

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

LUCIDIO CLEBESON DE OLIVEIRA

SABERES E PRÁTICAS EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

NATAL
2014

LUCIDIO CLEBESON DE OLIVEIRA

SABERES E PRÁTICAS EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Tecnológico em Saúde e Enfermagem.

Orientador(a): Prof^o. Prof. Dr. Richardson Augusto Rosendo da Silva

NATAL
2014

LUCIDIO CLEBESON DE OLIVEIRA

SABERES E PRÁTICAS EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Richardson Augusto Rosendo da Silva
Departamento de Enfermagem da UFRN
Orientador

Professora Doutora Nilba Lima de Souza
Departamento de Enfermagem UFRN
Avaliador interna

Professora Doutora Jacileide Guimarães
Departamento de Enfermagem da UFRN
Avaliador Interno

Professora Doutora Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN
Avaliadora Externa

Professora Doutora Fátima Raquel Rosado Morais
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN
Avaliadora Externa

A Deus, por ter me dado forças para realizar esse sonho, a minha família por ter me apoiado nos momentos mais difíceis e em especial aos meus PAIS POR ter me mostrado que, embora as adversidades da vida tente nos derrubar, DEUS se faz de escudo para que possamos seguir em frente.

Seus ensinamentos me guiaram por toda vida, pois os tenho exemplo de dignidade, amor, honestidade, respeito e sabedoria, pois mesmo não tendo oportunidade de estudar me passaram ensinamentos que não encontrei nem na mais fina filosofia, educando com o exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me ajudar a chegar onde cheguei, por não permitir que fraquejasse. Obrigado Senhor por me fazer forte diante das adversidades da vida, pois foi através do seu infinito amor que consegui forças para até aqui.

À Virgem Maria que sempre intercedeu por mim junto a seu Filho Jesus, e me cobriu com o seu manto sagrado todas as vezes que precisei.

Aos **meus pais** pelo apoio em todas as empreitadas da vida, sempre apoiando e incentivando-me, muitas abrindo mão dos sonhos em virtude dos meus.

Aos meus dez irmãos pelo companheirismo, amor e carinho em todos os momentos da minha vida.

Aos Familiares por todo o apoio.

À Janeuma Kelli, que em todo esse período esteve ao meu lado como uma grande companheira, namorada e amiga que me amparou e enfrentou comigo as dificuldades que surgiram pelo caminho.

Ao meu orientador professor Doutor **Richardson Augusto Rosendo da Silva**, obrigado por aceitar me orientar. Te agradeço pela paciência, associada a sabedoria, competência e responsabilidade. Só tenho a te agradecer por essa conquista, que Deus te abençoe hoje e sempre.

À professora Jacileide Guimarães, responsável direta por essa conquista, muito obrigado pela paciência, dedicação, e por ter me ajudado de forma tão brilhante em suas orientações.

À professora Nilba Lima, muito obrigado pelas contribuições, que serão fundamentais para a melhoria do trabalho.

Às professoras Suzana e Raquel que prontamente aceitaram participar da minha banca, enriquecendo o trabalho com suas contribuições.

Às professoras Raimunda Medeiros Germano, Soraya Maria e Luzia Cecília pelas brilhantes contribuições dadas durante o exame de qualificação, sendo de extrema importância para a consolidação do trabalho.

À Amélia Carolina e Patrícia Barreto pelo apoio, carinho, dedicação e por mostrar o verdadeiro significado de uma equipe, meu muito obrigado.

Às colegas de disciplinas da FACENE/RN Ivone Borges, Gisele Santos, Josy Lima, Jussara Vilar e Thiago Enggle, pela parceria, amizade e dedicação.

À direção da Faculdade de Enfermagem e à chefia de departamento pelo apoio em todo esse percurso.

À **Patrícia Josefa**, pelo apoio, confiança e serenidade.

À **Thiago Englle** pelo apoio e confiança.

À **Josy Lima e Karla Cartaxo** pelo companheirismo e apoio no NUPEA.

Ao professor **Deivson Wendell** pelo ajudar na escolha da temática.

Aos amigos/irmãos **Rafael, Lauro e Henrique** que dividiram apartamento comigo em todo esse período, pelo apoio, amizade, coleguismo, estando muitas vezes mais próximo do que minha família.

Aos amigos da turma de mestrado de 2012.1, em especial, a Rafael, Tayssa, Edilma Karina e Adriana, companheiros no desafio de cursar o mestrado em enfermagem.

Aos amigos do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, em especial, à **Eumendes Carlos, Allyne Gurgel e Kísia**, companheiros de lutas e compartilhando a ideologia de fazer um SUS melhor.

À todos os professores e funcionários que fazem parte do PGENF/UFRN.

À todos os professores e funcionários da FAEN/UERN.

À todos os professores e funcionários da FACENE/RN.

Aos alunos que foram essenciais para a concretização deste sonho.

Meu muito **OBRIGADO A TODOS!!!**

Rendam graças ao Senhor, pois ele é bom; o seu amor dura para sempre.

1 Crônicas 16:34

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo conhecer as concepções dos profissionais da equipe de enfermagem sobre a assistência em urgências e emergências psiquiátricas no SAMU em Mossoró/RN, identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao usuário em sofrimento psiquiátrico neste serviço e apontar as estratégias na busca da consolidação e ampliação de uma assistência integral a esse público. Trata-se de pesquisa do tipo descritiva com abordagem qualitativa e de caráter exploratório. Os sujeitos foram trabalhadores da equipe de enfermagem do SAMU do referido município. Empregase a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. Contou com a anuência da instituição onde se desenvolveu o estudo e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, com CAAE nº 17326513.0.0000.5537, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. A análise de dados se fez por meio da Análise Temática proposta por Bardin. Desta forma, como resultado da pesquisa elaborou-se as seguintes categorias: prática mecanicista; desumanização da assistência; necessidade de qualificação, entraves para uma assistência em urgência e emergência psiquiátrica e estratégias na busca da assistência integral, o que procedeu na elaboração de dois artigos intitulados “Assistência de enfermagem às urgências e emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência” e “Entraves para o atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência”. Na realidade estudada identificou-se que a assistência de enfermagem ofertada aos usuários em situação de urgência e Emergência psiquiátrica é realizada baseada principalmente na utilização de contenções químicas e físicas, assim como no transporte para o hospital geral, constantemente utilizando o acionamento de força policial, o que vai de encontro as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e assim comprometendo a oferta de uma assistência efetiva e humanizada. Esse cenário agrava-se pela falta de um rede de serviços em saúde mental organizada, onde após o atendimento o usuário é levado a um hospital geral, tendo em vista que não existe um pronto socorro psiquiátrico ou serviço apropriado, como um Centro de Atendimento Psicossocial – CAPs III para referenciá-lo, impossibilitando assim a realização de um atendimento resolutivo e integral. Dessa forma, conclui-se que a assistência de enfermagem baseia-se no modelo biologicista e medicalocêntrico, defendido pela psiquiatria clássica e que apesar de todos os avanços da reforma psiquiátrica, ainda norteia a assistência em saúde mental, assim a falta de rede de atendimento em saúde mental organizada e hierarquizada, onde o usuário em situação de urgência e emergência psiquiátrica possa ser assistido de forma integral e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica possam ser concretizadas na prática.

Palavras-Chave: Enfermagem. Saúde Mental. Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

This study aims to identify the concepts of professional nursing team on assistance in urgency and psychiatric emergencies in SAMU in Mossoró/RN, identifying the difficulties in implementing an emergency assistance to the user in psychiatric distress in this service and point strategies in pursuit of consolidation and expansion of comprehensive health care to the public. It is a descriptive research with qualitative and exploratory approach. The subjects were employees of the nursing staff of SAMU of that mentioned municipality. Semi-structured interviews are applied as tool for data collection. It was counted on the consent of the institution where the study was developed and approval by the Ethics Committee in Research of UFRN with CAAE No 17326513.0.0000.5537, besides signing the Informed Free Consent Term by the participants. Data analysis was done by means of thematic analysis proposed by Bardin. Thus, as a result of the research produced the following categories: mechanistic practice; dehumanization of care; need for qualification, barriers to assistance in urgency and psychiatric emergency and strategies in pursuit of comprehensive care, which proceeded in preparing two articles entitled "Nursing care to the emergency room and psychiatric emergencies in the mobile emergency care service" and "Barriers for emergency service and psychiatric emergencies in the mobile emergency care service". In the studied reality it was identified that nursing care offered to users in situations of urgency and psychiatric emergency is made based primarily on the use of chemical and physical restraints, as well as transportation to the general hospital, constantly using the police force support, which meets the guidelines of the Psychiatric Reform and thereby undermining the provision of an effective and humane care. This scenario is worsened by the lack of an organized network of services in mental health, where after the service the user is taken to a general hospital, considering that there is no ready or appropriate psychiatric emergency service as a Center of Psychosocial Care - CAPs III to reference it, thereby precluding the realization of a resolute and comprehensive care. Thus, it is concluded that nursing care is based on biologicist and medicine-centered model advocated by classical psychiatry, and that despite all the advances in psychiatric reform, still guides the mental health care, so the lack of service network organized in hierarchical and mental health, where the user in urgency and emergency service can be watched in full and the guidelines of the psychiatric reform can be realized in practice.

Keywords: Nursing. Mental Health. Psychiatric Nursing.

LISTA DE SIGLAS

ACLS – Advance Cardiologic Live Support

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética na Pesquisa

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PGENF-UFRN – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

PHTLS – Prehospital Trauma Life Support

PM – Polícia Militar

RPB– Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PNAU - Política Nacional de Atendimento às Urgências

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMA E PROBLEMATIZAÇÃO	16
1.2 PRESSUPOSTOS.....	17
1.3 JUSTIFICATIVA	17
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 SABERES E PRÁTICAS EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS	21
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E DE SAÚDE MENTAL....	24
3.3 ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS... ..	25
4 METODOLOGIA	30
4.1 TIPO DE ESTUDO	30
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	30
4.3 POPULAÇÃO DE AMOSTRA	31
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
4.5 COLETA DE DADOS	32
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	34
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	34
5.2 ARTIGOS ORIUNDOS DA DISSERTAÇÃO	34
5.2.1 Artigo 1 – Enviando a “Revista Enfermagem UERJ”	34
5.2.2 Artigo 2 – Enviando a “Revista Eletrônica de Enfermagem”	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64

REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICES	72
ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO

As Políticas públicas de saúde mental no Brasil sofreram transformações em decorrência da Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciada na década de 1970. Tais mudanças enfrentam dificuldades consideráveis na sua implementação, principalmente no que tange a descentralização de serviços pautada na lógica territorial, bem como na mudança da concepção biologicista, onde apenas o aspecto clínico é levado em consideração (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na ofertados serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

No Rio Grande do Norte, a lei 6.758 de quatro de janeiro de 1995, dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a construção de unidades psiquiátricas. No texto, fica proibida a construção ou ampliação dos hospitais psiquiátricos existentes no estado, sendo estabelecido um prazo de seis anos para as instituições melhorarem as condições de funcionamento e para que seja efetivada a abertura de vagas psiquiátricas nos hospitais gerais (BRASIL, 2004a).

No entanto, de acordo com o Boletim Informativo de Saúde Mental, em junho de 2010, existiam ainda 747 leitos em hospitais psiquiátricos no Rio Grande do Norte, isto para uma população de 3.106.430 habitantes. Esses números revelam um percentual de 0,24 leitos psiquiátricos em manicômios para cada mil habitantes.

Esse índice é o sexto maior entre as unidades federativas do Brasil. Isso demonstra que, apesar do pioneirismo, o Estado tem avançado pouco na redução dos leitos dos hospitais psiquiátricos em relação ao resto do país (BRASIL, 2010).

O movimento de desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e integração do indivíduo na comunidade. Os serviços de emergências psiquiátricas surgem como um dos pilares assistenciais deste contexto de atenção ao doente mental, provido de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

Estes serviços visam à redução do número e do tempo de internações, e devem racionalizar os critérios de hospitalização, tratando de transtornos mentais agudos que tenham condições de remissão ou estabilização num prazo de 72 horas. Mesmo o tratamento de urgências e emergências deve reconduzir o indivíduo à comunidade, a não ser em casos especiais que necessitem de comprovada internação hospitalar (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

As políticas públicas em Saúde Mental apontam para um movimento em direção à expansão, à experimentação e ao desempenho das ações da Enfermagem Psiquiátrica, estimulando mudanças no modo de cuidar, voltadas para a relação humana, através da experiência vivenciada. A Enfermagem Psiquiátrica deve acompanhar os movimentos de transformação da psiquiatria, em que o profissional não deixa de ter sua especificidade, mas passa a ter um lugar legítimo na equipe multidisciplinar, reorientando sua prática, com propostas de atividades terapêuticas compartilhadas, voltadas para o hábito de trabalho em equipe, em que são sociabilizados experiências e enfrentamentos dos problemas (VILLELA; SCATENA, 2004).

Neste sentido, entende-se que a atuação do pessoal de enfermagem junto ao doente mental, em urgências e emergências psiquiátricas, é de extrema importância, não só pelo fato de ser este o local onde, na maioria das vezes, o usuário toma pela primeira vez contato com a instituição, mas também por ser, teoricamente, são os profissionais de enfermagem quem mantêm, na maior parte do tempo, contato com o doente (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

No Brasil, à assistência às urgências e emergências psiquiátricas é feita pelo Serviço Móvel de Atendimento às Urgências – SAMU, pelas Unidades de pronto atendimento – UPA e Pronto Socorros de hospitais gerais. Onde o SAMU é o

principal responsável por esse atendimento, tendo em vista que a maioria dos casos ocorrem no ambiente extra hospitalar.

