

Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas

Knowledge and practices in urgent and emergency psychiatric care

Saberes y prácticas en urgencias y emergencias psiquiátricas

Lucídio Clebeson de Oliveira¹; Richardson Augusto Rosendo da Silva^{II}

RESUMO

Objetivo: identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao usuário em sofrimento psiquiátrico no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Método:** pesquisa qualitativa com 34 profissionais de enfermagem do SAMU de um município do Nordeste do Brasil. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e analisados segundo a técnica da análise de conteúdo temática. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos com o CAAE nº 17326513.0.0000.5537. **Resultados:** as categorias que emergiram do discurso dos entrevistados foram: entraves na assistência às urgências e emergências psiquiátricas; estratégias para consolidação da assistência integral às urgências e emergências psiquiátricas. Tais condições se justificam pela assistência ofertada de forma inadequada e pela ausência de uma rede de serviços em saúde mental resolutiva. **Conclusão:** a falta de uma rede de atendimento em saúde mental organizada e hierarquizada constitui-se como entrave para consolidação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica na prática.

Palavras-chave: Enfermagem; saúde mental; enfermagem psiquiátrica; serviços de emergência psiquiátrica.

ABSTRACT

Objective: to identify the difficulties in implementation of emergency care for users in psychiatric suffering in the Mobile Emergency Care Service (SAMU). **Method:** in this qualitative study of 34 SAMU nursing personnel in a town in Northeast Brazil, data were collected by semi-structured interview, and analyzed using the thematic analysis technique. The study was approved by the human research ethics committee (CAAE 17326513.0.0000.5537). **Results:** the categories that emerged from the interviewees' discourse were: barriers in urgent and emergency psychiatric care and strategies to establish comprehensive urgent and emergency psychiatric care. These conditions are explained by inappropriate care being offered and by the absence of a mental health services system capable of solving the problems. **Conclusion:** the lack of an organized, hierarchical mental health care system constitutes an obstacle to fulfilling the guidelines of the Psychiatric Reform in practice.

Keywords: Nursing; mental health; psychiatric nursing; nursing care; psychiatric emergency services.

RESUMEN

Objetivo: identificar las dificultades existentes en la implementación de una asistencia de emergencia al usuario en sufrimiento psiquiátrico en el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU). **Método:** investigación cualitativa con 34 profesionales de enfermería del SAMU en un municipio del Nordeste de Brasil. Los datos fueron recolectados utilizando una entrevista semiestructurada y analizados según la técnica del análisis de contenido temático. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con seres humanos con el CAAE nº 17326513.0.00.00.00.5537. **Resultados:** las categorías que surgieron del discurso de los entrevistados fueron: obstáculos en la asistencia a las urgencias y emergencias psiquiátricas y estrategias para la consolidación de la asistencia integral a las urgencias y emergencias psiquiátricas. Dichas condiciones se justifican por la asistencia ofrecida de forma inadecuada y por la ausencia de una red de servicios en salud mental resolutiva. **Conclusión:** la falta de una red de atención en salud mental organizada y jerarquizada constituye un obstáculo para la consolidación de las directivas de la Reforma Psiquiátrica en la práctica.

Palabras clave: Enfermería; salud mental; enfermería psiquiátrica; cuidados de enfermería; servicios de emergencia psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

O ciclo histórico da saúde mental no Brasil encontra-se permeado de grandes lutas da sociedade em favor de mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, dentre eles merecem destaque: o processo de reforma psiquiátrica brasileira, inscrita em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar, buscando substituir os manicômios por iniciativas sociais, culturais e jurídicas, bem como modificar o conceito e a relação da sociedade com o doente mental¹.

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foi um processo social e político, que objetivou a desconstrução da lógica de exclusão manicomial em prol de novas estratégias de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico. As consequências desse processo estão evidenciadas na política, na legislação e nos serviços de atenção à saúde mental, atualmente, vigentes no Brasil^{2,3}.

