Protocolos.

ABSTRACT

Objective: to ascertain nurses' conceptions regarding the use of psychiatric emergency protocols in mobile pre-hospital care. **Methods:** in this qualitative, descriptive exploratory study of nurses in a Mobile Emergency Care Service, data were collected through semi-structured interviews and submitted to content analysis. **Results:** two categories were listed: Psychiatric emergency care protocols and their use in the pre-hospital care service; and Factors that influence emergency care and psychiatric emergency. The protocols are at odds with the tenets of psychiatric reform and frame its applicability as a factor that interferes with management of persons in crisis, thus serving to perpetuate the ideological social action of physical restraint. **Final considerations:** the study showed the context of nurses' practice in psychiatric emergencies and showed that nurses of the Mobile Emergency Care Service are not properly equipped to work in psychiatric emergencies.

Descriptors: Emergency Nursing; Psychiatric Nursing; Emergencies; Crisis Intervention; Protocols.

RESUMEN

Objetivo: conocer las concepciones de las enfermeras sobre el uso de protocolos de emergencia psiquiátrica en la atención prehospitalaria móvil. **Métodos:** en este estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio de enfermeras en un Servicio Móvil de Atención de Emergencias, los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y sometidos a análisis de contenido. **Resultados:** se enumeraron dos categorías: protocolos de atención de urgencias psiquiátricas y su uso en el servicio de atención prehospitalaria; y Factores que influyen en la atención de emergencia y la emergencia psiquiátrica. Los protocolos están en desacuerdo con los principios de la reforma psiquiátrica y enmarcan su aplicabilidad como un factor que interfiere con el manejo de las personas en crisis, sirviendo así para perpetuar la acción social ideológica de la restricción física. **Consideraciones finales:** el estudio mostró el contexto de la práctica de las enfermeras en emergencias psiquiátricas y mostró que las enfermeras del Servicio Móvil de Atención de Emergencias no están debidamente equipadas para trabajar en emergencias psiquiátricas.

Descriptorios: Enfermería de Urgencia; Enfermería Psiquiátrica; Intervención en la Crisis (Psiquiatría); Urgencias Médicas; Protocolos.

INTRODUÇÃO

A necessidade de atendimento de uma vítima remete ao serviço de urgência e emergência, que requer rapidez e equipe qualificada. Nesse contexto, a assistência pré-hospitalar (APH) corresponde a toda e qualquer ação realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, utilizando meios e métodos disponíveis, que podem variar de uma orientação médica até o envio de uma viatura ao local da ocorrência, visando a manutenção da vida e a minimização de complicações^{1,2}.

^IEnfermeiro pela Universidade Federal do Rio Grande Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: vazsisney@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9916-1159>

^{II}Enfermeira. Doutora. Professora Associada. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: adrianenet@vetorial.net. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9422-423X>

^{III}Enfermeira. Doutoranda. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: silpossani@hotmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4053-8545>

^{IV}Enfermeira. Doutoranda. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: rgabifs@hotmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4093-3270>

^VEnfermeiro. Doutor. Professor Titular-Livre. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: lucianolourencao.enf@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1240-4702>

O atendimento às urgências psiquiátricas é competência técnica dos serviços de urgência desde 2003, cabendo ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) realizar atendimentos psiquiátricos e articular o fluxo de atendimento em saúde mental, encaminhando ao serviço mais adequado³. Durante o atendimento, os profissionais do SAMU devem basear sua conduta em protocolos que definem as habilidades da equipe em quatro itens: reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situação de urgência na cena das ocorrências; descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes; reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento as urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança da equipe de APH e adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas⁴.

O SAMU atende mais de 150 milhões de brasileiros, por meio das Centrais de Regulação que se encontram espalhadas pelo território nacional e realiza, anualmente, mais de 13 milhões de atendimentos de urgências e emergências¹. Por isso é importante entender a relação tempo-dependência de um serviço de APH, a partir da visão da equipe, que é capacitada para o atendimento de ocorrências, nas quais o tempo para a chegada ao local da urgência é fator primordial para a manutenção da vida. Nas urgências psiquiátricas essa relação é diferente, permitindo que a equipe acione outras equipes de apoio, como determina a Portaria 2048/2002^{4,5}.