O atendimento Pré – Hospitalar (APH) atua há muitos anos em todo mundo. Com o passar o tempo, cada país foi se organizando de tal modo que hoje existem vários modelos e protocolos de atendimento em APH. No Brasil, esse ofício ocorreu desde muitos anos atrás, pois o serviço móvel de urgência/emergência já era encarregado por salvamento de vítimas há muitas décadas, vindo a ter maior repercussão nacional a partir da década de 80 do século passado com a criação do projeto resgate, fundado pela incorporação do corpo de bombeiros do estado de São Paulo (BRASIL, 2002).

O Brasil buscou inspiração na França pra fundar o Serviço de Atenção Móvel de Urgência - SAMU em nosso país e, de acordo com Ramos e Sanna (2005), o Ministério da Saúde (MS) por meio da portaria GM/MS nº 814 de 01 de junho de 2001 vem constituir a normatização dos serviços de APH móvel e deliberando os princípios e diretrizes e através da portaria GM/MS nº 2.048 que regulamenta o atendimento às urgências e emergências. Em 2003, através da portaria GM/MS nº 1863 foi designado a Política Nacional de Atendimento às Urgências - PNAU em todos os estados brasileiros de acordo com as três esferas da gestão.

Então, os gestores públicos percebendo a necessidade de um serviço desse um maior suporte a população no setor de urgência/emergência criaram o SAMU (BRASIL, 2002). Esse serviço faz parte do Sistema Único Saúde (SUS) reconhecida e regida pela portaria n.º 814/GM em 01 de junho de 2001 e “oficializado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004” (MINAYO; DESLANDES, 2008, p.1).

Este tipo de atendimento foi criado com a grande finalidade de diminuir as sequelas transitórias ou definitivas decorrentes da falta de socorro precoce e, principalmente à morte.

Tendo como objetivo a estabilização das condições vitais e reduzir a morbimortalidade, por meio de condutas adequadas durante a fase de estabilização e transporte, assim como as iatrogenias que possam culminar com adventos variados, desde as incapacidades físicas temporárias ou permanentes até o óbito (BRASIL, 2010).

Essa assistência pode ser classificado de duas maneiras, sendo que a denominação vai depender de quem aciona o serviço, podendo assim ser designado

de APH móvel primário ou secundário. É considerado de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou atendimento pré – hospitalar móvel secundário quando partir de um serviço de saúde, no qual o usuário já tenha recebido os primeiros atendimentos necessários à estabilização ao quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2006).

Em Mossoró, o SAMU foi inaugurado oficialmente no dia 26 de junho do ano de 2005. Sendo que, só nos dias experimentais a equipe realizou mais de 600 atendimentos, daí mostrando a importância do SAMU para sociedade local.

De acordo com Seguel et al. (1993) as urgências e emergências psiquiátricas ocorrem quando existe uma perturbação do funcionamento do sistema nervoso central ou mesmo na iminência desta (por exemplo, na intoxicação por drogas, no surto esquizofrênico, na encefalite); quando o indivíduo sofre uma experiência vital traumática (por exemplo, morte de um parente, violência sexual, assaltos); ou como consequência de distúrbios físicos que gera um agravo psíquico.

De acordo com esta definição, qualquer pessoa pode apresentar, ao longo da vida, uma condição mental que caracterize uma emergência psiquiátrica que necessite de tratamento imediato. Os transtorno psiquiátrico podem manifestar-se, em alguma fase da sua evolução, como uma condição que necessita de cuidados de um Serviço de Emergência.

Segundo Guertzenstein (1995) a emergência é a condição mais difícil para a Psiquiatria e, talvez, um teste de qualidade, tendo em vista que a equipe necessitará colocar em prática um conhecimento que muitas vezes ainda é insuficiente, pelo fato de ser pouco explorado. De uma forma geral, é um processo que envolve, pelo menos, dois elementos: de um lado, o usuário no qual se intervém; e do outro, o profissional que faz a intervenção, após a sua percepção da situação de crise e da sua concepção de assistência e cuidado, condicionando um resultado final.

Partindo da conceituação de urgência e de emergência compartilhada com o Conselho Federal de Medicina, Fernandes ([2004], p. 02) concebe urgência como “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência rápida”. Por sua vez, a emergência é definida como a constatação de condições de agravo à saúde que implicam risco de morte

ou sofrimento intenso, lesões irreparáveis cujo portador necessita de atendimento imediato (BONFADA, 2010).

Neste sentido, de acordo com os conceitos de crise, de urgência e de emergência identificou-se que nem toda crise é uma urgência ou emergência psiquiátrica e, portanto, não deve ser tratada incondicionalmente como tal, pois, os conceitos de urgência e de emergência médica não se aplicam necessariamente sob a mesma ótica no campo da saúde mental, tendo em vista que o atendimento em saúde mental apresenta peculiaridades e por isso necessita de uma atenção diferenciada (BONFADA, 2010).

A situação de urgência em saúde mental acontece somente quando o sujeito em crise necessita de uma assistência apropriada em um curto espaço de tempo, na perspectiva de promover uma vivência positiva da situação de crise e evitar danos permanentes ou temporários a sua integridade física e psíquica no futuro. A emergência em saúde mental caracteriza-se quando o sujeito encontra-se em um estado de completo desprendimento da realidade a ponto de colocar em risco sua integridade física ou a de outras pessoas, como por exemplo, um sujeito armado ameaçando a si mesmo ou a outras pessoas devido ao acontecimento de delírios e alucinações. Assim, podem existir crises não urgentes, crises que pelas características de sua manifestação são urgentes e crises que pela sua configuração e circunstância são emergências (BONFADA, 2010).

No entanto, na Portaria 2048/GM, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências, a crise em saúde mental é frequentemente identificada como urgência psiquiátrica, sendo atribuída como uma das responsabilidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), compartilhada com a rede de atenção à saúde mental, à polícia e ao corpo de bombeiros (BRASIL, 2002a).

Esse cenário aponta para a necessidade da realização de estudos que possam contribuir para uma melhor formação/capacitação dos profissionais e assim possibilitar uma melhoria na assistência prestada aos usuários em situação de urgência e emergência psiquiátrica.

1.1 PROBLEMA E PROBLEMATIZAÇÃO

O atendimento de enfermagem às Urgências e Emergências psiquiátricas ainda é pouco estudado e, portanto, pois possui uma produção incipiente de

conhecimento, influenciando, dessa forma, negativamente na formação e conseqüentemente no atendimento prestado à população.

A atuação dos profissionais de enfermagem em saúde mental ainda esta pautado no modelo biologista, baseado em ações pontuais, onde apenas o aspecto clínico é levado em consideração. No que tange a assistência de enfermagem às urgências psiquiátricas a realidade não é muito diferente, tendo em vista que o atendimento também é pautado no modelo biomédico, para o qual se utilize de métodos e técnicas inadequadas como a contenção química e mecânica de forma indiscriminada, o que compromete a qualidade da assistência e perde a característica de humanização.

A política Nacional de Saúde Mental determina um dos elementos do processo de trabalho em saúde mental, sua finalidade, indica uma direção oposta à finalidade de segregação do modelo tradicional de assistência psiquiátrica. Na nova perspectiva, todos os elementos do processo de trabalho em saúde mental precisam articular-se para que o trabalho tenha potencial transformador do Modelo Tradicional de Assistência Psiquiátrica, autorizado por saberes construídos em outro contexto para atender necessidades sociais pertinentes àquele momento histórico.

Diante deste cenário questionamos: Como se dá a assistência de enfermagem aos usuários portadores de transtornos psiquiátricos em situações de urgência ou emergência psiquiátrica atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU de Mossoró? Quais as principais dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem e como esses profissionais de enfermagem são qualificados para atender a essa clientela?

1.2 PRESSUPOSTOS

A cada dia torna-se mais prevalente a ocorrência dos transtornos mentais e conseqüentemente a ocorrência das urgências e emergências psiquiátricas e assim a necessidade de uma equipe qualificada para atender essa clientela.

Parte do pressuposto de que a equipe de enfermagem que atua no SAMU-Mossoró/RN, não está devidamente preparada para atender as urgências e emergências psiquiátricas dentro do novo modelo de atenção psiquiátrica brasileiro.

1.3 JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar esse estudo partiu de inquietações devido as lacunas existentes sobre a temática de Saúde Mental ao longo da formação acadêmica e nas oportunidades de desenvolvimento da prática profissional enquanto enfermeiro.

O presente estudo mostra a importância de um atendimento adequado aos usuários psiquiátricos em situações de urgência ou emergência psiquiátrica, como também demonstrar como essa assistência está sendo realizada atualmente pelos profissionais de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Mossoró-RN.

Assim, podemos contribuir para o debate junto a sociedade como um todo, sobre como essa assistência é importante na diminuição das complicações oriundas das urgências e emergências psiquiátricas, pois é um serviço que contribui dando suporte em urgência/emergência desde uma simples orientação dada pelo telefone em casos que é desnecessário o envio de uma viatura até um atendimento emergencial de alta complexidade.

Estes dentre outros motivos nos motivou ao desenvolvimento do presente estudo em busca da investigação sobre o atendimento aos usuários em situação de urgência ou emergência psiquiátrica.

É importante também entender que, ao adentrar mais ao tema através de estudos e pesquisas, isso acarretará maior capacitação, e conseqüentemente aptidão para agir em situações de urgência/emergência psiquiátricas que mereçam auxílio de pessoas capacitadas adequadamente para ofertar uma assistência adequada a essa clientela e assim possa proporcionar segurança à pessoa socorrida.

Visualizando os obstáculos e possibilidades encontradas pelos profissionais do SAMU para prestar uma assistência de qualidade a essa clientela, afinidade pela temática e a certeza das contribuições do atual estudo para a academia, sociedade e profissionais de saúde.

Dessa forma, percebe-se então que um trabalho desta natureza possui relevância incomensurável para a academia, para a sociedade, para a enfermagem e mesmo para o crescimento pessoal, visto que se apresenta com uma discussão atual e influente na vida pessoal e profissional de cada profissional.

A importância para a academia destaca-se por proporcionar discussões sobre assuntos importantes para a enfermagem já no espaço de formação. Pois, percebe-

se que as maiores transformações ocorridas na profissão, em geral, são provenientes da academia em virtude desta ser constituída por indivíduos em construção e que na maioria das vezes não possuem descredibilidade na mudança.

Para a enfermagem a justificativa é um desdobramento da explicação supracitada. Ora, se ocorrerá transformações no espaço da academia, estas vão se refletir na prática da enfermagem que irá acolher profissionais com novas ideias e reflexões sobre as problemáticas vivenciadas pela profissão.

Para a sociedade será de grande valia este trabalho, pois através do presente estudo ela pode ver e compreender como é realizado o trabalho do SAMU, os entraves e desafios encontrados pela assistência e o papel da população para com esse serviço. Por fim, os profissionais de saúde e a academia, poderão usá-lo como fonte de pesquisa na elaboração de outros trabalhos e como forma de se aprofundar na temática, buscando entender quais as principais barreiras de acesso para o auxílio do SAMU em Mossoró-RN.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer como a equipe de enfermagem do Serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU) descreve sua atuação nas situações de urgência e emergência psiquiátrica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer as concepções dos profissionais da equipe de enfermagem sobre a assistência em urgências e emergências psiquiátricas;
- Identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao usuário em sofrimento psiquiátrico;
- Descrever as estratégias apontadas pela equipe de enfermagem do SAMU para melhorar a assistência ao usuário em situação de em urgências e emergências psiquiátricas;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica brasileira, como movimento social que objetivou a desconstrução da lógica de exclusão manicomial em prol de novas estratégias de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico, ampliou a discussão sobre a Psiquiatria e seu modelo de assistência, bem como sobre os preconceitos e o estigma estabelecidos em torno do conceito de periculosidade do louco. As consequências desse processo estão evidenciadas na política, na legislação e nos serviços de atenção à saúde mental, atualmente, no Brasil (BONFADA, 2010).

Fica clara a importância da mudança das concepções e atitudes quanto à assistência ao usuário em urgência e emergência psiquiátrica, para que isso ocorra, é necessário que os profissionais de enfermagem se adaptem às novas concepções e assim possam efetivar a assistência pautada em uma ideologia integradora, ética, humanizada e uma assistência integral e assim possa ofertar um atendimento pautado na integralidade (VILLELA; SCATENA, 2004).

Em 1989, o então deputado federal, pelo Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais (PT-MG), Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei 3.657 que direcionava a discussão para a necessidade de construir uma nova legislação regulamentadora da saúde mental no Brasil, bem como a necessidade de extinção progressiva dos hospícios. O trâmite no Senado arrastou-se por 12 anos, até que o senador Sebastião Rocha, do Partido Democrático Trabalhista do Amapá (PDT-AP), reformulou o texto original de Paulo Delgado e deu origem a Lei 10.216/2001. Esta dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, aprovando-se uma redução gradativa e substancial dos leitos oferecidos em hospitais psiquiátricos e um maior rigor na utilização de critérios para a internação (BRASIL, 2004a).

É premente a necessidade de mudanças nas habilidades e atitudes dos envolvidos na assistência especializada, a fim de que o modelo psicossocial produza efeitos condizentes com a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Uma das possibilidades de adequação de práticas de acordo com o atual paradigma de atenção à saúde é a qualificação dos profissionais (BONFADA et al, 2013).

Dentre essas políticas temos os serviços de atendimento às urgências e emergências psiquiátricas, ofertando um atendimento que minimize os riscos de agravamento do quadro do clínico do usuário e permita o retorno do mesmo ao convívio social em curto período de tempo (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

Todavia, nos doze anos de discussão legislativa sobre o que viria a ser a lei da Reforma Psiquiátrica, alguns aspectos devem ser citados por permearem esse processo: a possibilidade de diversificação na utilização, em outros setores da psiquiatria, de recursos que seriam destinados aos hospitais psiquiátricos, o que aconteceu a partir de 1992; em 1993 a Secretaria de Assistência à Saúde estabeleceu critérios para o funcionamento do hospital psiquiátrico, buscando-se humanização dessas instituições (fim das celas, das proibições de visitas, estabelecimento de equipe profissional durante as 24 horas); no mesmo ano houve a redução de quatro mil leitos de hospitais psiquiátricos e foram fechadas nove instituições privadas por falta de condições de funcionamento; ainda em 1993, foram criados dois mil leitos de psiquiatria em hospitais gerais e o Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH) com o objetivo de realizar supervisões nesses serviços; a legislação em saúde mental foi renovada de forma pioneira nos estados do Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte (BONFADA, 2010).