Diante desse cenário de desinstitucionalização, tornou-se necessária a criação de serviços para acolher

¹Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, Mossoró, Rio Grande do Norte – RN, Brasil. E-mail: lucidioclebeson@hotmail.com.

^{II}Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Natal, Rio Grande do Norte/RN, Brasil. E-mail: rirosendo@yahoo.com

o egresso das instituições psiquiátricas de volta ao seio da sociedade. Nessa perspectiva, os serviços de saúde mental no país foram descentralizados e, atualmente, estão distribuídos em uma rede crescente e hierárquica de complexidade, composta por três níveis de atenção: atenção básica, de média e de alta complexidade⁴.

Destaca-se que apesar das conquistas advindas da RPB, a rede de serviços substitutivos encontra-se sobrecarregada, pois outros problemas se somam à rede de saúde mental, exemplificados pelo crescente uso problemático de álcool e outras drogas, da crescente procura por atendimento pelos usuários afetados pela não adesão ao tratamento de uso contínuo e prolongado⁵.

No entanto, essa transferência legal de responsabilidade atribuindo novas e específicas demandas para profissionais e serviços também deve ser acompanhada de uma fase de preparação e capacitação do espaço assistencial, para que a atenção se torne resolutiva e integral, uma vez que a atuação frente aos sujeitos em sofrimento psíquico requer competências particulares².

No caso do SAMU, a capacitação profissional da equipe, instituída e definida pela Portaria 2.048/GM, é realizada no momento em que o serviço é implantado em um município. Nessa formação, somente duas horas de treinamento são dedicadas às intervenções de saúde mental. Esse momento é exclusivamente teórico, sem nenhum componente prático².

Na realidade do SAMU, esta situação fica ainda mais grave, pois, historicamente, essa área da urgência e emergência nega ou não pratica aquilo de que a atenção à crise psíquica necessita, ou seja, empatia, diálogo, responsabilização, humanização, subjetividade e criatividade⁶.

Com o propósito de apontar as estratégias na busca de uma consolidação e ampliação de uma assistência integral a esse público, o referido estudo objetivou identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao usuário em sofrimento psiquiátrico no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

REVISÃO DE LITERATURA

As reformas ocorridas na assistência à saúde mental no Brasil redirecionaram o modelo de atenção, anteriormente focado no manicômio, para uma rede diversificada e articulada de atendimento extra-hospitalar. Assim, as internações psiquiátricas foram direcionadas prioritariamente para pacientes com transtornos mentais que apresentam quadros graves e agudos. Desse modo, a rede de serviços substitutivos assumiu um novo papel na estruturação e funcionamento da rede de serviços de saúde mental, fomentando melhor relação entre eles^{7,8}.

Uma vez resolvida parcialmente à questão da desinstitucionalização, pois enfrenta resistência na oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, surgem novos desafios e demandas em relação à política de saúde mental no Brasil^{3,8}.

Dentre os desafios atuais, observa-se a existência de uma lacuna operacional na atenção às urgências e emergências psiquiátricas, o que tem levado a situações de desgaste no processo de produção de um cuidado humanizado e resolutivo em saúde mental, tendo em vista que os pacientes são muitas vezes atendidos de forma improvisada, em serviços não especializados, ou até mesmo em abordagens não médicas, como serviços policiais^{7,8}.

As urgências e emergências psiquiátricas podem ser caracterizadas como situações em que o indivíduo apresenta um transtorno de pensamento, emoção ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, com o objetivo de evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do paciente ou eliminar possíveis riscos a sua vida ou à integridade de outros^{5,7}.

O termo “crise psiquiátrica” é utilizado para caracterizar as urgências e emergências psiquiátricas que envolvem diversas situações, desde psicoses, ideações, tentativas de suicídio, depressões e síndromes cerebrais orgânicas. Sendo caracterizada por momentos em que o sofrimento psíquico torna-se intenso, gerando desestruturação da vida social, familiar e psíquica do sujeito, havendo uma ruptura com o contexto social^{4,8}.