A legislação identifica a crise aguda em saúde mental como urgência psiquiátrica, de responsabilidade do SAMU, da rede de atenção psicossocial, polícia e corpo de bombeiros⁴.

Assim, na urgência psiquiátrica é necessário ver a pessoa em crise a partir do contexto no qual se encontra. Considera-se crise o momento em que o indivíduo manifesta sua angústia e sofrimento extremos, podendo chegar à perda de contato com a realidade externa, voltando-se para sua realidade interna, com ocorrência de alterações no pensamento, sensopercepção, orientação, memória, humor, entre outros. Entre as modificações no pensamento são frequentes os delírios e, na sensopercepção, as alucinações. Tal manifestação é considerada como um surto psicótico, conceito utilizado para caracterizar as urgências psiquiátricas descritas na Portaria 2048/2002, as quais podem ser encontradas em psicopatologias como a depressão, tentativa de suicídio, esquizofrenia, uso e abuso de substâncias psicoativas, síndromes cerebrais orgânicas, entre outras^{2,6}.

Como membro da equipe de atendimento móvel de urgência, o enfermeiro pode ser inserido nos diversos momentos do atendimento, garantindo um cuidado pautado na visão técnica qualificada, no conhecimento científico e na eficiência. Devido à pluralidade das situações de urgência, dimensionadas por protocolos com inúmeras variáveis, cabe ao enfermeiro fazer a diferença, a partir da sua experiência que, associada ao conhecimento científico, produzirá saberes que qualificarão o serviço de enfermagem⁷.

Assim, além de conhecer os protocolos de atendimento de urgências e emergências psiquiátricas, a atuação do enfermeiro no APH móvel exige competências, como raciocínio clínico para a tomada de decisão, capacidade física e psíquica para lidar com situações de estresse, capacidade de trabalhar em equipe e habilidade para executar as intervenções com prontidão⁸.

Assim, objetivou-se conhecer as concepções do enfermeiro frente à utilização de protocolos na urgência psiquiátrica no âmbito pré-hospitalar móvel.

MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo exploratório, realizado em uma base do SAMU no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

O serviço foi fundado em 2009, com base nas diretrizes da Portaria 2048/2002⁴ e possui nove enfermeiros que atuam em uma Unidade de Suporte Básico (USB) e uma Unidade de Suporte Avançado (USA). Antes da entrevista, os profissionais foram orientados sobre o objetivo do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados entre setembro e outubro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada, realizada de forma individual pelos pesquisadores, na base do SAMU, em sala previamente agendada. As entrevistas continham questões abertas que contemplavam o objetivo do estudo e foram gravadas para posterior transcrição.

Os dados foram analisados pela Análise Temática de Conteúdo⁹, que consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação, onde o pesquisador constrói o conhecimento, a partir do discurso dos participantes, visando, além de obter os significados dos discursos, apreender a mensagem que se encontra implícita⁹. Para análise dos dados foi realizada a leitura criteriosa das transcrições, retornando ao objetivo do estudo. Houve a exploração do material e, posteriormente foram estabelecidas as categorias, agrupando o material por semelhanças, elencando os aspectos relevantes, significativos e específicos, de acordo com o tema. Por fim, os dados foram analisados com base na literatura.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da instituição e aprovado com Parecer nº 150/2015, de 02/10/2015. Para garantir o anonimato dos participantes, as falas foram identificadas com a letra “E” (Enfermeiro), seguido do número da entrevista realizada.

RESULTADOS

Participaram do estudo os nove enfermeiros da equipe, sendo dois homens e sete mulheres, formados entre 1999 e 2009, com idade entre 31 e 51 anos. Todos atuam há mais de três anos no serviço de APH e cinco profissionais já atuaram em atendimento psiquiátrico intra-hospitalar.

A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias: *Protocolos de atendimento de urgência psiquiátrica e sua utilização no serviço de atendimento pré-hospitalar* e *Fatores que influenciam o atendimento de urgência e emergência psiquiátrica*, descritas a seguir.