Apesar das resistências, a luta política “por uma sociedade sem manicômios” efetivou-se como uma política de saúde mental do governo brasileiro (BRASIL, 2004a). Em consequência disso, houve uma redução significativa dos leitos nos hospitais psiquiátricos no Brasil. Para se ter uma ideia, no ano de 2002 existiam 51.393 leitos em hospitais psiquiátricos no país e, em 2010, esse número caiu para 35.426 leitos (BRASIL, 2010).

Diante desse cenário de desinstitucionalização, tornou-se necessária a criação de serviços para acolher o egresso das instituições psiquiátricas de volta ao seio da sociedade. Nessa perspectiva, sob a influência das diretrizes da Lei 10.216/2001, em articulação com as Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90, 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 complexidade (BRASIL, 2005).

Pode-se afirmar que, o ciclo histórico da saúde pública no Brasil, sobretudo a saúde mental, 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, que tem uma história própria, 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 mental.

O movimento de reforma sanitária que teve influência constitutiva no movimento de reforma psiquiátrica ocupando espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde, bem como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM que assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico (ANDRADE, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde o movimento de Reforma Psiquiátrica, é um processo social e político, com pessoas, instituições e forças de diferentes locais, e que abrange territórios diversos, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, bem como associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares (BRASIL, 2005). É compreendida como um conjunto de mudanças nas práticas dos saberes e valores socioculturais (MACIAK, 2008).

Esse movimento teve suas raízes no modelo de desinstitucionalização Norte-americano e Italiano e hoje é discutida como parte das políticas públicas de saúde (VILLELA; SCATENA, 2004).

A internação no período anterior à reforma foi justificada, ideologicamente, pelo raciocínio de que todo psiquiátrico era perigoso e agressivo, o que configura uma imagem distorcida e preconceituosa do usuário dos serviços de saúde mental. Dessa maneira, percebemos que o discurso sobre o doente mental é tão carregado de estigma que mesmo depois de receber alta hospitalar, o usuário continua sendo visto sob o viés da alegada incapacidade de viver em sociedade, marcadamente atribuída à periculosidade. Essa lógica ainda é alimentada, intimamente, pela articulação da noção de urgência psiquiátrica com reações agressivas (JARDIM, 2008).

No entanto, no sistema psiquiátrico dominante no Brasil, ainda não se vislumbra tal cenário. Nessa perspectiva é importante conhecer e discutir as estratégias traçadas para a estruturação da rede de atenção às urgências e emergências psiquiátricas diante do ambiente inovador proposto pela reforma psiquiátrica (LUCCHESI; MUNARI; NEVES, 2008).

Quanto à formação dos profissionais de enfermagem, apesar de ter caminhado com as reformas sociais no campo da saúde, foi institucionalizado no bojo do processo de intensa divisão do trabalho médico. O ensino tradicional e tecnicista foi muito presente na formação destes profissionais, o que reflete no descompasso entre o ensino e as práticas, de enfermagem em saúde mental e desses com as políticas de saúde atuais, ocasionando uma assistência falha ao usuário em sofrimento psíquico (LUCCHESI; MUNARI; NEVES, 2008).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E EM SAÚDE MENTAL

Sob a ótica da nova Política Nacional de Saúde Mental as práticas assistenciais devem pautar-se nos princípios da cidadania, em que o usuário deve ser atendido de forma individual e coletiva inserido na família, na comunidade e na sociedade (ANDRADE, 2009).

Nos últimos anos a área da saúde mental, vem se encaminhando num processo de afirmação que desmistifica o modelo biomédico e hospitalocêntrico, tendo como base a Reforma Psiquiátrica, enfatizando e atribuindo o cuidado em saúde mental a uma rede que contemple a atenção básica, ou primária. Criando assim uma rede substitutiva em constante construção e a enfermagem vem seguindo essas mudanças (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Desde os primórdios da sua existência, a prática de Enfermagem Psiquiátrica foi caracterizada pelo modelo biomédico, tendo suas atividades realizadas pelos indivíduos leigos, ex usuários, e, posteriormente, desenvolvidas pelas irmãs de caridade, tendo em vista que nessa época não existia cientificidade na profissão de enfermagem (VILLELA; SCATENA, 2004).

Dessa forma, as práticas de enfermagem no interior das instituições asilares e, posteriormente, dos hospitais psiquiátricos constituíam-se de tarefas de vigilância e manutenção das condições básicas da vida dos usuários. As atividades de manutenção de vida envolviam melhorias das condições de higiene, alimentação, supervisão e execução de tratamentos prescritos (VILLELA; SCATENA, 2004).

Com o passar do tempo e o aumento da complexidade do tratamento, foram introduzidas novas formas terapêuticas, foi exigida da Enfermagem uma assistência mais qualificada, fazendo com que sua prática fosse desenvolvida com a utilização

de habilidades médico-cirúrgicas, conferindo-lhe um caráter científico (VILLELA; SCATENA, 2004).

Neste sentido, ocorreram modificações, no papel do enfermeiro psiquiátrico, ocorreram concomitantemente à evolução da assistência prestada nos hospitais psiquiátricos, isto é, acompanharam as transformações ocorridas na prática médica e, paralelamente, às tentativas de incorporação de novas técnicas e políticas públicas de saúde direcionadas ao tratamento dos usuários com transtornos mentais (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

Nesse contexto de transformação sócio-política, os profissionais de enfermagem passaram a ser reconhecidos como elementos integrantes da equipe psiquiátrica e a ser respeitado como profissional, tendo em vista que a enfermagem passara a ser vista como profissão, embasada em saber científico (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

3.3 ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

A portaria 2.048/GM define o que são urgências psiquiátricas e atesta que estas são de competência técnica dos serviços de urgência. Portanto, é dever do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU realizar os atendimentos psiquiátricos, se configurando como uma porta de entrada ambulante, que faz articulação com o regulador do fluxo da demanda de saúde mental que chega até a rede de urgência (JARDIM; CHIAPIN, 2004).

No entanto, há lacunas importantes sobre a assistência em saúde mental prestada pelo SAMU. Não há suficientemente na literatura trabalhos que descrevam e problematizem o funcionamento desse serviço quando se trata especificamente de saúde mental. A própria discussão sobre atendimento pré-hospitalar ainda é precário nas áreas de clínica médica geral e cirúrgica, e quase inexistente quando o assunto é saúde mental. Isso, certamente, se tem refletido na prática dos profissionais do SAMU, tendo em vista que utilizam procedimentos que trazem a marca daqueles realizados nos hospitais psiquiátricos, como a imobilização mecânica e o auxílio da força física do corpo de bombeiros ou da polícia (JARDIM; CHIAPIN, 2004).

Em geral, no socorro prestado pelo SAMU durante as ocorrências psiquiátricas, são encaminhadas viaturas que contam apenas com equipamentos básicos e com a presença de um socorrista/motorista

e um técnico de enfermagem. Esses profissionais têm a função de se deslocar até o local do evento, comunicar-se com o médico regulador e seguir as orientações para estabelecer condutas. No que se refere à construção de competências para essa atuação, está previsto na Portaria 2.048/GM que o socorrista receberá um treinamento de quatro horas teóricas sem nenhum treinamento prático, enquanto o técnico de enfermagem de duas horas teóricas e quatro horas práticas sobre intervenção em psiquiatria (BRASIL, 2002a apud BONFADA, 2010, p.15).

Apesar da melhoria das condições de tratamento e da redução dos leitos psiquiátricos, algumas doenças cursam com momentos de refratariedade necessitando de atendimento de urgência e emergência, o que reforça a importância de se poder contar com serviços destinados a esse fim. (SILVA; KIRSCHBAUM, 2010).

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 particulares.

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 prático (BRASIL, 2002). Desta forma, compreendemos que isso não é suficiente para a construção das competências necessárias para lidar com a complexidade envolvida no sofrimento psíquico intensificado (BONFADA 2010).

Na realidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (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, corresponsabilização, humanização, subjetividade e criatividade. Isso pode trazer 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 demonstrar (BONFADA et al, 2013).

Parte desse problema poderia ser reparada, caso o apoio matricial que está previsto nas diretrizes para a atenção à saúde mental fosse operacionalizado. Trata-se de uma estratégia ministerial para integrar a atenção à saúde mental aos serviços de saúde em geral, sem prejuízos assistenciais decorrentes do despreparo profissional dos serviços não especializados. Para tanto, é prevista a formação de uma equipe matricial de referência em saúde mental com profissionais especializados na área e a responsabilidade de apoiar os demais serviços para assistir o sujeito em sofrimento psíquico. Porém, essa estratégia ainda acontece de forma incipiente, assim como também é frágil o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que incentiva a formação de núcleos para capacitação em saúde mental (BRASIL, 2007).

As emergências psiquiátricas consistem, principalmente, em duas situações: as tentativas de suicídio e a agitação psicomotora. Neste sentido, torna-se necessário que os profissionais fiquem atentos, tendo em vista que essas situações podem levar a comportamentos violentos e conseqüentemente a situações de risco e/ou agressão aos profissionais envolvidos (SANTOS, 2000).

O comportamento violento pode ser definido como aquele que conduz ou ameaça conduzir a um dano físico em pessoas ou objetos. É determinado pela interação de múltiplos fatores, tais como, sociais, psicológicos e biológicos (SANTOS, 2000).

A crise psíquica é o momento em que a loucura se torna mais incômoda, incompreendida e refutada pelos membros de uma comunidade, justamente devido ao seu caráter de desprendimento dos limites impostos pelas normas sociais vigentes. Isso contribui para que os serviços de atenção à crise estruturados na rede de saúde adotem medidas visando debelar suas manifestações o mais rápido possível, partindo da ideia conceitual da psiquiatria clássica, na qual a crise é entendida somente como doença, esquecendo-se o sujeito como elemento central desse processo (BONFADA, 2010, p. 13).

Um aspecto importante é o fato de o quadro clínico, em si, requerer uma intervenção imediata, para se evitar uma evolução danosa tanto individual quanto coletivamente (SANTOS, 2000).

É importante ressaltar que essa é uma temática contempladora de contradições por agregar compreensões e conceitos de assistência que divergem em vários aspectos. De um lado a saúde mental, com todas as prerrogativas de

inclusão, respeito às singularidades, valorização do aspecto subjetivo, promoção de diálogo, intensificação das relações humanas como elemento terapêutico e luta pela construção de cidadania e justiça social para os usuários dos serviços. Do outro, o SAMU, setor de urgência onde se destaca a objetividade, otimização do tempo, valorização de equipamentos sofisticados, visão mecanicista e biológica do ser, compreensão das ações através do binômio causa-efeito e extrema formalização técnica (BONFADA et al, 2013).

Segundo Seguel et al. (1993) a prevalência dos transtornos mentais na população geral varia entre 10% e 15%. Este alto índice se reflete também, na alta prevalência de transtornos mentais no hospital geral, com cifras entre 40% e 60%. Nos serviços de emergência dos hospitais gerais, os quais se caracterizam por alta demanda assistencial, observa-se que cerca de 12% dos usuários apresentam queixas derivadas de sintomas de um transtorno mental e/ou do comportamento.

É importante que os profissionais saibam reconhecer os sinais e sintomas de um usuário e assim tomem as devidas precauções para evitar que os mesmos sejam outras vítimas. Dessa forma torna-se imprescindível esse cuidado, tendo em vista que o usuário agressivo é uma constante em pronto-socorros psiquiátricos. É indispensável avaliá-lo para averiguar o grau de periculosidade.

O longo período em que o sujeito em sofrimento psíquico passou no isolamento, juntamente com vagabundos e prisioneiros comuns, ainda tem reflexo significativo no ideário social da loucura, mesmo com o movimento de Reforma Psiquiátrica atingindo o marco de quase 10 anos de Lei 10.216/2001, promulgada no Brasil. A pessoa com transtorno psiquiátrico, principalmente em crise psíquica, muitas vezes, continua, potencialmente, sendo vista como perigoso à integridade individual e coletiva (BONFADA, 2010).

Concordamos que em algumas situações, onde eventualmente o usuário possa estar armado e agressivo, o medo é natural e não um reflexo do preconceito do profissional. Afinal, trata-se de uma situação extrema em que o risco pode ser realmente grande. Nossa crítica, no entanto, centra-se na compreensão estereotipada de que todo usuário psiquiátrico em crise oferece riscos à equipe que o atende. Um usuário da clínica geral pode agir de forma agressiva com os profissionais, motivado pela angústia do momento, como se atesta em muitas situações nos prontos socorros. Um acompanhante poderia agir de forma inesperada ou violenta quando notificado sobre a falta de vaga em hospital para seu familiar doente. Ou seja, qualquer pessoa em situação de intenso sofrimento pode se tornar

agressiva. Isso não é exclusividade do usuário psiquiátrico (BONFADA, 2010, p. 84).

No entanto, a violência pode ocorrer por parte dos próprios profissionais, muitas vezes, em virtude do alto nível de estresse, provocado pela situação em que o profissional é submetido, somado ao despreparo para lidar com essa clientela.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa possui um caráter descritivo quando os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles (ANDRADE, 2007).

Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa apresenta-se como um processo de construção da realidade, na qual o conjunto dos fenômenos inerentes ao ser humano (suas crenças, valores, atitudes etc.) aqui entendido como parte da realidade social, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos, uma vez que a mesma se ocupa nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado.