A utilização dos prontos-socorros dos hospitais gerais como Serviços de Emergência Psiquiátrica (SEP) tem amparo na Política Nacional de Saúde Mental, ao passo que se evita o isolamento da psiquiatria, e ao mesmo tempo em que se tenta diminuir a estigmatização da doença mental. No entanto, observam-se ainda as práticas de contenções mecânicas amplamente utilizadas nos SEP, principalmente aqueles ligados a hospitais gerais e serviços pré-hospitalares móveis de urgência^{8,9}.

Nas entrelinhas dessas ações estão as relações de poder que caracterizam a Psiquiatria clássica e sua autoridade de tomar o corpo como objeto de suas práticas. Portanto, tais práticas vão de encontro ao ideário da Reforma Psiquiátrica brasileira e prejudicam a assistência aos pacientes psiquiátricos no contexto do atendimento pré-hospitalar de urgência⁹.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizada no SAMU do município de Mossoró/RN, nordeste do Brasil no período de outubro a dezembro de 2013.

O serviço foi escolhido em virtude de ser responsável em atender os usuários em situação de urgência e emergência psiquiátrica, respondendo assim aos questionamentos e ao objetivo propostos.

A pesquisa teve como população os profissionais de enfermagem (12 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem) lotados no SAMU da cidade de Mossoró/RN que atuam diretamente na assistência. A amostra foi constituída por 34 profissionais de enfermagem, sendo 9 enfermeiros e 25 técnicos de enfermagem que desenvolvem suas atividades laborativas no referido SAMU.

Como critérios de inclusão, elencamos os trabalhadores que atuam em período igual ou superior a um ano e lidam na assistência direta aos usuários do serviço.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas. A entrevista foi realizada de forma individual, na própria sede do SAMU em Mossoró. Todas foram gravadas com aquiescência dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra.

Para análise dos dados foi utilizada a técnica da Análise de conteúdo, na modalidade temática, que *per si* “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” [grifos no original]^{10:316}.

Assim, da análise de conteúdo, na modalidade temática, emergiram duas categorias do próprio discurso dos entrevistados, quais sejam: entraves na assistência às urgências e emergências psiquiátricas e estratégias para consolidação da assistência integral às urgências e emergências psiquiátricas.

Ressalta-se que esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a qual foi aprovada com o CAEE nº 17326513.0.0000.5537.

Para garantir o sigilo dos sujeitos, as falas dos mesmos foram identificadas nos resultados e discussão pela letra “E” e seguidas por números de 1 a 34.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entraves na assistência às urgências e emergências psiquiátricas

A área de Urgência e Emergência compreende a assistência pré-hospitalar cujo atendimento é prestado nos locais onde a vítima se encontra. Esse tipo de atendimento exige profissionais qualificados, pois requer controle emocional e habilidade para agir com raciocínio lógico e rápido, evitando danos maiores e irreparáveis¹¹.

Com relação às dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem do SAMU na realização do atendimento aos sujeitos em situação de urgência ou emergência psiquiátrica, foram encontrados problemas de relacionamento com familiares, bem como associados à gestão, onde a falta de integração entre os serviços dificultam a realização de uma assistência resolutiva.

Nesse ínterim, torna-se difícil a realização de uma assistência integral como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), pois é impossível falar em integralidade quando na verdade trabalha-se com serviços fragmentados, pois na realidade estudada não existia um sistema de referência eficaz, o que tornava difícil a continuidade do cuidado.