Protocolos de atendimento de urgência psiquiátrica e sua utilização no serviço de atendimento pré-hospitalar

Considerando que o serviço pré-hospitalar atua fundamentado em protocolos e, aqueles relativos ao atendimento da crise psiquiátrica não se encontram em consonância com as novas políticas de atenção à saúde mental, a atuação do enfermeiro fica condicionada à observação da situação em que a pessoa em crise se encontra, bem como aos protocolos utilizados na prática cotidiana, priorizando os sinais e sintomas físicos, conforme observado nas falas abaixo.

Os procedimentos variam com o tipo de urgência que o paciente se encontra, indo desde o manejo verbal até a contenção mecânica ou química (E8).

Os procedimentos realizados são manejo verbal, verificação dos sinais vitais, administração de medicamentos, quando possível e quando indicados pelo médico regulador. Na maioria das vezes, o paciente é levado para a instituição de referência, que é o hospital psiquiátrico (E4).

Geralmente o manejo verbal, intervenções medicamentosas e contenção mecânica é pouco aplicada. O paciente sempre está muito nervoso, o que não quer dizer que vai estar agressivo e/ou agitado com a equipe, mas não se sabe, não é? (E3).

Evidencia-se, ainda, que alguns casos necessitam de mais tempo para o atendimento, pois o manejo verbal demanda disponibilidade, principalmente quando há resistência do paciente e/ou da família:

Nosso procedimento frente ao atendimento vai depender principalmente dos sintomas apresentados. Em muitos casos, o paciente apresenta transtornos decorrentes, principalmente do uso e abuso de substâncias e aí ele é mais reticente ao manejo verbal (E1).

Ao realizar o atendimento, na maioria das vezes a equipe considera que o paciente irá agredi-los e, por isso, entendem que há necessidade de outras atitudes protocolares como a contenção física.

É realizado o manejo verbal. Se a equipe, juntamente com o médico, seja o regulador ou o assistente, julgarem pertinente a contenção física e/ou mecânica, o procedimento é realizado (E2).

Os chamados são triados pela regulação médica e, quando houver necessidade ou risco de violência para a equipe, já solicita apoio da Brigada Militar (E6).

Tento o manejo verbal, quando não tenho sucesso, aí realizo contato com a regulação médica. Aí alguns orientam a realizar medicação e a contenção mecânica (E6).

Quando não se tem sucesso com o manejo verbal, contamos com o apoio da Brigada Militar e se faz a contenção física, se o paciente estiver em risco para si ou para outras pessoas (E7).

As falas confirmam que os protocolos para atendimento em emergência psiquiátrica precisam ser revistos, de acordo com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, referente à Reforma Psiquiátrica, que implementa novas formas de assistência às pessoas com transtorno mental, passando do modelo biomédico para o psicossocial, incluindo o acolhimento e a comunicação terapêutica como essenciais para conquistar a confiança do paciente e diminuir sua ansiedade.

Fatores que influenciam o atendimento de urgência e emergência psiquiátrica

De acordo com a percepção dos enfermeiros, há diferenças entre as chamadas para atendimento em emergência psiquiátrica:

O que geralmente nos chama mais a atenção é a procedência do atendimento, o qual se dá mais em virtude de ansiedades da família, do que, especificamente, devido ao quadro psíquico do paciente, óbvio que cada situação nos proporciona uma percepção diferente, uma forma de abordagem diferente, depende do caso (E1).

Nas situações atendidas eu percebo que são diferentes, quero dizer são peculiares e geram sentimentos de dúvida de como realizar a abordagem de uma forma que se possa controlar a vítima, que é o paciente, e o

solicitante, de forma que tudo ocorra com calma até ficarem sem medo ou que gere menos angústia. Temos que nos comportar conforme a cena se apresenta (E4).

Da mesma forma, nota-se que os sentimentos que a solicitação provoca nos enfermeiros diferem, de acordo com cada caso:

Quando recebemos um chamado para surto psicótico, sempre se sente um pouquinho de insegurança (E5).

Quando somos chamados sempre pensamos na pior hipótese: agressivo e com risco de violência. Fico apreensiva qual a ocorrência e como proceder, tento manter a calma, pegar informações com os familiares e pessoas da comunidade, para saber realmente o que aconteceu, conhecer histórico prévio, o uso de medicação e saber o motivo da crise (E6).

Em relação à qualificação para o atendimento, os profissionais se sentem despreparados e inseguros:

Não me sinto preparada para a urgência psiquiátrica, pois cada caso é um caso e a situação sempre é inesperada (E6).