De acordo com a autora acima citada, o processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa compreende um conjunto de três etapas inter-relacionadas. A fase exploratória compreende a construção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para preparar a entrada em campo (instrumento de coleta de dados, definição e delimitação do objeto, construção da hipótese); enquanto que o trabalho de campo, consiste em levar para a prática empírica a construção teórica da primeira etapa.

O interesse de se trabalhar com esse tipo de pesquisa, qualitativa, tem como finalidade realizar uma apuração acerca de determinadas informações inerentes ao tema em questão por meio de instrumentos padronizado, por outro lado será possível também fazer com que os sujeitos sociais envolvidos na pesquisa expressem sua opinião de forma espontânea, subjetiva.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU do município de Mossoró – RN, localizado na Rua Seis de Janeiro, no bairro Santo Antônio, Mossoró/RN.

O serviço supracitado foi escolhido em virtude deste ser responsável em atender os usuários em situação de urgência e emergência psiquiátrica, respondendo assim aos nossos questionamentos e objetivos.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa teve como população a equipe de enfermagem do SAMU da cidade de Mossoró/RN que é composta por 12 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem.

Como critérios de inclusão, elencou-se os profissionais de enfermagem desse serviço, os quais atuavam na assistência direta com urgências e emergências psiquiátricas e que atuavam no SAMU há dois anos ou mais e que após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido se disponibilizaram a participar da pesquisa. Excluiu-se os trabalhadores que estavam afastados por motivo de férias ou licença médica, ou que possuíam tempo de atuação menor que dois anos e que se recusaram a participar do estudo.

Assim, após atender aos critérios descritos acima, a amostra foi constituída por 34 profissionais de enfermagem, sendo nove enfermeiros e 25 técnicos de enfermagem que trabalham no SAMU do município de Mossoró/RN.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista estruturada com perguntas abertas e fechadas que, segundo Figueiredo (2009, p.116)

Requer a elaboração de questionamentos básicos [...] apoiados nas questões e teorias descritas no estudo, de forma a oferecer um amplo campo de interrogativas que surgem à medida que se recebe as informações do sujeito da pesquisa.

De acordo com Gil (2007), a entrevista enquanto técnica de coleta de dados é bastante adequada para que se obtenham informações acerca do que as pessoas pensam sobre determinado assunto, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

4.5 COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2013 na própria sede do SAMU em Mossoró, durante os plantões dos profissionais, no intuito de não prejudicar a rotina do serviço. As mesmas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. O material foi submetido ao processo de análise, o qual corresponde ao debate entre o referencial teórico e a realidade captada.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, na modalidade temática, segundo Bardin (2009, p.72), a qual é definida como um:

Conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo, por sua vez, possui algumas técnicas específicas de análise de dados. Para esta pesquisa foi utilizada a Análise Temática que *per se* “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] (MINAYO, 2007, p. 316).

A análise temática se desenvolve sob três etapas:

- 1- Pré-Análise: Segundo Minayo (2007, p. 316) essa etapa “consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa”. Nessa fase o pesquisador fica responsável por relacionar as etapas realizadas e buscar construir alguns indicadores que auxiliem no processo de compreensão final do material.
- 2- Exploração do Material: Nessa etapa ocorre a operação classificatória por parte do pesquisador visando a compreensão do texto. “Para isso, o investigador busca encontrar *categorias* que são expressões ou palavras significativas em função das

quais o conteúdo de uma fala será organizado” (MINAYO, 2007, p. 317, grifo do autor).

Para essa pesquisa, nessa etapa foram construídas categorias a partir dos pontos mais relevantes encontradas nas falas dos entrevistados. Esses pontos que podem se constituir em frases ou palavras será o norte para a discussão desse trabalho.

3-Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: Nessa fase os dados brutos são tratados de modo a evidenciar as informações obtidas. Nesse momento, o investigador “propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (MINAYO, 2007, p. 318).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos e legais que embasam essa pesquisa estão de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas, sendo esta, respaldada na resolução 466/13, assim como a resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Esta Resolução se embasa sob a ótica do indivíduo e da coletividade dentro dos referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

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 CAAE: 17326513.0.0000.5537 e com o protocolo: 348.977 nos possibilitando a permissão para a divulgação dos resultados obtidos.

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

5 ANALISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Considerando as características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem do SAMU de Mossoró, foi possível verificar que a maioria era do sexo feminino (67%), possuíam entre 46 a 55 anos, casadas, com o ensino médio completo, renda familiar em torno de quatro salários mínimos, dois vínculos empregatícios e atuando entre dois e três anos neste serviço.

O predomínio do sexo feminino na amostra é explicado, pelo fato da enfermagem ser uma profissão constituída historicamente por indivíduos do sexo feminino.

De acordo com Lopes e Leal (2005 p. 110):

A predominância da mulher na enfermagem é uma questão historicamente limitada pelas possibilidades sociais e religiosas das mulheres. Nessa perspectiva, os valores simbólicos e vocacionais, introduzidos no recrutamento de trabalhadoras, apelam para a entrada seletiva das mulheres nesse espaço profissional apropriado cultural e socialmente ao seu sexo.

Apesar do aumento significativo de homens atuantes na profissão, a enfermagem ainda é vista como uma profissão direcionada para o sexo feminino, já que as mulheres são vistas como figuras cuidadoras.

Com relação a faixa etária, percebe-se que 24% dos profissionais possui entre 26 a 35 anos, 22% possui entre 36 a 45 e 44% possui entre 46 a 55 anos, esse cenário é resultado do fato de não ter havido concurso público para essa área no município de Mossoró, dificultando-se a inserção de profissionais mais jovens.

Da amostra estudada 78% são casados, 22% são solteiros, 11 são separados.

5.2 ARTIGOS ORIUNDOS DA DISSERTAÇÃO

5.2.1 Artigo 1 – Enviando a “Revista Enfermagem UERJ”

Assistência de Enfermagem às Urgências e Emergências Psiquiátricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*

Lucidio Clebeson de Oliveira¹, Richardson Augusto Rosendo da Silva²

*Este artigo é parte da dissertação de Mestrado intitulada "Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas", apresentada no Programa de Pós Graduação em Enfermagem – PGENF, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

¹ Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pelo PGENF. Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, RN, Brasil. E-mail: lucidioclebeson@hotmail.com.

² Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Professor adjunto da UFRN, docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – PGENF, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: rirosendo@yahoo.com.br.

OBJETIVO: Conhecer as concepções dos profissionais da equipe de enfermagem sobre a assistência em urgências e emergências psiquiátricas. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa, realizado com a equipe de enfermagem do SAMU do município de Mossoró/RN. O instrumento para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática. **RESULTADOS:** Foi possível identificar que a assistência de enfermagem ofertada aos usuários em situação de urgência e emergência psiquiátrica era baseada em ações mecanicista e pontuais. **CONCLUSÃO:** A assistência de enfermagem estava centrada no modelo biologicista e medicalocêntrico, defendido pela psiquiatria clássica, e que apesar de todos os avanços da reforma psiquiátrica, ainda norteia a assistência em saúde mental.

Descritores: Enfermagem; Saúde Mental; Enfermagem psiquiátricas.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira (RPB) é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, que ocorreram no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais no contexto da saúde mental; marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. Esta contribuiu para o processo de desinstitucionalização, gerando mudanças na atenção ao portador de doença mental no intuito de atender aos seus preceitos. Dentre os desafios atuais, encontram-se a redução no número de leitos psiquiátricos e a criação de novos dispositivos substitutivos do modelo hospitalar tradicional, no intuito de contribuir para a consolidação de seus princípios e diretrizes. ⁽¹⁾

A RPB procurou desconstruir a lógica de exclusão manicomial em prol de novas estratégias de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico, ampliando a discussão

acerca da psiquiatria e seu modelo de assistência, bem como sobre os preconceitos e o estigma estabelecido em torno do conceito de periculosidade do louco. ⁽²⁾ Atualmente, esses conceitos estão evidenciados na política, na legislação e nos serviços de atenção à saúde mental no Brasil. ⁽²⁻³⁾

Nesse sentido, houve a criação de critérios estritos para regulamentação das internações, percebidas como último recurso terapêutico em saúde mental, o que acarretou em uma diminuição de leitos disponíveis nos hospitais psiquiátricos. Em contrapartida, foram criados serviços substitutivos que oferecem uma abordagem terapêutica fortemente atrelada à convivência comunitária, trabalhando a (re)inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico. ⁽²⁾

As mudanças produzidas por esse complexo processo de reorganização apontam para outro campo não menos complexo: o da formação profissional. Esta evidencia inúmeros desafios e, não parece ser possível produzir a reorganização das práticas de saúde mental sem interferir simultaneamente no modelo de formação vigente, tendo em vista que serão estes profissionais que irão colocar esta transformação em prática. ⁽⁴⁾

No Brasil, à assistência às urgências e emergências psiquiátricas é feita pelo Serviço Móvel de Atendimento às Urgências (SAMU), pelas Unidades de pronto atendimento (UPA) e Pronto Socorros de hospitais gerais. Atualmente o SAMU é o componente mais importante para a efetivação da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências (PNAUE) no Brasil, além de ser o principal responsável por esse atendimento, tendo em vista que a maioria dos casos ocorre no ambiente extra-hospitalar.

A zona de interseção entre a PNAUE e as Políticas de Saúde Mental, onde se situa a relação entre assistência às crises psíquicas e o SAMU e, constitui-se em uma área de contradições por agregar compreensões e conceitos de assistência que divergem em vários aspectos. ⁽⁵⁾

Dessa forma, de um lado está a saúde mental, com a perspectiva de inclusão social, respeito às singularidades, valorização do aspecto subjetivo, promoção de diálogo, intensificação das relações humanas como elemento terapêutico e luta pela construção de cidadania e justiça social para os usuários dos serviços. Do outro, o SAMU, setor de atendimento às urgência e emergências onde se destaca a objetividade, otimização do tempo, tendo em vista que este é um aspecto fundamental para o êxito do atendimento, valorização de equipamentos sofisticados, visão mecanicista e biológica do ser, compreensão das ações através do binômio causa-efeito e extrema formalização técnica de suas ações via construção de protocolos. ⁽⁵⁾

Na Portaria 2048/GM, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências, a crise em saúde mental é frequentemente identificada como urgência psiquiátrica, sendo atribuída como uma das responsabilidades do Serviço de Atendimento

Móvel de Urgência (SAMU), compartilhada com a rede de atenção à saúde mental, à polícia e ao corpo de bombeiros. ⁽⁶⁾

No entanto, de acordo com a experiência dos pesquisadores do presente estudo na área da saúde mental, observou-se que nem toda crise psiquiátrica, é uma situação real de urgência e emergência, e, portanto, não deve ser tratada incondicionalmente como tal, pois esses conceitos nem sempre se aplicam necessariamente sob a mesma óptica no campo da psiquiatria, tendo em vista que esse atendimento apresenta peculiaridades e por isso necessita de uma atenção diferenciada. Assim, este cenário justificou a realização do presente estudo.

Neste contexto questiona-se: como se dá a assistência de enfermagem aos usuários psiquiátricos em situações de urgência ou emergência psiquiátrica atendidos pelo SAMU?

Assim, presente estudo objetivou conhecer as concepções da equipe de enfermagem do SAMU sobre a assistência em urgências e emergências psiquiátricas.

Esta investigação é relevante, visto que o atendimento as urgências e emergências psiquiátricas estão a cada dia mais frequentes no SAMU, com isso amplia-se a necessidade de se ofertar uma assistência de enfermagem adequada a essa clientela de forma resolutiva e humanizada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado na sede do SAMU do município de Mossoró, principal cidade do interior do Rio Grande do Norte, Nordeste do Brasil.

O serviço supracitado foi escolhido em virtude deste ser responsável em atender aos usuários em situação de urgência e emergência psiquiátrica, respondendo assim aos questionamentos e objetivos propostos.

A pesquisa teve como população a equipe de enfermagem (12 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem), tendo como amostra 09 enfermeiros e 25 técnicos de enfermagem do SAMU da cidade de Mossoró/RN no período de outubro a dezembro de 2013. Como critérios de inclusão, elencou-se os profissionais de enfermagem desse serviço, os quais atuavam na assistência direta com urgências e emergências psiquiátricas e que após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido se disponibilizaram a participar da pesquisa. Excluiu-se os trabalhadores que estavam afastados por motivo de férias ou licença médica e que se recusaram a participar do estudo.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas abertas e fechadas.

A entrevista foi realizada pelo autor do presente estudo e aplicada de forma individual, explicando previamente o objetivo da pesquisa e solicitando assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as que aceitaram participar do estudo, atendendo à Resolução do CNS para realização da pesquisa com seres humanos assegurando o anonimato das entrevistadas bem como a desistência em qualquer momento da pesquisa. As mesmas foram realizadas na própria sede do SAMU em Mossoró, durante os plantões dos profissionais, no intuito de não prejudicar a rotina do serviço e assim provocar menos transtornos. Todas foram gravadas com aquiescência dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra.

Os dados foram analisados através da análise temática, a qual é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. ⁽⁷⁾

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 CAAE: 17326513.0.0000.5537 e com o protocolo: 348.977 nos possibilitando a permissão para a divulgação dos resultados obtidos.

Os aspectos éticos e legais que embasam esse estudo estão de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas da Resolução 466 de 23 de dezembro de 2013 do Conselho Nacional de Saúde. ⁽⁸⁾

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

Na amostra estudada verificou-se que a maioria era do sexo feminino (67%), possuíam entre 46 a 55 anos, casadas, com o ensino médio completo, renda familiar em torno de quatro salários mínimos, dois vínculos empregatícios e atuando entre dois e três anos neste serviço.

O predomínio do sexo feminino na amostra é explicado, pelo fato da enfermagem ser uma profissão constituída historicamente por indivíduos do sexo feminino.

Com relação a faixa etária, percebe que 24% dos profissionais possui entre 26 a 35 anos, 22% possui entre 36 a 45 e 44% possui entre 46 a 55 anos, esse cenário é resultado do fato de não ter havido concurso público para essa área no município de Mossoró, dificultando-se a inserção de profissionais mais jovens.