[...] atender um usuário psiquiátrico numa urgência não é fácil, tem que ter preparo porque a família não colabora [...] a família joga toda responsabilidade para a equipe. (E11)

[...] também tem o fato da falta de compromisso do gestor em querer fazer alguma coisa para melhorar a rede de atenção aos pacientes psiquiátricos [...] é tudo muito precário, faltam leitos nos hospitais, falta implementar a política direcionada para eles. (E1)

[...] o pior é a falta de continuidade do cuidado [...] atendemos esse paciente hoje e na maioria das vezes nunca mais o vemos, não sabemos se ele foi reabilitado ou reintegrado a sociedade [...] o atendimento não é nem um pouco resolutivo, conter e medicar paciente surtado e internar não adianta. (E9)

Os serviços de urgência e emergência psiquiátrica ocupam um lugar estratégico como porta de entrada do usuário com transtornos mentais, em situação de crise, no SUS. No entanto, apresenta-se como um ponto problemático na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois estão no último nível antes da internação psiquiátrica. Na maioria das vezes, esses serviços priorizam a sedação e o encaminhamento para a internação hospitalar quando se deparam com as manifestações de uma crise psíquica, fortalecendo a cadeia crise/emergência/internamento como se fosse a principal, senão única, alternativa para conter a crise⁹.

A agilidade no manejo do paciente, essencial para o adequado funcionamento de um serviço de emergência, pode implicar em algumas limitações, no que se refere tanto ao tratamento do paciente quanto à formação dos profissionais de saúde para a atuação neste tipo de serviço. Em geral, serviços de emergência psiquiátrica têm pouca disponibilidade de leitos para melhor observação e acompanhamento da evolução do quadro clínico, o que leva a uma decisão precoce de internação do paciente¹¹.

Na maioria dos municípios brasileiros esses serviços ainda são insuficientes e não estão preparados e adequados para o atendimento dessa clientela. Nessa direção, as situações de emergência psiquiátrica representam um imenso desafio⁷.

Essa realidade está clara nas falas dos entrevistados quando estes relatam as dificuldades de direcionamento do paciente em urgências e emergências psiquiátricas após a realização do atendimento.

[...] às vezes não tem para onde referenciar o paciente em crise [...] quando atendemos um paciente psiquiátrico temos que levar para o hospital geral, pois o hospital psiquiátrico não recebe sem um encaminhamento [...] isso atrapalha a dinâmica do SAMU [...] nosso trabalho fica limitado (E2)

[...] sem dúvida observa-se a falta de uma organização dos serviços de saúde aqui no município [...] não temos retaguarda [...] não existe CAPs 24 horas (E11)

Segundo a Portaria 2.048/GM, uma das funções do SAMU durante o atendimento é “reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH (vítimas agressivas em situações de risco para si e para os outros)”^{2:76}. No entanto, não

se pode continuar na defesa de que todo paciente psiquiátrico em crise é potencialmente agressivo, pois isso é reflexo do preconceito e da falta de preparo para as intervenções em urgências psiquiátricas⁹.

No presente estudo, observou-se que era comum a necessidade de proteção policial no atendimento ao paciente em crise psiquiátrica:

[...] quando o paciente está em crise psiquiátrica, telefone logo para a polícia [...] os policiais nos ajudam a conter os pacientes psiquiátricos agressivos (E4)

[...] tenho medo de ser agredido, por isso peço logo ajuda da polícia. (E1)

O cuidado aos pacientes em crise psiquiátrica, muitas vezes, é realizado de forma fragmentada, sendo compreendido como um conjunto de técnicas e procedimentos a serem aplicados. Geralmente, os profissionais se mostram impacientes e deixam de considerar os motivos que levam os pacientes com transtorno mental, em algumas situações, a manifestarem comportamentos agressivos⁷. A abordagem da comunicação terapêutica, atentando-se para as expressões não verbais, pode colaborar para diminuir ou eliminar o comportamento agressivo do paciente¹².

Esse cenário ficou claro nas falas dos entrevistados, quando estes referem dificuldade de continuação ao atendimento, acreditando ser o hospital psiquiátrico, o melhor direcionamento para esses pacientes.