Muitas vezes me sinto impotente e despreparada diante de tal acontecimento. Quando o serviço é acionado, a sociedade ou o familiar querem resultados na remoção do indivíduo, seja de forma consensual ou por meio de medidas físicas, infringindo direitos essenciais de liberdade (E2).

Entende-se como imprescindível a atuação multidisciplinar para que seja realizado o atendimento adequado às necessidades do paciente e da família. Para os enfermeiros, a pessoa em crise sempre oferece risco para a equipe e, por isso, a contenção mecânica ou química é necessária, pois é orientação da central de regulação, de acordo com as informações fornecidas pelo solicitante, que afirma existir agressividade eminente. Muitas vezes, em função das percepções distorcidas, emitidas por uma comunicação inadequada, a crise é considerada como algo grave, que exige apoio de outros profissionais, antes mesmo de verificar a real situação:

A grande maioria dos casos tem muito a ver com a ansiedade da família, nem sempre ligada com o desejo de internação ou atendimento do paciente. (...) A própria família solicita o atendimento, geralmente, em situações em que o paciente não apresenta sintomas psiquiátricos que indicariam internação (E1).

Conforme orientação da central de regulação médica, muitas vezes, a equipe só desloca para o atendimento com o apoio de uma viatura da Brigada Militar, por entender que há risco para a equipe (E2).

Sim, a equipe só se desloca com o apoio da Brigada Militar, para evitar agressão, principalmente porque trabalho à noite (E5).

As equipes de saúde nestas situações trabalham em parceria com uma equipe de segurança, ou seja, a Brigada Militar (E9).

O primeiro contato da equipe pré-hospitalar com as pessoas envolvidas na crise psiquiátrica é importante e resolutivo, se for respaldado pela análise da situação, após abordagem verbal, voltada para a segurança da equipe e dos demais. Mesmo sem formação e capacitação específica em saúde mental, o enfermeiro deve ter habilidade para realizar o manejo verbal com o paciente, buscando adquirir a confiança dele, acalmá-lo e oferecer segurança, no sentido de que todos estão querendo ajudá-lo a melhorar para que ele fique bem. Se possível, também solicitar sua colaboração na tomada de decisões e evitar a contenção física que, se for necessária, deve ser realizada sem violência.

Sim, alguns pacientes tornam-se muito agressivos e, por várias vezes, tentam agredir os profissionais. Eu já fui agredida sem gravidade, com chutes e puxões de cabelo (E8).

A equipe precisa esperar a intervenção direta da Brigada Militar, para conter ou intimidar o paciente, para só assim fazer o manejo (E3).

A forma de intervenção realizada pelo enfermeiro mostra que ele, geralmente, não consegue avaliar a complexidade da psicopatologia e, por isso, toma decisões em função do relato do solicitante, sem considerar a flexibilidade que os protocolos devem ter, levando em conta a particularidade de cada situação. Por isso, a necessidade de sempre contar com a intervenção policial, pois a polícia proporciona segurança ao enfermeiro. A falta de habilidade em emergência psiquiátrica geralmente leva a este tipo de intervenção, quando o profissional deveria priorizar a compreensão do comportamento do paciente e o manejo adequado para que ele aceite as ações que precisam ser feitas, sem medo, nem violência.

O que falta aos profissionais do APH é o acúmulo teórico, discutido rotineiramente pelos colegas profissionais da saúde mental. No entanto, parece-me que falta aos colegas da saúde mental a experiência vivenciada pelas equipes de APH, no que diz respeito à dinâmica e realidade de manejo no paciente em crise. Enquanto continuarmos trabalhando de forma segregada, no que refere à discussão, concepções, procedimentos e atuações, o usuário do sistema continuará prejudicado, pois são serviços de uma mesma rede de atenção que trabalham de forma distinta e independente, no entanto agem sobre o mesmo indivíduo (E2).

DISCUSSÃO

Os protocolos nacionais de intervenção para o SAMU foram construídos a partir da análise de experiências nacionais e internacionais de aplicação, voltados para promover efetivamente a redução de prováveis situações traumáticas à vítima, ainda no local da ocorrência do fator de chamada. Estes protocolos são analisados sob a ótica do exercício profissional das diferentes categorias envolvidas no cuidado, e sua base fundamental é atualizada periodicamente¹⁰.