As categorias que emergiram do próprio discurso dos entrevistados, relacionadas à assistência de enfermagem em urgências e emergências psiquiátricas foram: Prática Mecanicista, Humanização da Assistência e a Necessidade de qualificação.

PRÁTICA MECANICISTA

O paradigma biomédico, hegemônico nas práticas de saúde, está sustentado em uma concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual que não permite acionar mecanismos orientados pelas múltiplas necessidades e demandas de saúde da população. Essa situação é foco de debates e definições políticas, principalmente a partir da década de setenta. Nesse período, a promoção da saúde despontou como “nova concepção de saúde”, construída nos debates sobre a determinação social e econômica da saúde, e que não se limita a um enfoque centrado na doença. ⁽⁹⁾

Historicamente a assistência prestada ao usuário com transtorno mental foi realizada de forma inadequada, onde os sujeitos eram tratados como indivíduos perigosos a população, sendo isolados do convívio da sociedade de acordo com a sua classe social, tendo em vista, que os ricos eram recolhidos em suas casas e os mais pobres eram internados nas casas de misericórdia ou ficavam vagando pelas ruas. Com a evolução e a tecnologia o Brasil foi crescendo e se desenvolvendo, com isso, houve a necessidade de melhorar a aparência do país, retirando os portadores de transtornos mentais das ruas. ⁽²⁾

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de RPB tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos usuários psiquiátricos, o processo da RPB é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. ⁽³⁾

Infelizmente ainda é observado que a prática mecanizada e as decisões unilaterais ainda prevalecem nas instituições de saúde e em particular em ambientes como o atendimento pré-hospitalar e em saúde mental no Brasil. Estes são locais críticos, onde a conduta impessoal e desumana dos profissionais decorre geralmente da grande demanda por serviços. Além disso, fatores como estresse, desgaste físico e psicológico reduzem as interações entre os profissionais, usuário e família. ⁽¹⁰⁾

Essa realidade ficou clara nas falas dos entrevistados, tendo em vista que as práticas mecanizadas ainda são muito utilizadas na assistência de enfermagem ao usuário com transtorno mental atendido pelo SAMU.

[...]é tudo muito mecânico e direto...perguntamos a família se o usuário está agressivo...caso esteja violento a central aciona logo a polícia para ajudar na imobilização, assim fica mais fácil para fazer a contenção do usuário, depois de contido encaminhamos ao hospital psiquiátrico mais próximo [...] no final do atendimento a equipe fica muito desgastada emocionalmente porque vemos como a família sofre (E7).

Meu trabalho é automático [...] se for um usuário psiquiátrico em crise é muito desgastante [...] atuamos para tirá-lo de casa ou da rua e levamos para um hospital [...] se for um caso de agressividade já é mecânico [...] temos que primeiro ter o cuidado de pedir ajuda policial e da família para conter, depois para ficarmos seguros e não ter uma segunda vítima, então só depois é que se pode transferir para o serviço ou fazer algum medicamento prescrito pelo médico (E8).

[...] o atendimento na urgência psiquiátrica é muito mecânico e estressante [...] só nos aproximamos quando o usuário está calmo ou contido, aí depois é que se pode dar continuidade à assistência para evitar que ele agrida alguém da equipe (E2).

Segundo a Portaria 2.048/GM, uma das funções do SAMU, durante a assistência em saúde mental é reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando os usuários estão agressivos, oferecendo riscos para si e para os outros, implicando na segurança da equipe de atendimento pré-hospitalar. No entanto, é importante cautela e avaliação precisa, pois nem sempre, esses usuários em situação de urgência ou emergência psiquiátrica oferecem risco, não sendo indicado o acionamento da polícia em todos os casos a serem atendidos. ⁽⁶⁾

Esse cenário aponta para a necessidade de repensar as práticas em saúde mental, tendo em vista, que os princípios da reforma psiquiátrica ainda não foram implementados completamente, mesmo após passado mais de duas décadas.

Essa realidade reafirma a necessidade e o dever das instituições de formarem profissionais capacitados para atender às necessidades ampliadas de saúde da população com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Elas abrem possibilidades para a transformação do perfil dos futuros profissionais, por meio da adoção de estratégias construídas com base nos princípios e diretrizes desse Sistema, além de estarem fundamentadas no conceito ampliado de saúde; na utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que considerem o trabalho em saúde como eixo estruturante das

atividades; no trabalho multiprofissional e transdisciplinar da equipe de saúde; na integração entre o ensino e os serviços de saúde; e no aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da população. ⁽¹¹⁾

Nesse contexto, fica clara a importância da mudança de conceito e atitude quanto à assistência aos usuários em situação de Urgência ou Emergência psiquiátrica e, para que isso ocorra, é necessário que os profissionais de saúde mental se adaptem às novas concepções e assim possam efetivar a assistência pautada em uma ideologia de cidadania, ética, humanização e uma assistência integral.

Compreende-se que há situações em que a intervenção policial precisa ser solicitada ou que o uso de medidas enérgicas devem ser tomadas, como no caso de usuários que ameacem com alguma arma ferir-se ou machucar quem se aproxime. Porém, contesta-se o uso indiscriminado de medidas extremas em situações de crises psíquicas, nas quais os sujeitos se mostram, até certo ponto, cooperativos e/ou abertos para o diálogo, permitindo interação e adoção de medidas terapêuticas que visem à vivência positiva daquele momento traumático. ⁽⁵⁾

Essa assistência de enfermagem mecanizada é resultado da não efetivação das políticas públicas em saúde mental no município estudado, tendo em vista, que falta a implantação de alguns serviços essenciais para a oferta de uma assistência de qualidade aos usuários em situação de urgências e emergências psiquiátricas, bem como a qualificação/capacitação dos profissionais que atuam no serviço pré-hospitalar quanto ao atendimento a essa clientela.

Essa problemática fica clara nas falas dos entrevistados, pois afirmaram não possuir nenhuma capacitação na área de saúde mental, o que mostra a necessidade em se trabalhar essa temática, visto que a cada dia o número de usuários em situação de urgência e emergência psiquiátrica é cada vez maior.

Em urgências e emergências psiquiátricas especificamente nunca houve um treinamento direcionado [...] fizemos apenas o curso de suporte básico de vida que foi oferecido pelo Ministério da Saúde e dentro dele tinha um módulo muito curto sobre urgências e emergências psiquiátricas, que focava apenas a parte de medicação (E4).

Temos treinamentos frequentes voltados a assistência pré-hospitalar, como por exemplo, o de atualização em suporte básico de vida que sempre é ofertado pelo Ministério da Saúde, porém direcionado as urgências e emergências psiquiátricas especificamente [...]nunca foi oferecido e considero que isso contribui para que a prática de enfermagem acabe sendo desumana (E1).

Recebemos o suporte básico de vida e neste existia apenas uma aula rápida que tratava esse assunto [...] não lembro nem o que foi discutido (E1).

A humanização da assistência à saúde requer, atenção a inúmeros aspectos. Estes devem ser norteados e alinhados por uma filosofia organizacional, cujos princípios devem estar claramente estabelecidos e factíveis de serem concretizados na prática. ⁽¹⁰⁾

Dessa forma, pode-se afirmar que a reforma psiquiátrica hoje defendida é fruto da maturidade teórico e prática alcançada ao longo das últimas décadas, com maior conscientização da sociedade civil organizada em defesa de uma política de saúde, baseada em princípios da humanização, acolhimento e escuta qualificada; capaz de suprir as grandes necessidades sociais existentes em nosso país, sobretudo, no que diz respeito aos portadores de transtornos mentais. ⁽²⁾

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Um aspecto bastante discutível na assistência prestada aos usuários em situação de urgências ou emergências psiquiátricas é a real necessidade da contenção química. A descoberta dos medicamentos psicotrópicos possibilitou um avanço significativo para a assistência em saúde mental. No entanto, é imprescindível ressaltar que o uso destes, não se constitui como a única alternativa à disposição dos profissionais, e que também não deve ser utilizado de forma abusiva para que as necessidades humanas básicas sejam contempladas durante a atenção à saúde.

Nesse sentido, o medicamento não pode ser visto como uma forma mágica de sanar os comportamentos que possam estar causando incômodo, constrangimento ou medo a partir da visão estigmatizada da doença mental. O uso da sedação deve ser feito com critério e indicação condizente, ou seja, quando o sujeito põe em risco concreto a sua integridade ou a da sociedade. ⁽⁵⁾

[...]o atendimento no SAMU ao usuário doente mental é praticamente baseado na contenção e sedação [...] o abuso dessas drogas é grande [...] deveria existir uma alternativa melhor para nosso trabalho ser mais humano [...] o usuário psiquiátrico é um ser humano (E3).

[...] tenho presenciado nos atendimentos com usuários psiquiátricos o uso abusivo de sedativos [...] nunca se dialoga como o usuário, vão logo contendo e sedando [...] o medo de ser agredido pelo paciente é grande (E6).

Em contrapartida sugere-se que, as drogas devem ser vistas como uma possibilidade para a não realização de práticas violentas que, muitas vezes, estão relacionadas aos abusos durante a contenção mecânica, bem como, colaboram para que o indivíduo retome o vínculo com a realidade e permita o trabalho participativo e interdisciplinar sobre os fatores desencadeadores da crise psíquica. ⁽⁵⁾

Neste sentido, se não houver ponderação corre-se o risco de repetir o modelo de atenção desumanizada, fragmentada e centrado na recuperação biológica individual, com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos, não diferenciando-se do contexto da reforma psiquiátrica.

MEDIADOR DE INTERNAÇÃO

Estendendo esse raciocínio para o funcionamento do SAMU, em uma apreciação antecipada, poderíamos deduzir que sua existência como instrumento de intervenção na crise psíquica já denota uma atitude manicomial, uma vez que este serve como um serviço mediador para promover a internação pós-crise. Refletindo-se que se o serviço fosse estruturado através de um modelo de atenção à crise na comunidade, em articulação com a rede assistencial em saúde mental, não se limitaria a um mero veículo ou canal para conduzir à internação. ⁽⁵⁾

[...]na maioria das vezes me sinto como um canal de internação de usuários após o surto (E10).

[...] somos basicamente mediadores para internar usuários após uma crise (E7).

[...] como não temos muitos recursos, capacitação e nem outras opções, nosso trabalho é muitas vezes interpretado como um veículo de internação [...] chegamos para resolver o problema da família ou da comunidade, contendo o usuário, sedando e transportando até a sua nova moradia, ou seja, a internação (E1).

A necessidade de transformação da clínica e da forma de perceber e de atuar nas crises psíquicas, em especial, no espaço de atenção do SAMU, é de fundamental relevância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Porém, essa transformação não se garante sem esforços coletivos, visto que, sua construção tem fortes raízes históricas atreladas à psiquiatria clássica e ao modelo americano para intervenção em crises psíquicas. ⁽²⁾

Nesse contexto, a mudança nesse cenário requer uma transformação dos saberes e da formação dos profissionais de saúde, pois, pelo conhecimento, a prática pode (re)significar suas intervenções. Porém, a transformação do espaço acadêmico também

enfrenta seus entraves no contexto atual, pois a clínica tradicional tem pautado a formação em saúde na maioria das instituições de ensino superior no Brasil. Dessa forma, os profissionais são formados a partir do biologicismo, da mecanização e da tecnificação do saber e do agir em saúde. Este fato contribui para que o profissional se torne resistente para atuar a partir da e para a dimensão subjetiva dos indivíduos ou coletividade, condição indispensável durante a abordagem em urgência psiquiátrica. ⁽²⁾

Por muitos anos, a formação dos profissionais de saúde reproduziu uma visão centrada nas técnicas biomédicas, e a ênfase nos procedimentos superou amplamente o pensar a saúde. ⁽⁴⁾

Neste sentido, é importante enfatizar que a concepção medicalizadora da saúde ocupou, e ainda ocupa, um espaço hierarquicamente superior na cultura acadêmica, tendo em vista que o modelo biomédico ainda permeia a formação na área da saúde. Portanto, faz-se necessário deslocar o eixo da assistência baseada na medicalização, ainda presente na formação acadêmica dos profissionais de saúde, para o da atenção interdisciplinar, intensificando o respeito aos princípios do SUS de forma a se alterar perfis profissionais. ⁽⁴⁾

NECESSIDADE DE QUALIFICAÇÃO.

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira é a formação e desenvolvimento de recursos humanos, cujo processo exige cada vez mais aspectos teórico-técnicos e atitudinais dos trabalhadores para atuarem com qualidade no atendimento aos usuários dos serviços de saúde.

Essa realidade fica evidente no pouco conhecimento dos profissionais entrevistados, acerca do processo de implantação da reforma psiquiátrica e da política nacional de saúde mental, onde a única qualificação realizada durante sua atuação no SAMU foi o treinamento sobre suporte básico e avançado de vida, conforme apresentado nas falas abaixo:

[...] não tivemos treinamento para atender os usuários com doenças mentais não, recebemos apenas o suporte básico e avançado de vida, que durou cerca de dois anos e que foi ministrado pelo ministério da saúde (E8).

[...] tivemos treinamentos gerais em resgate, atendimento pré-hospitalar, mas sobre como abordar o usuário em crise psiquiátrica, não vimos nada [...] aprendi a lidar como o doente mental na prática [...] não vi nada de saúde mental na faculdade (E6).

Não entendo muito sobre reforma psiquiátrica, mas sei que ela busca priorizar o fim dos hospitais psiquiátricos, onde o usuário passa a conviver com a família, aí quando tem algum surto, chamam a gente (E5).