[...] o hospital psiquiátrico só recebe quando o paciente já foi encaminhado pelo psiquiatra, mas só tem psiquiatra até às treze horas, aí quando é em outro horário o paciente é encaminhado para o hospital geral ou para as UPA e aí muitas vezes fica sedado [...] os profissionais das UPAS não estão preparados para atender esses pacientes [...] não receberam capacitação [...] muitas vezes o médico aproveita que o paciente está com um familiar e como já foi medicado, acaba dando a alta dele [...] não há continuidade do tratamento (E9)

É preciso que os serviços de urgência e emergência, tanto no seu componente móvel ou fixo, percebam o momento da crise psíquica como fundamental para propiciar acolhimento e compreensão da subjetividade manifestada durante a intensificação do sofrimento do usuário, buscando a interlocução entre profissionais e pacientes, promovendo assim um cuidado humanizado⁹.

Caso na assistência ao usuário em crise psiquiátrica não ocorra à comunicação terapêutica, pode acarretar em consequências danosas ao sujeito em sofrimento psíquico, uma vez que o desprendimento com a realidade vivenciada naquele momento não implica a ausência de sensações, afetos e angústias próprias da sua condição humana, por mais estranha que a situação possa demonstrar¹³.

Um estudo demonstrou que os desafios a serem enfrentados no trabalho em enfermagem para lidar com o cuidado humanizado em saúde mental vão desde as fragilidades nas competências e habilidades dos enfer-

meiros para lidar com o novo enfoque da assistência em saúde mental, até a falta de recursos materiais e a superposição de atividades decorrentes das demandas dos serviços¹⁴. No entanto, os enfermeiros apontaram como estratégia para humanizar a assistência em saúde mental, um cuidar com responsabilidade, compromisso e ética, ajudando-as a vencer suas limitações¹⁵.

Estratégias para consolidação da assistência integral às urgências e emergências psiquiátricas

A efetiva integração de um serviço de emergência psiquiátrica com os demais serviços de saúde mental disponíveis na região é um fator decisivo para o bom funcionamento, tanto da unidade de emergência como do sistema de atendimento psiquiátrico como um todo¹⁶.

No entanto, na realidade estudada percebeu-se uma grande dificuldade na utilização de estratégias para a oferta de uma assistência integral, tendo em vista, que foi perceptível o pouco conhecimento dos profissionais em relação à organização da rede de atenção psicossocial, bem como os entraves enfrentados pela desarticulação entre os serviços de saúde, onde a falta de espaços essenciais como o Centro de Atenção psicossocial três (CAPS III), tornam a assistência fragmentada e pouco resolutive.

O CAPS III atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD)¹⁷.

Esse cenário ficou evidenciado nas falas dos profissionais entrevistados, quando indagadas sobre a sua compreensão a respeito da reforma psiquiátrica e se os serviços de atenção em saúde mental ofereciam uma assistência adequada aos usuários em situação de urgência e emergência psiquiátrica.

[...] a reforma psiquiátrica defende a diminuição dos leitos psiquiátricos e o aumento de outros serviços para atender a esses pacientes [...] para melhorar o atendimento é preciso a criação de serviços alternativos (E8)

[...] acredito que para solucionar de vez o problema do atendimento, seria importante a articulação entre os serviços de saúde, o SAMU, CAPS e o serviço de referência em psiquiatria [...] tem que haver maior integração (E13)

[...] as práticas não mudaram, o atendimento é na base da contenção e sedação do paciente (E14)

Desta forma, é importante ressaltar que a Reforma Psiquiátrica não se trata apenas de uma mudança na teoria, e sim, da reconstrução da prática, por novos

apoios, novos conceitos de saúde e de doença, de normalidade e de loucura. Não se limita a criação de sistemas ambulatoriais, mas, envolve a criação de espaços e formas de atenção à saúde¹⁶. Ademais, o investimento adequado em recursos materiais e, principalmente, em recursos humanos, é dimensão estrutural fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica¹⁸.

O Ministério da Saúde do Brasil considera que a rede de atenção à saúde mental deve ser constituída por vários serviços assistenciais de acordo com os critérios populacionais e as demandas do município. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção primária, CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, entre outros¹⁶.

O município onde o estudo foi realizado ainda não dispõe de uma rede de serviços em saúde mental organizada e articulada. Essa realidade fica clara nas falas dos profissionais de enfermagem entrevistados.