Os resultados deste estudo evidenciaram que os enfermeiros geralmente procuram realizar a abordagem verbal, com base no que o protocolo estabelece como “intervalo lúcido”, que compreende a fase de certas doenças mentais em que os sintomas desaparecem, dando a impressão de que o paciente em crise voltou a ser um indivíduo que se mantém equilibrado e, por isso, não é necessário o manejo por meio de observação mais cautelosa, tampouco é esperado que ocorra uma atitude mais agressiva em relação à equipe de saúde¹¹.

O protocolo que se refere ao manejo verbal na urgência psiquiátrica, como condição primária, se assemelha aos demais, que padronizam a realização da sistematização da assistência em etapas. No entanto, na emergência psiquiátrica, é necessário que a equipe perceba a pessoa como única e considere o cenário do atendimento, o que dificulta a sistematização, pois cada situação envolve diferentes fatores desencadeadores do conflito ocasionado na pessoa com transtorno mental¹².

Muitas vezes, a urgência psiquiátrica exige uma abordagem mais compreensiva e comunicação terapêutica. A comunicação terapêutica é um tipo singular de comunicação, utilizada por profissionais de saúde para apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas nos processos de transição de saúde doença, e/ou na adaptação a dificuldades¹³.

A situação determinada pelo manejo verbal impõe uma demanda de tempo fora dos padrões de atendimento das demais ocorrências do SAMU, em que o tempo resposta é preconizado. No caso das ocorrências psiquiátricas, as ações são mais demoradas, comprometendo as bases protocolares de agilidade no atendimento, com resolutividade pautada na assistência efetiva¹⁴.

Ainda no contexto do atendimento, autores apontam que o maior desafio da equipe, no atendimento da urgência psiquiátrica é saber como atuar frente ao inesperado, pois raramente os profissionais sabem o tipo de atendimento que será preciso realizar, as características do local e os fatores que poderão interferir na ação. Nesses casos, o medo emerge como um sentimento forte que, muitas vezes, pode mobilizar os profissionais e é parte integrante do estigma relacionado à crise psiquiátrica, o que acontece desde a formação profissional¹⁵.

A tomada de decisão relativa à contenção física do paciente em crise deve ser realizada como última alternativa, após as tentativas de acalmar o paciente e estabelecer uma relação de confiança, por meio da comunicação terapêutica. Atualmente, a legislação estabelece que a pessoa com transtorno mental tem o direito de “ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”^{16,17}. Sendo uma intervenção invasiva, a restrição física deve ser evitada o máximo possível e quando realizada precisa de técnicas específicas que não agitem ou machuquem o paciente. Em função disso é imprescindível que o enfermeiro receba capacitação para manejar com a crise psiquiátrica, por meio do conhecimento científico acerca dos transtornos mentais^{18,19}.

Embora muitas instituições utilizem os protocolos institucionais e de atendimento como ferramentas para atingirem suas metas, a decisão do uso da contenção não deve partir dos protocolos de atendimento que, apesar de estabelecerem parâmetros para a abordagem de uma situação, não são definitivos na sua aplicabilidade e, portanto, devem ser ajustados à singularidade de cada ocorrência^{8,10,20,21}.

Os protocolos servem como uma descrição da melhor prática profissional a ser seguida em cada momento e situação, a partir da visão do enfermeiro que atua na ocorrência, de forma a proteger o paciente em crise e a equipe de saúde. O enfermeiro jamais deve esquecer de rever e manter a intervenção verbal, a qual inclui explicar o que está sendo realizado, para estabelecer confiança e a sensação de segurança a todos os envolvidos no processo^{10,13,14,18,19}.

O estudo evidencia que o sentimento do enfermeiro frente a uma urgência psiquiátrica está diretamente associado ao tipo de manejo que deverá ser realizado com o sujeito em crise ou à pessoa que fez a solicitação do atendimento. Percebe-se, ainda, que os enfermeiros da pesquisa, qualificados em treinamentos específicos de urgência e emergência, com ênfase nos casos de clínica e trauma, encontram dificuldades para atuarem na urgência psiquiátrica, em função da ausência da capacitação teórico-prática para resolução das particularidades envolvidas na crise ocasionada por transtornos mentais. A insegurança é ainda maior quando é necessário mais tempo para a conclusão da ocorrência, devido ao fato de o profissional dominar as normativas das ocorrências clínicas e traumáticas, e não ter domínio ou conhecimento suficiente para atuar em atendimentos de urgência psiquiátrica^{14,22}.