Com as mudanças no modelo de atenção em saúde mental iniciados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, torna-se essencial investir em educação permanente dos trabalhadores e gestores para que sejam capazes de repensar e instituir práticas de cuidado inerentes à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), com vistas à melhoria das condições de vida e reinserção social dos usuários à sociedade. A construção da lógica de atenção em saúde mental não se restringe à nova tecnologia ou avanço científico, mas à nova concepção de ciência, lugares, espaços sociais e de produção de subjetividades. Portanto a formação de uma rede de atenção psicossocial vai muito além da criação de serviços não hospitalares e assistência pré-hospitalares. ⁽¹²⁾

Assim, a implementação efetiva de atividades de educação permanente em saúde, voltadas para a equipe multiprofissional e centrada em saúde mental, pode contribuir sobremaneira para a redefinição do fazer na atenção às urgências psiquiátricas por parte do SAMU, visto que, nesse processo, poderá ocorrer a incorporação gradativa de tecnologias leves, relativas ao acolhimento, vínculo e responsabilização, bem como de tecnologias leve-duras, que contribuem para a construção de saberes e práticas bem estruturadas. ⁽¹³⁾

Não se pode perder de vista que uma das questões centrais é que a educação permanente em saúde possa instrumentalizar os profissionais para as mudanças paradigmáticas proposta pelos conceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e não se pautar, exclusivamente, no ensino de técnicas de contenção ou sedação. ⁽¹⁴⁾

Essa deficiência na formação ficou clara nas falas dos entrevistados abaixo.

[...] não tivemos treinamento em urgências e emergências psiquiátricas especificamente [...] fizemos o suporte básico e avançado de vida que é oferecido pelo Ministério da Saúde [...] o que vimos sobre urgências e emergências psiquiátricas foi relacionado à contenção e sedação do doente mental (E6).

[...] para falar a verdade não vi nada relacionado a temática nem na faculdade [...] temos treinamentos frequente no SAMU, mas sempre sobre atualização em suporte básico de vida e atendimento de resgate e no trauma [...] para não dizer que não vimos nada, tivemos uma introdução as urgências e emergências psiquiátricas que tratava apenas de medicação e contenção do usuário (E2).

Assim, a mudança do modelo de assistência à saúde mental representa um desafio para os trabalhadores, no sentido de que estes devem adotar novos saberes, tecnologias e metodologias terapêuticas. No caso do SAMU, essa realidade é ainda mais difícil, tendo em vista a dificuldade encontrada na continuidade da assistência. ⁽¹⁵⁾

Dessa forma, as mudanças são necessárias para consolidar, de fato, a Reforma Psiquiátrica, favorecendo a concretização de um tratamento adequado e resolutivo para o cliente e sua família. ⁽¹²⁾

Nesse contexto de mudanças e conquistas, onde a reforma psiquiátrica foi se consolidando, é evidente que ficou uma lacuna existente na formação dos profissionais, tendo em vista, que estas ainda não foram implantadas completamente nas grades curriculares dos cursos da área da saúde, bem como ainda não foram completamente materializadas na prática, fato que pode acarretar agravos ao usuário com transtorno mental tais como: torná-lo violento durante a crise, o abuso da contenção física ou química e a força policial desnecessária sem fins terapêuticos.

Desse modo, a atuação dos profissionais de enfermagem na transformação da clínica e da forma de assistir em saúde mental nos serviços de saúde e, em especial, no espaço de atenção do SAMU, é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Porém, essa transformação não se garante sem esforços coletivos, visto que sua construção tem fortes raízes históricas atreladas à Psiquiatria clássica e ao modelo americano para intervenção em crises psíquicas. ⁽²⁾

Na realidade estudada percebe-se que essas mudanças na formação ainda não foram concretizadas, tendo em vista que os profissionais de enfermagem possuem pouco conhecimento acerca da Política Nacional de Saúde Mental e Reforma Psiquiátricas, resultado das lacunas existentes na formação relacionado a essa temática, bem como pela falta de um programa de educação permanente que abranja esse assunto.

Essa realidade ficou clara nas falas dos entrevistados.

[...] na verdade, eu não tenho muito aprofundamento nesse tema, pois paguei apenas uma cadeira na faculdade que tratava de uma noção dessa temática e depois nunca mais estudei nada sobre o tema [...] aqui não temos cursos de saúde mental, só os gerais e nunca se aborda a saúde mental (E7).

[...] no curso técnico de enfermagem eu tive apenas uma aula de saúde mental, mas não foi muito aprofundada e no treinamento do SAMU, só vi uma introdução (E1).

Essa realidade demonstra o quanto ainda existe lacunas na formação em saúde mental, tendo em vista que essa temática é trabalhada de forma pontual e isolada, o que dificulta a implementação dos preceitos de Reforma Psiquiátrica e impossibilita a realização de uma assistência efetiva e humanizada.

Assim, faz-se necessário discutir o significado de urgências e emergências psiquiátricas no SAMU, tendo em vista, que para se prestar uma assistência adequada a essa clientela é necessário aplicar princípios como humanização, acolhimento, responsabilização na abordagem desses usuários no atendimento pré-hospitalar e assim direcionar a assistência de forma de adequada.

ALTERNATIVAS ASSISTENCIAIS

Por fim, foi mencionado pelos profissionais de enfermagem como estratégia para contornar as dificuldades encontradas no atendimento as urgências e emergências psiquiátricas no SAMU, a elaboração de protocolos assistenciais e a organização da rede assistencial em saúde mental, conforme os relatos abaixo:

[...]é difícil prestar assistência ao usuário mental sem protocolos, mas apesar de todas as dificuldades fazemos o possível e impossível para prestar uma boa assistência (E9).

[...]trabalhamos no SAMU com protocolos para tudo, mas falta um específico para a área da saúde mental [...] tento fazer o que posso estudando por conta própria (E14).

[...]vejo que se tivesse protocolos para atender ao doente mental no SAMU, nosso trabalho seria mais humano, mas mesmo assim fazemos de tudo para oferecermos uma boa assistência (E7).

Contudo, uma alternativa comumente encontrada pelos profissionais de APH para suprir essa complexidade dos problemas de atenção durante as crises psíquicas é a construção de protocolos para as ocorrências. O protocolo é um guia para ação baseada em convenções profissionais, ou seja, uma forma de universalizar as ações a fim de equalizar e otimizar a assistência prestada. Porém, na realidade de uma crise psíquica é impossível a construção de um protocolo sem ferir as singularidades de cada sujeito no momento de sua execução.

Outro problema que afeta diretamente a assistência de urgência às situações de crise psíquica é a falta de compreensão da organização da rede territorializada em saúde mental. É preciso que todos os programas (SAMU, CAPS, Hospitais, dentre outros) se articulem para favorecer uma cobertura universal, desde o atendimento em crise, no seu componente móvel e fixo, até o alojamento protegido. Sem perder de vista o retorno mais breve possível à convivência social, sob acompanhamento profissional. ⁽⁵⁾

[...] a rede assistencial de Mossoró em saúde mental, praticamente não existe[...] é desarticulada [...] não sabemos nem para onde levar o usuário depois do atendimento (E7).

[...]falta continuidade da assistência e vínculo [...] os serviços não são articulados (E7).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à assistência ofertada pela equipe de enfermagem do SAMU do município de Mossoró-RN no atendimento ao usuário psiquiátrico, observou-se que é realizada de maneira mecanizada, baseada em medidas coercitivas, por meio de contenção física e química, como principal forma de abordar esse usuário. Esse dado encontrado não condiz com as diretrizes da política nacional de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, tornando assim a assistência pouco resolutiva e desumanizada.

Apesar do grande esforço empreendido pelos profissionais de enfermagem no sentido de tornar o atendimento mais resolutivo, percebeu-se uma grande dificuldade na continuidade da assistência, tendo em vista que não existe uma rede de serviços organizada para atender a essa clientela, protocolos de atendimento e ações de educação permanente.

Esse cenário aponta para a necessidade de uma maior qualificação dos profissionais para que possam ofertar uma assistência resolutiva e humanizada, otimizado assim o atendimento e prevenindo as complicações provenientes de uma assistência inadequada.

Neste sentido, os profissionais que lidam com esses usuários devem ter uma capacitação adequada para a realização de uma assistência apropriada, pois o grau de complexidade necessário que esse atendimento exige não se dá com tecnologias duras, e sim com o contato e o cuidado humanizado.

Foi notório que a enfermagem tem se importado com a qualidade da assistência prestada e tem buscado uma forma de ofertar um atendimento competente, efetivo e autônomo. No entanto, existem dificuldades que não podem ser superadas sem que ocorram mudanças na rede de atenção à saúde mental. Acredita-se que repensar a assistência prestada a essa clientela, garantindo ao usuário qualidade, faz-se necessário e emergente.

REFERENCIAS

1 Silva J, Ferreira EC. A transição de modelos em saúde mental em números, a reforma psiquiátrica e as demandas de dispositivos substitutivos: um desafio para a enfermagem. R. pesq.: cuid. fundam. [Internet] 2010 out/dez. [Acesso em: 22 de dez 2013] 2 (Ed.

Supl.):449-451. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1012/pdf_173.
Acesso em 30/01/2014.

2 Bonfada D, Guimaraes J, Miranda FANA, Brito AAC de. **Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência**. Esc. Anna Nery [Internet] 2013 set/dez. [Acesso em: 14 Jan 2014] 17(2) 227-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200004&script=sci_abstract&tIng=pt.

3 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, nov. 2005. [citado 2013 Jul 14]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>.

4 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. PHISIS: Revista de Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-65.

5 Bonfada D, Guimaraes J. Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a assistência às urgências psiquiátricas. [Dissertação]. Natal(RN): Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. – Natal/RN; 2010.

6 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: Ministério da Saúde; 2002. [acesso em: 12 jun 2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>.

7 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

8 Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 23 de dezembro de 2013. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 466. [Acesso em: 07 jun 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/466/res466_23_12_2013.html.

9 Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da Saúde. Esc. Anna Nery [Internet] 2010 abr-jun; [Acesso em: 11 Jan 2014] 14 (2): 368-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414>

10 Andrade EV, Bezerra Júnior B. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. Ciênc Saúde Coletiva [Internet] 2009 jan/fev; [Acesso em: 24 Jul 2012]; 14 (2): 445-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000200013&script=sci_arttext.

11 Fernandes JD, Silva RMO, Teixeira GA, Florencio RMS, Silva LS, Rebouças LCC. Aderência de cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes curriculares nacionais na

perspectiva do Sistema único de saúde. Esc Anna Nery (impr.) 2013 jan -mar; 17 (1):82 - 9

12 Silva MBB. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. Ciênc. saúde coletiva [Internet] 2009 jan/fev; [Acesso em: 12 Jul 2013]; 14(1): 149-58. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000131&pid=S1414-8145201300020000400012&lng=pt.

13 Tanaka OU, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc. Saúde coletiva [Internet] 2009 jan/fev; [Acesso em: 12 dez 2013]; 14(2): 477-86. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000131&pid=S1414

14. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. Ciênc. saúde Coletiva [Internet] 2009 jan/fev; [Acesso em: 15 jul 2013] 14(1): 297-305. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13657.

5.2.2 Artigo 2 – Enviando a “Revista Eletrônica de Enfermagem”

Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas

Knowledge and practices in emergency and psychiatric emergencies

Conocimientos y prácticas en situaciones de emergencia de emergencia y psiquiátricos

Saberes em urgências e emergências psiquiátricas

Lucidio Clebeson de Oliveira ¹

Richardson Augusto Rosendo da Silva ²

RESUMO

Identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao usuário em sofrimento psiquiátrico no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as estratégias utilizadas na busca de uma consolidação e ampliação de uma assistência integral. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter exploratória, de natureza qualitativa. O estudo foi realizado com profissionais da equipe de enfermagem do SAMU do município de Mossoró/RN. O instrumento foi um roteiro de entrevista semiestruturada, os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática de conteúdo. A assistência de enfermagem ofertada aos usuários em situação de urgência e Emergência psiquiátrica é realizada de forma

inadequada, principalmente pela falta de um rede de serviços em saúde mental estruturada e resolutive. A falta de uma rede de atendimento em saúde mental organizada e hierarquizada, constitui-se num entrave para que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica possam ser concretizadas na prática.

Descritores: Enfermagem; Saúde Mental; Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

Identify the difficulties in implementing an emergency assistance to the user in psychiatric distress in Mobile Medical Service (SAMU) and the strategies used in the search for a consolidation and expansion of comprehensive care. This is a descriptive, exploratory nature of qualitative nature. The study was conducted with professional nursing team of the SAMU of Mossoró/RN. The instrument was a semi-structured interview, the data were analyzed by means of thematic content analysis. Nursing care offered to users in emergency situations and psychiatric emergency is performed inadequately, by the lack of a structured network of services in mental health and problem-solving. The lack of a network of care in mental health organized and hierarchical, constitutes an obstacle to the guidelines of the psychiatric reform can be realized in practice.

Keywords: Nursing; Mental Health; Psychiatric nursing; Nursing Care.

RESUMEN

Identificar las dificultades de aplicación de una ayuda de emergencia para el usuario en problemas psiquiátricos en el Servicio Médico Móvil (SAMU) y las estrategias utilizadas en la búsqueda de la consolidación y la expansión de la atención integral. Se trata de un carácter descriptivo, exploratorio de naturaleza cualitativa. El estudio se realizó con el equipo de enfermería profesional del SAMU de Mossoró/RN. El instrumento fue una entrevista semi - estructurada, los datos fueron analizados por medio de análisis de contenido temático. Los cuidados de enfermería se ofrece a los usuarios en situaciones de emergencia y de urgencia psiquiátrica se realiza de forma inadecuada, por la falta de una red estructurada de servicios en salud mental y la resolución de problemas. La falta de una red de atención en salud mental organizado y jerárquico, constituye un obstáculo a las directrices de la reforma psiquiátrica se puede realizar en la práctica.