[...] observo diariamente a falta de organização dos serviços de saúde mental, não ter para onde levar os pacientes psiquiátricos em crise [...] vejo como solução a implantação das residências terapêuticas, isso iria ajudar muito no nosso trabalho. (E9)

[...] todos sabemos que falta articulação entre a rede básica de saúde e os outros serviços, bem como, a falta de serviços que possam atender esses pacientes de forma adequada e resolutiva. (E19)

Essa situação prejudica a realização de uma assistência integral, tendo em vista, que para que tenhamos uma atenção de qualidade faz-se necessário que a rede de serviços de saúde mental sejam organizadas e hierarquizadas, de forma a garantir a continuidade do atendimento e assim a resolutividade da assistência.

Quem acaba sofrendo com a falta de organização da rede são os usuários e suas famílias, que se beneficiariam com essa forma de cuidado colaborativo entre os diversos serviços de saúde do SUS, de maneira que pudessem atender às necessidades particulares e demandas dos seus usuários¹⁴.

Nesse sentido, é necessário que o SAMU se articule com os componentes especializados da rede de atenção à saúde mental de duas formas: a articulação interna dos serviços, que não pode se voltar exclusivamente para aspectos burocráticos ou procedimentais e que precisa avançar na centralidade assumida pela subjetividade dos usuários em crise; e a articulação externa, na qual o serviço demonstra capacidade de absorver saberes e recursos externos às suas práticas¹⁹.

É importante destacar que quando se fala em uma abordagem pautada na integralidade, reflete-se sobre práticas baseadas na articulação entre clínica e Saúde Coletiva em todos os níveis de atenção do SUS, tanto nos serviços de atenção à saúde em geral, como nos setores específicos de saúde mental, com o mote central das necessidades do usuário⁹. Essa integralidade só será al-

cançada através do intercâmbio de saberes/práticas e de alteração nas relações de poder estabelecidas, por meio da instituição de uma lógica do trabalho interdisciplinar²⁰.

Uma alternativa viável seria a elaboração de protocolos específicos para o atendimento às urgências e emergências psiquiátricas, tendo em vista, que a assistência prestada a essa clientela é realizada baseado em protocolos gerais do SAMU.

[...] uma forma para melhorar seria a elaboração de protocolos em saúde mental para orientar os atendimentos. (E20)

[...] seguimos os protocolos de suporte básico e avançado de vida, mas nada específico de saúde mental, [...] seria importante usarmos protocolos em saúde mental. (E7)

O pensamento e a prática protocolar trazem para nossa discussão sobre urgências psiquiátricas uma problemática particular, pois, a assistência em saúde mental não segue protocolos específicos. Dessa forma, a formação de práticas rígidas, como as propagadas no SAMU, quando se trata de saúde mental, acaba sendo parte de mais um grande problema do que uma solução²¹.

Neste sentido, torna-se importante avançar na compreensão da urgência e emergência psiquiátrica enquanto evento que demanda acolhimento, diálogo, aproximação entre os sujeitos envolvidos e respeito às necessidades de cada usuário. Para tanto, se faz necessária à articulação entre o SAMU e a rede de saúde mental, na perspectiva de construir saberes e práticas para a consolidação efetiva de uma abordagem integral e humanizada¹³.

CONCLUSÃO

As urgências e emergências psiquiátricas são a cada dia mais frequentes no SAMU, com isso aumenta a necessidade da oferta de uma assistência de enfermagem adequada para atender a essa clientela de forma resolutiva e humanizada.

Neste sentido, os profissionais que lidam com esses pacientes devem ter uma capacitação adequada para a realização de um cuidado apropriado, pois o grau de cuidados necessários não se dá com tecnologias avançadas, e sim com o contato e o cuidado adequado.

Com a relação à rede de serviços em saúde mental no município estudado, encontrou-se uma assistência fragmentada, pois não existe uma rede organizada e hierarquizada, dificultando assim a realização de uma assistência humanizada e resolutiva.