Os resultados mostram, ainda, que ao seguir as recomendações dos protocolos na urgência psiquiátrica, o enfermeiro encontra uma lacuna na interpretação da Portaria 2048/2002, relacionada à necessidade de apoio de outros

atores no local da ocorrência, como forma de manter a segurança e a integridade física da equipe e da pessoa em crise. A decisão deve ser tomada a partir do reconhecimento dos sinais de gravidade das patologias psiquiátricas, nas situações de urgência e no local da ocorrência, devendo o enfermeiro descrever o que está sendo observado no paciente em atendimento, para o médico regulador⁴.

A necessidade de acionar outros profissionais para o atendimento às urgências psiquiátricas ocorre quando for identificado risco para a segurança das equipes de APH, ou seja, pessoas com comportamento agressivo, em situação de risco para si e para os outros, como no manejo dos pacientes psicóticos e suicidas. No entanto, os comportamentos só podem ser analisados no local do atendimento, uma vez que as informações do solicitante da ocorrência sempre estão centradas na necessidade de internação da pessoa em crise, podendo não ser a atitude mais adequada a ser tomada¹⁴.

A percepção da possibilidade de agressão pode estar relacionada à formação acadêmica dos enfermeiros que não compreendem a relevância da comunicação terapêutica para realizar o manejo verbal. Tal situação também pode estar relacionada à falta de treinamento específico para o atendimento da urgência psiquiátrica^{14,23}.

No entanto, os pensamentos e intervenções acabam sendo tradicionais e conservadores, contrapondo princípios e diretrizes da nova Política de Saúde Mental, por manterem uma relação de subordinação e ameaça às pessoas com transtorno mental, as quais tendem mais a serem vítimas de atos violentos do que a cometê-los^{17,24}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que os enfermeiros do SAMU não se sentem devidamente instrumentalizados para atuarem nas urgências/emergências psiquiátricas, e que há uma lacuna no que se refere ao conhecimento técnico-científico voltado para o modelo biopsicossocial, bem como ausência do estímulo da motivação do enfermeiro que atua no APH, para buscar tal capacitação.

Os estudos brasileiros relativos a este tema são restritos, o que pode indicar desinteresse por esta área do conhecimento e despreocupação dos pesquisadores em conhecer as reais necessidades dos enfermeiros que atuam no SAMU.

Considera-se que o presente estudo alcançou o objetivo proposto e proporcionou uma visão da prática cotidiana dos enfermeiros que atuam nas urgências psiquiátricas, contribuindo para o desenvolvimento de futuras pesquisas que ampliem o conhecimento nesta área específica e proporcionem atendimentos mais humanizados e adequados às necessidades dessa população. Também ficou evidente a necessidade da inclusão da capacitação contínua e suporte especializado desta área, de acordo com as novas políticas de saúde mental, para os enfermeiros que trabalham no SAMU.

REFERÊNCIAS

1. Martins CF. Perfil do trabalho realizado pelo serviço de atendimento móvel de urgência em um município do sul brasileiro [Dissertação]. Rio Grande (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2017 [cited 2020 Apr 10]. Available from: <https://sistemas.furg.br/sistemas/sab/arquivos/bdtd/0000011907.pdf>.
2. Adão RS, Santos MR. Nurses performance in a mobile prehospital care. Rev. Min. Enferm. 2012 [cited 2020 Apr 10]; 16(4):601-8. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/567#>.
3. Santos ACT, Nascimento YCML, Lucena TS, Rodrigues PMS, Brêda MZ, Santos GF. Mobile service attendance of urgency to psychiatric urgencies and emergencies. Rev. enferm. UFPE on line. 2014 [cited 2020 Jun 25]; 8(6):1586-96. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9849/10061>.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília (DF); 2002 [cited 2020 Apr 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.
5. Ciconet RM. Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência [Doctoral dissertation]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015 [cited 2020 Apr 10]. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129481/000976890.pdf?sequence=1>.
6. Oliveira LC, Silva RAR, Carvalho FPB, Soares FRR, Sousa KMN, Solano LC. Barriers in the care of emergencies and psychiatric emergencies in the urgent mobile care services. Enferm. Foco. 2018 [cited 2020 Apr 10]; 9(4):18-22. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1317>.
7. Souza MC, Afonso MLM. Knowledge and practices of nurses in mental health: challenges in face of the Psychiatric Reform. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia. 2015 [cited 2020 Apr 10]; 8(2):332-47. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a04.pdf>.
8. Luchtemberg MN, Pires DEP. Nurses from the Mobile Emergency Service: profile and developed activities. Rev. Bras. Enferm. 2016 [cited 2020 Apr 10]; 69(2):194-201. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690202i>.
9. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes RC. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34ª ed. Petrópolis: Vozes; 2015.