Palabras clave: Enfermería; Salud Mental; Enfermería psiquiátrica; Cuidados de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O ciclo histórico da saúde pública no Brasil, sobretudo a saúde mental, 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, que tem uma história própria, 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 mental.¹

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), foi um processo social e político, com pessoas, instituições e forças de diferentes locais, que objetivou a desconstrução da lógica de exclusão manicomial em prol de novas estratégias de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico, ampliando a discussão sobre a Psiquiatria e seu modelo de assistência, bem como sobre os preconceitos e o estigma estabelecidos em torno do conceito de periculosidade do usuário psiquiátrico. 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 o egresso das instituições psiquiátricas de volta ao seio da sociedade. Nessa perspectiva, sob a influência das diretrizes da Lei 10.216/2001, em articulação com as Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90, 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 complexidade.⁴

Sob a ótica da nova Política Nacional de Saúde Mental as práticas assistenciais devem pautar-se nos princípios da cidadania, em que o usuário deve ser atendido de forma individual e coletiva inserido na família, na comunidade e na sociedade.¹

Destaca-se que apesar das conquistas advindas da Reforma Psiquiátrica, 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 vulnerabilidade em DST/AIDS; da crescente procura por atendimento pelos usuários afetados pela não adesão ao tratamento de uso contínuo e prolongado.⁵

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 particulares.²

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 prático.²

Na realidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (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, corresponsabilização, humanização, subjetividade e criatividade.⁶

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 (SAMU) e apontar as estratégias na busca de uma consolidação e ampliação de uma assistência integral a esse público.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa possui um caráter descritivo quando os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles.⁷

Para⁸ a pesquisa qualitativa apresenta-se como um processo de construção da realidade, na qual o conjunto dos fenômenos inerentes ao ser humano (suas crenças, valores, atitudes etc.) aqui entendido como parte da realidade social, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos, uma vez que a mesma se ocupa nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado.

A pesquisa foi realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Mossoró /RN, nordeste do Brasil no período de outubro a dezembro de 2013.

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

A pesquisa teve como população os profissionais de enfermagem (12 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem) do SAMU da cidade de Mossoró/RN que atuam diretamente na

assistência, e amostra da pesquisa foi constituída por 34 profissionais de enfermagem, sendo 9 enfermeiros e 25 técnicos de enfermagem que trabalham no SAMU do município de Mossoró/RN.

Como critérios de inclusão, elencamos os trabalhadores que atuam no SAMU de Mossoró-RN a um período igual ou superior a um ano e lidam na assistência direta.

Com relação ao critério de exclusão utilizamos o fato dos trabalhadores que atuarem um período inferior a um ano no SAMU.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas.

A entrevista enquanto técnica de coleta de dados é bastante adequada para que se obtenham informações acerca do que as pessoas pensam sobre determinado assunto, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.⁹

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 Análise 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].^{8;316}

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 CAAE: 17326513.0.0000.5537 e com o protocolo: 348.977 nos possibilitando a permissão para a divulgação dos resultados obtidos.

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.

Os aspectos éticos e legais que embasam essa pesquisa estão de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas, sendo esta, respaldada na resolução 466/12¹¹, assim como a resolução 311/2007¹² do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

PRINCIPAIS ENTRAVES ENFRENTADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSIQUIÁTRICO NO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA

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 estas requerem controle emocional e habilidade para agir com raciocínio lógico e rápido, evitando danos maiores e irreparáveis.¹³

Com relação às dificuldades enfrentadas pelos profissionais na realização do atendimento aos sujeitos em situação de urgência ou emergência psiquiátrica, foram encontrados, problemas de relacionamento com familiares, bem como associados a gestão, onde a falta de integração entre os serviços dificultam a realização de uma assistência resolutiva, tendo em vista que a falta de continuidade na assistência torna-a menos eficaz.

Nesse ínterim, torna-se difícil a realização de uma assistência integral como preconiza o Sistema Único de Saúde, 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 [...] acha que vamos resolver tudo (E 11).

[...] também tem o fato da falta de compromisso do gestor em querer fazer alguma coisa para melhorar a rede de atenção aos pacientes psiquiátricos em Mossoró [...] é tudo muito precário, faltam leitos nos hospitais, falta uma política direcionada para eles (E 1).

[...] o pior de tudo é a falta de continuidade do cuidado [...] atendemos esse paciente hoje e na maioria das vezes nunca mais o vemos, não sabemos se ele está melhor, se foi reabilitado ou reintegrado a sociedade [...] o atendimento não é nem um pouco resolutivo, conter e medicar paciente surtado e internar não adianta (E 9).

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 paciente. Além disso, nem sempre os serviços pré-

hospitalares dispõem de uma estrutura que ofereça a mesma agilidade encontrada na sala de emergência.¹³

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.

[...] principalmente a falta de ter para onde referenciar o paciente em crise [...] como já havia falado antes, pois quando atendemos um paciente psiquiátrico temos que levar para o Tarcísio Maia, que é um hospital geral, pois o São Camilo (Hospital psiquiátrico) não recebe sem um encaminhamento e o Tarcísio não possui leitos psiquiátricos [...] ficamos sem saber o que fazer, atrapalha a dinâmica do SAMU [...] nosso trabalho fica limitado (E 2)
[...] sem dúvida a falta de uma organização dos serviços de saúde aqui no município [...] não temos retaguarda [...] não existe CAPs 24 horas, referência e contra referência [...] sem contar com os problemas crônicos como os trotes, o trânsito que não flui, etc. (E 11)

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}

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 pior é não ter para onde levar o paciente depois do atendimento, pois o São Camilo não atende a esses pacientes [...] só recebem quando já foram avaliados e encaminhados pelo psiquiatra de plantão, mas só tem psiquiatra até às treze horas, ai quando é em outro horário o paciente é encaminhado para o hospital geral ou para as UPAs e ai muitas vezes ficam sedados [...] 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 (E 9)

[...] se o hospital São Camilo recebesse era bom, porém muitas vezes somos acionados para realizar urgências lá, porque eles não têm sala de estabilização [...] a UPA na maioria das vezes não quer receber o paciente psiquiátrico em crise e no Hospital Tarcísio Maia, não temos a quem passar o caso do paciente. (E 6)

Assim, o encaminhamento dos sujeitos em situação de urgência e emergência psiquiátrica psíquica para o hospital psiquiátrico, sem levar em consideração as possibilidades assistenciais oferecidas pelos serviços substitutivos em saúde mental, criados a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, nos remete às características do atendimento prestado durante os primórdios da psiquiatria clássica.¹³

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO E AMPLIAÇÃO DE UMA ASSISTÊNCIA INTEGRAL A ESSE PÚBLICO, TENDO A REFORMA PSQUIÁTRICA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL COMO EIXO NORTEADOR.

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 todo.¹⁴

Neste sentido, torna-se evidente a necessidade da elaboração e estabelecimento de diretrizes para o aprimoramento estrutural e técnico das emergências psiquiátricas, baseadas em evidências e que sejam aplicáveis à realidade de cada serviço, tendo em vista que esse serviço está voltado para as emergências clínicas e traumatológicas.

No entanto, na realidade estudada percebe-se uma grande dificuldade na utilização de estratégias para a oferta de uma assistência integral, tendo em vista, que foi perceptível o pouco conhecimentos dos profissionais em relação a organização do serviço em rede, bem como os entraves enfrentados pela desarticulação dos e serviços, onde a falta de serviços essenciais como o CAPS III, tornam a assistência fragmentada e pouco resolutive.

Esse cenário é 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 de Mossoró prestavam uma assistência adequada aos usuários em situação de urgência e emergência psiquiátrica.

[...] bem, de acordo com o que entendo sobre a reforma psiquiátrica, vejo que esta defende que tenhamos uma diminuição dos leitos psiquiátricos e o aumento de outros serviços para atender a esses pacientes [...] como estratégia para melhorar o atendimento só vejo uma solução, a criação de serviços alternativos, como por exemplo, a ampliação dos CAPs (E 8).

[...] acredito que para solucionar de vez o problema do atendimento, seria importante uma melhor articulação entre os serviços de saúde, o SAMU, CAPS e o serviço de referência em psiquiatria [...] tem que haver maior integração [...] é preciso melhorar a rede assistência [...] os serviços não conseguiram se adaptar a reforma psiquiátrica, nem o São Camilo [...] não diminuiu seus leitos [...] é preciso construir o CAPs 24 horas (E 13)

[...] eu não tenho muitas leituras na área da saúde mental, pois não gosto muito dessa temática, mas sei que a reforma busca uma reorganização dos serviços e uma diminuição dos leitos psiquiátricos, onde o paciente possa ter outras formas de tratamento e não apenas medicamentosa [...] isso nunca aconteceu aqui [...] é preciso agilizar, isso tem que ocorrer logo [...] é urgente à organização de uma rede de atenção em saúde mental [...] os serviços precisam se articular [...] precisamos de serviços de retaguarda para trabalhar com tranquilidade, pois são muitas ocorrências na psiquiatria [...] é toda hora, é a todo momento [...] as práticas não mudaram, o atendimento é na base da contenção e sedação do paciente (E 14)

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 suportes, 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 saúde.¹⁶

O Ministério da Saúde considera que a rede de 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 básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatorios, entre outros.¹⁶

O município de Mossoró – RN, ainda não dispõe de uma rede de serviços em saúde mental organizada e articulada, pois ainda não implantou o Centro de Assistência Psicossocial – CAPS III, não possui leitos psiquiátricos no hospital geral e não trabalha com Serviços

Residenciais Terapêuticos (SRT), assim como não houve uma diminuição dos leitos do hospital psiquiátrico, o que contraria as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Essa realidade fica clara nas falas dos profissionais de enfermagem entrevistados.

[...] observo diariamente a falta de organização dos serviços de saúde mental, a incompreensão dos familiares, que querem uma solução e nos culpam, a falta de condições de atendimento seguro, não ter para onde levar os pacientes psiquiátricos em crise, além do Tarcísio Maia [...] vejo como solução a implantação das residências terapêuticas, isso iria ajudar muito no nosso trabalho (E 9).

[...] é preciso se cria a primeira residência terapêutica aqui, já não dá mais para continuar assim [...] é um jogo de empurra, empurra continuando tudo da mesma forma [...] falta uma continuidade do atendimento, pois não tem um local apropriado para levar o paciente em crise, como posso dizer, uma referência adequado [...] tem que ter um CAPS em cada bairro, isso ajudaria muito nosso trabalho, iriam diminuir as ocorrências, que são muitas (E 16).

[...] 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 [...] não conheço o que a atenção básica faz para ajudar esses pacientes [...] como estratégia para melhorar a assistência é urgente essa articulação [...] a Estratégia Saúde da Família precisa fazer o seu papel (E 19).

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.

Neste sentido a não continuidade da assistência representa uma quebra no cuidado de enfermagem, impossibilitando assim a realização de um integral e resolutivo.

Uma alternativa viável seria a elaboração de protocolos específicos para o atendimento às Urgências e Emergências psiquiátricas, tendo em vista, que o atendimento feito a essa clientela é realizado baseado em protocolos gerais. No entanto, muitos são os argumentos contrários a essa prática, pois a ação protocolar pode levar a uma mecanização da assistência.

[...] uma forma para melhorar seria a elaboração de protocolos em saúde mental para orientar os atendimentos [...] outra estratégia seria a criação de uma central de regulação articulada, priorizasse os que têm risco de vida. (E 20).

[...] é preciso se elaborar protocolos em urgência psiquiátrica para usarmos no SAMU [...] atualmente a ordem de prioridade das ocorrências é com relação à risco de morte, como na maioria das vezes, esse risco não existe nos casos psiquiátricos, então não existe prioridade. (E 23)

[...] seguimos os protocolos de suporte básico e avançado de vida, mas nada específico de saúde mental, [...] seria importante usarmos protocolos em saúde mental. (E 07)

[...] primeiramente procuramos ver quais as condições do paciente, se está agressivo, depois vemos se podemos nos aproximar, quando a polícia vai, eles o contém, depois vamos atender de acordo com a necessidade se é só por esta agressiva ou se tem alguma necessidade mais grave, já atendemos parada cardiorrespiratória, tentativa de suicídio, nosso atendimento dependendo de cada caso, mas seria importante ter um protocolo específico em saúde mental aqui no SAMU. (E 08)

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 formatação 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 solução.¹⁵

Para os profissionais do SAMU, a necessidade de construção de protocolos para o atendimento das urgências psiquiátricas surge em resposta à sensação de descontrole e insegurança diante das intervenções nas manifestações de intensificação do sofrimento psíquico dos sujeitos.¹⁵

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 subjetivas e particularidades de cada usuário dos serviços de saúde. Para tanto, se faz necessária a articulação entre o SAMU e a rede de saúde mental, na perspectiva de construir instrumentos, saberes e práticas para a consolidação efetiva de uma abordagem integral e humanizada.¹⁴

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, não existindo uma rede organizada e hierarquizada, dificultando assim a realização de uma assistência humanizada e resolutiva.

Antes de finalizar, faz-se pertinente destacar a importância da organização e hierarquização da rede em assistência em saúde mental para que os serviços possam atuar conjuntamente, proporcionando assim a melhoria da assistência e conseqüentemente uma maior aproximação com as diretrizes da reforma psiquiátrica.

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, melhorar a articulação entre o SAMU e a rede de saúde mental, bem como a educação permanente dos profissionais deste serviço.