Por fim, identificou-se como estratégias na busca da consolidação e ampliação de uma assistência integral a esse público a construção de protocolos para o atendimento das urgências e emergências psiquiátricas, a melhoria da articulação entre o SAMU e a rede de saúde mental, bem como a promoção da educação permanente dos profissionais deste serviço.

REFERÊNCIAS

1. Andrade EV, Bezerra Júnior B. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico online] 2009 [citado em 24 jul 2014]; 14 (2): 445-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000200013&script=sci_arttext.
2. Ministério da Saúde (Br). Portaria 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
3. Bonfada D, Guimaraes J. Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a assistência às urgências psiquiátricas. (Dissertação mestrado). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.
4. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma dos Psiquiátricos e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
5. Del-Ben CM, Teng CT. Psychiatric emergency: challenges and vicissitudes. *Rev bras psiquiatr* [periódico online] 2010 [acesso em 2014 July 14]; 32 (supl. II): 68-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/en_v32s2a01.pdf
6. Bonfada D, Guimaraes J, Miranda F, Brito AAC. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. *Esc Anna Nery* [periódico online] 2013 [acesso em 2014 July 28] 17(2):227-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200004&script=sci_abstract&lng=pt,
7. Ikuta CY, Santos MA, Badagnan HF, Donato ECG, Zanetti ACG. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em situações de emergência psiquiátrica: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf* [periódico online] 2013 [citado em 10 dez 2016]; 15(4):1034-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.20954>.
8. Soares FRR, Miranda FAN, Medeiros SM. Análise contextual do atendimento a emergências psiquiátricas. *Rev enferm UFPE* [periódico online] 2013 [citado em 25 jul 2017]; 7(esp):4269-77. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4350>.
9. Brito AAC, Bonfada D, Guimarães J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. *Physis Revista de Saúde Coletiva* [periódico online] 2015 [citado em 17 jul 2017]; 25 (4):1293-1312. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400013>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
11. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicol estud* [periódico online] 2012 [citado em 09 nov 2014]; 17(2):227-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05.pdf>
12. Bosi MLM, Carvalho LB, Ximenes VM, Melo AKS, Godoy MGC. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [periódico online] 2012 [citado em 09 nov 2016]; 17 (3): 643-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a10.pdf>
13. Silva DS, Azevedo DM. A Reforma Psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Esc Anna Nery* [periódico online] 2011 [citado em 09 nov 2014]; 15(3):587-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a21v15n3.pdf>
14. Oliveira LC, Silva RAR, Medeiros MN, Queiroz JC, Guimarães J. Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental. *Rev pesqui cuid fundam* (Online) [periódico online]. 2015 [citado em 09 nov 2014]; 7(1):1774-82. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-26691>.
15. Neto AVL, Nunes VMA, Fernandes RL, Barbosa IML, Carvalho GRP. Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros. *Rev pesqui cuid fundam* [periódico online] 2013 [citado em 02 nov 2016]; 5(4):519-28. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search>.
16. Santos ACTS, Nascimento YCM, Lucena TS, Rodrigues PMDS, Brêda MZ, Santos GF. Serviço de atendimento móvel de urgência às urgências e emergências psiquiátricas. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet] 2014 [citado em: 01 mai 2015] 8(6):1586-96. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5946/9279>
17. Ministério da Saúde (Br). Portaria 3.088/GM, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
18. Andrade AB, Bosi MLM. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. *Saúde soc* [periódico online] 2015 [citado 07 Ago 2017]; 24(3):887-900. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000300887&lng=pt.
19. Machado DKS, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. *Cad saúde colet* [periódico online] 2013 [citado 07 Ago 2017]; 21(2):224-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200018&lng=pt.
20. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde* [periódico online] 2013 [citado 07 Ago 2017]; 11(2):395-409. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000200008>
21. Azevedo EB, Ferreira-Filha MO. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. *Rev Ciênc Saúde*. [Internet] 2012 [citado em 13 nov 2014]; 5(2):60-70. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/10657/8205>.