10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [cited 2020 Apr 10]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf.
11. Amaral N, Figueiredo AC. Jarbas the Redeemer: a clinical case of mania presented based on Lacanian topology. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 2016 [cited 2020 Apr 10]; 19(3): 483-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n3p483.8>.
12. Del-Ben C, Sponholz-Junior A, Mantovani C, Faleiros MC, Oliveira G, Guapo V, et al. Psychiatric emergencies: psychomotor agitation management and suicide risk assessment. *Medicina (Ribeirão Preto Online)*. 2017 [cited 2020 Apr 10]; 50(supl.1):98-112. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p98-112>.
13. Sequeira C. Comunicação terapêutica em saúde mental. *Rev. port. enferm. saúde mental*. 2014 [cited 2020 Jul 03]; 12:6-8. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n12/n12a01.pdf>
14. Nascimento BB, Nunes DFP, Souza TA, Medeiros FDS, Leite KNS, Costa JO. Difficulties in psychiatric emergency situations. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*. 2019 [cited 2020 Apr 10]; 23(3):215-20. Available from: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6615/3839>.
15. Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C et al. O Atendimento da Crise nos Diversos Componentes da Rede de Atenção Psicossocial em Natal/ RN. In Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderno HumanizaSUS. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2020 Apr 10]: 317-46. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf.
16. Veloso C, Monteiro LSS, Veloso LUP, Moreira ICC, Monteiro CFS. Psychiatric nature care provided by the urgent mobile prehospital service. *Texto Contexto Enferm.* 2018 [cited 2020 Apr 10]; 27(2):e0170016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000170016>.
17. Guimarães AN, Borba LO, Larocca LM, Maftum MA. Mental health treatment according to the asylum model (1960 to 2000): nursing professionals' statements. *Texto contexto - enferm.* 2013 [cited 2020 Apr 10]; 22(2):361-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200012>.
18. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001 [cited 2020 Apr 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
19. Schwiderski AC, Tchaikovski Jr, Osvaldo MS. Protocolo de Procedimentos de Contenção Mecânica. 2013 [cited 2020 Apr 10]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/contencao_mecanica.pdf.
20. Rodriguez JMC, Ortega RCH. Nursery intervention in response to disturbed behaviour in psychologically impaired institutionalized patients. *Enf. Global.* 2008 [cited 2020 Apr 10]; 7(3):1-8. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/36051>.
21. Ortega AMB, Lacerda JT, Natal S, Calvo MCM. Evaluation of the Mobile Emergency Care Service in Santa Catarina State, Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2016 [cited 2020 Apr 10]; 32(12):1-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00176714.pdf>.
22. Alves M, Rocha RLP, Rocha TB, Gomes GG. Percepções de usuários sobre o serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Cienc. Cuid. Saúde.* 2011 [cited 2020 Apr 10]; 9(3):543-51. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10273>.
23. Brito AAC, Bonfada D, Guimarães J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. *Physis - Revista de Saúde Coletiva.* 2015 [cited 2020 Apr 10]; 25(4):1293-312. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4008/400844481013.pdf>.
24. Gusmão ROM, Rocha SF, Urcino ATA, Souza BSR, Xavier MD, Ladeia LFA, et al. Violence and its relationships with mental health: an integral review of the literature. *Revista Saúde e Pesquisa.* 2018 [cited 2020 Apr 10]; 11(3):603-12. Available from: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6516/3300>.