REFERENCIAS

- 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 [Acesso em 2012 July 24]; 14 (2): 445-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413_81232009000200013&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: Ministério da Saúde; 2002.
- 3 Bonfada, D, Guimaraes, J. Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a assistência às urgências psiquiátricas. (Dissertação mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN – Natal/RN, 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, nov. 2005.
5. Del-Ben CM, Teng CT. Psychiatric emergency: challenges and vicissitudes. Rev bras psiquiatr [periódico online]. 2010 [acesso em 2012 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, FANA, Brito, AAC de. **Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência**. Esc. Anna Nery [periódico online]. 2013 [acesso em 2012 July 28] 17(2): 227-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200004&script=sci_abstract&tlng=pt, Acesso: 21/12/2013.
- 7 Andrade, MM de. Introdução a metodologia do trabalho científico. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 9 FIGUEIREDO, N.M.A. Método e metodologia na pesquisa científica. 3 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.
- 10 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 23 de dezembro de 2013. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 466. [Acesso em 07 jun 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/466/res466_23_12_2013.html.
12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução N° 311 de 08 de janeiro de 2007. Revoga a resolução COFEN N° 240/2000 e aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
13. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as urgências psiquiátricas. Psicol estud [periódico online]. 2012 [acesso em 2012 Nov 9];17(2):227-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05.pdf>
14. Silva DS, Azevedo DM. A Reforma Psiquiátrica na visão de quem cuida: Percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. Esc Anna Nery Rev Enferm [periódico online]. 2011 [Acesso em: 2012 Nov 9];15(3):587-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a21v15n3.pdf>

15. Azevedo EB, Ferreira-Filha MO. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. *Revista Ciência & Saúde [Internet]*. 2012 [Acesso em: 2012 Nov 13]; 5(2):60-70. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/10657/8205>
16. Santos MS, Coimbra VCC, Ribeiro JP. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. *J Nurs UFPE on line [periódico online]*. 2011 [Acesso em: 2012 Nov 6]; 5(9):2197-205. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1890/pdf_689
DOI: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0509201117

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As urgências e emergências psiquiátricas estão a cada dia mais frequentes, com isso aumenta a necessidade da oferta de uma assistência de enfermagem adequada para atender a essa clientela de forma resolutiva e humanizada. A necessidade é estampada não somente pelo número crescente de casos atendidos, mas também pela carência de profissionais qualificados para atuarem nesta área, ressaltando que essa temática ainda não foi implementada efetivamente nos currículos dos cursos da área da saúde.

O diálogo é uma ferramenta de suma importância, pois o falar na hora certa muitas vezes alivia o sofrimento e facilita a interação profissional/usuário, diminuindo assim a necessidade da utilização de contensões sejam elas físicas ou químicas, no entanto, na realidade estudada, ocorria justamente o contrário, pois o atendimento ao paciente é feito utilizando-se da contenção e muitas vezes acompanhado de ação policial.

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 resolutivo.

Em relação à forma de abordagem realizado pelos profissionais de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU do município de Mossoró-RN, foi percebido que é ofertada uma assistência mecanizada, baseada em medidas coercitivas, tendo as medidas de contenção física e química como principal forma de abordar o paciente. Esse dado encontrado não condiz com as diretrizes da política nacional de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, tornando assim a assistência pouco resolutiva e desumanizada.

Apesar do esforço empreendido pelos profissionais de enfermagem no sentido de tornar o atendimento mais resolutivo, percebeu-se uma grande dificuldade na continuidade da assistência, tendo em vista que não existe uma rede serviços organizada para atender a essa clientela.

Os resultados evidenciam um conhecimento insatisfatório sobre a política nacional por parte dos profissionais de saúde mental, bem como da reforma psiquiátrica, comprometendo assim a realização de uma assistência efetiva.

Neste sentido, torna-se relevante comentar acerca da importância da educação continuada nos serviços de saúde e de uma maior preocupação no ensino desta temática durante a formação profissional nos cursos de graduação em enfermagem e nos cursos profissionalizantes técnicos de enfermagem que possam contribuir para diminuir as lacunas existentes atualmente no conhecimento e assim contribuir para a realização de uma assistência de enfermagem mais resolutiva.

O presente estudo a partir do constatado sugere que os programas de educação continuada sejam revisados e atualizados para posterior correção dos problemas encontrados. Salienta-se ainda, o papel dos órgãos formadores que também devem concentrar esforços para o aprimoramento do conhecimento desta temática.

Ao retratar alguns resultados não tão satisfatórios, a expectativa que fica diante do levantamento bibliográfico e da discussão dos dados é estar contribuindo com material atualizado para o ensino nos cursos de graduação em enfermagem e auxiliando na realização de programas de educação continuada.

Antes de finalizar, faz-se pertinente destacar que para a realização deste estudo várias questões metodológicas foram consideradas, pois analisar a assistência de enfermagem às urgências e emergências psiquiátricas realizada pelos profissionais de enfermagem do SAMU Mossoró/RN não é tarefa fácil, uma vez que requer uma seleção cuidadosa de aspectos que sejam considerados essenciais para o desempenho de tal atividade.

A enfermagem tem se importado com a qualidade da assistência prestada e tem buscado respostas para um atendimento competente, efetivo e autônomo. Acredita-se que repensar a assistência prestada a essa clientela, garantindo ao usuário qualidade, faz-se necessário e emergente.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: BASAGLIA F. et al (Orgs.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-66.
- _____. **Saúde Mental e Atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 117p.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- ANDRADE, E. V de; BEZERRA JÚNIOR, B. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 445-453, mar./abr. 2009.
- AZEVEDO V. A. Z de; LUCCA S. R. de. Contribuições da psicanálise ao estudo das interrelações entre saúde mental e trabalho na categoria profissional dos operadores de tráfego. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 13, n. 2, p. 289-300, 2010.
- BALTIER, D.A, ANDRADE, A.G de. **Transtornos psiquiátricos comuns no Serviço de Emergência Psiquiátrica - uma experiência do Centro Hospitalar de Santo André**. 2001: Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2050, Acesso em: 21 set. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed. rev. atual. Lisboa: edições 70, 2009.
- BARROS, Régis Eric Maia; TUNG, Teng Chei and MARI, Jair de Jesus. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.32, suppl.2, p. 71-77, 2010.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 336p.
- BONFADA, D. **Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a assistência às urgências psiquiátricas**. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.
- BONFADA, D.; GUIMARÃES, J.; BRITO, A. A. C. Concepções de profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel quanto à urgência psiquiátrica. **Rev Rene.**, v.13, n.2, p. 309-320, 2012.
- BONFADA, D. et al. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.2, p.227-233, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990 a 2004**. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 338p.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: MS, 2012.

_____. **Portaria 2048/GM, 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. **Portaria 1864/GM de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU - 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Saúde mental no SUS: informativo de saúde mental**. 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 17 maio. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p.

_____. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção, relatório de gestão 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 78p.

_____. **Saúde Mental em Dados**. 2010. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 23 maio 2011.

CAMPOS, C.J.G; TEIXEIRA, M..B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n. 2, p. 141-9, jun. 2001.

CECCIN, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução COFEN-311/2007. **Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007.

COUTO, R.; ALBERTI, S. Breve histórico da Reforma Psiquiátrica para a uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, jan./dez. 2008.

DALMOLIM, B. M. **Esperança equilibrada**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 214p.

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

FERNANDES, S. R. J. **Caracterização da Atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do Município de Ribeira Preto – SP**. 2004. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, [2004].

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 143-149, jan./dez. 2008.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.129-138, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias atuais para a mudança das profissões de saúde. **Cadernos da ABEM**, v. 2, jun. 2006.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUERTZENSTEIN, E.Z. Emergências em Psiquiatria. In: LUZÃ NETO, M. R. et al. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 337-56

RAMOS, D.K.R. 2010. **Reinternações psiquiátricas no Rio Grande do Norte**: implicações e impactos das novas estratégias de atenção à saúde mental. Dissertação de (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, 2011. 148p.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2012.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, jan./fev. 2009a.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-395, jan./fev. 2009b.

JARDIM, K, DIMENSTEIN, M: **Urgência Psiquiátrica**: Loucura-Periculosidade fundamentando as práticas do SAMU. Disponível em:

http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_77.pdf Acesso em: 25 out. 2011.

_____. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007b. Disponível em: http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20080521172535.pdf. Acesso em: 04 set. 2011.

JARDIM, K. F. S. B; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-189, jun. 2007.

_____. A crise na rede: o serviço ambulatorial móvel de urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica. **Saúde em debate**, v. 32, p.150-160, 2008.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. A crise na rede do SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 150-160, jan./dez. 2008.

JARDIM, K. F. S. B. **O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica: em análise a experiência de Aracaju/SE.** 2008. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [2008].

LOPES, M. J.; LEAL, S.M.C. A Feminização persistente da qualificação dos profissionais da enfermagem Brasileira. **Cadernos Pagu**, v.24, jan./jun. p.105-125, 2005.

LUCCHESI, R. **A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro.** 280f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MACIAK, I. **Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência:** percepção da equipe de enfermagem e do usuário. 145f. Dissertação – (Mestrado em Promoção à Saúde) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008.

MACHIN, R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1741-1750, set./out. 2009.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissões nos contextos dos serviços substitutivos de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 115-122, 2006.

_____. **Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade.** 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Análise diagnóstica: da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

MORAIS, M. L. S. et al. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 112-128, jan./abr. 2009.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saude Publica**, v.2, n.10, p.2375-84, 2007

OLIVEIRA, P. R. M de. **Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica: a recepção das diferenças**. 2002. 137f. Dissertação (Mestrado em saúde pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, [2002].

OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78/79/80, p. 38-48, jan./dez. 2008.

RAMOS V. O.; SANNA M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p. 355-360, mai./jun. 2005.

RIBEIRO, A. S. Saúde mental e cultura: que cultura? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 83-91, jan./dez. 2007.

SILVA, T.C.; KIRSCHBAUM, T.C. A construção do saber em enfermagem psiquiátrica: Uma abordagem histórico-crítica. **SMAD: Rev. Eletrônica Saúde Mental ÁlcoolDrog.**, 2010.

SANTOS, M. E. S.B. et al. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.5, p. 468- 74, 2000

SANTOS, A. C. C. F. Referencial de cuidar em enfermagem psiquiátrica: um processo de reflexão de um grupo de enfermeiras. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.13, n.1, p.51-55, jan./mar. 2009.

SEGUEL, M. et al. Prevalencia de transtornos mentales en un servicio de urgência. **Rev Med Chil**, v.121, n.6, p.705-710, 1993.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, mar./abr. 2009.

VILLELA, S.C, SCATENA, M.C.M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v.57, n.6, p.738-741, nov./dez. 2004.

SILVA N.S, et al. Perfil Profissiográfico de Trabalhadores de nível universitário em serviços de saúde mental. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.185-191, abr./jun. 2013.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, 2008.

APÊNDICE



APENDICE A – Instrumento de Coleta de Dados
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Título: Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas

I – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL.

Sexo: M () F ()

Idade:

Estado Civil: Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) ()

Escolaridade:

Renda Familiar:

Número de vínculos empregatícios:

Tempo de Serviço no SAMU:

II QUESTÕES NORTEADORAS.

1. Qual a sua compreensão sobre Urgências e Emergências psiquiátricas?
2. Os profissionais de enfermagem receberam algum treinamento/qualificação para atuar em Urgência e Emergências psiquiátricas? Se sim, Qual?
3. Os profissionais de enfermagem seguem algum protocolo para o atendimento às Urgências e Emergências psiquiátricas? Se sim, Qual?

4. Existe prioridade no atendimento às Urgências e Emergências psiquiátricas? Se sim, Quais?
5. O SAMU Mossoró consegue atender às Urgências e Emergências psiquiátricas de forma resolutiva?
6. Quais os principais entraves no atendimento às Urgências e Emergências psiquiátricas?
7. O que você entende por reforma psiquiátrica? e por Política Nacional de saúde mental?
8. Você acredita que o SAMU acompanhou as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica e pela Política Nacional de Saúde Mental?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como título: **“Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas”** realizada pelo aluno do Curso de mestrado do programa de pós-graduação em Enfermagem – FGENF da Universidade do Federal do Rio Grande do Norte – UFRN e pelo Orientador Prof. Dr. Richardson Rosendo Augusto. Telefone para contato: (084) 3215-3772/3215-3699.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência de enfermagem no SAMU de Mossoró-RN frente às urgências e emergências psiquiátricas, conhecer as concepções dos profissionais da equipe de enfermagem sobre a assistência em urgências e emergências psiquiátricas; identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao usuário em sofrimento psiquiátrico; apontar as estratégias na busca de uma consolidação e ampliação de uma assistência integral a esse público.

Para isso, contamos com seu apoio para participar de uma entrevista. A entrevista pretender conhecer algumas informações sobre a assistência de enfermagem prestada pelo SAMU Mossoró/RN as urgências e emergências psiquiátricas, bem como deixar registrado as suas sugestões para que esta assistência melhore. Caso concorde participar desta pesquisa, faremos algumas perguntas sobre a referida temática. Durante a entrevista não existe nada que venha a lhe oferecer desconforto e somente farei a entrevista se você aceitar.

A sua participação é voluntária, logo você pode se retirar do estudo, a qualquer momento, se assim deseje. Não ocorrendo em nenhum gasto para você, e também não receberá pagamentos pela participação. Qualquer dúvida relacionada à essa pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador(a).

Os riscos que você corre envolve apenas a questão de sentir-se constrangido em responder alguma questão ou falar sua opinião sobre a qualidade da assistência

prestada pelo SAMU Mossoró/RN nos casos de urgência e emergência psiquiátrica, respeitaremos e seremos discretos com todas as informações. Asseguramos o sigilo, como também será assegurando a guarda dos dados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Ao participar desta pesquisa, você estará ajudando na discussão de estratégias com vista a melhoraria da qualidade da assistência prestada pelo SAMU aos usuários acometidos por urgência e/ou emergências psiquiátricas. Neste sentido, uma assistência adequada as urgências e emergências psiquiátricas é de fundamental importância para a minimização dos riscos e garantia de um atendimento resolutivo a essa clientela.

As informações coletadas a partir deste estudo serão utilizadas única e exclusivamente em caráter científico, e será assegurada a sua privacidade. As informações coletadas podem ser divulgadas por meio de trabalhos científicos, mas a sua identidade será preservada.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o professor Richardson Augusto Rosendo da Silva, no endereço Rua São Clemente, nº 3306, Candelária, CEP: 59065-610 Natal/RN, ou pelo telefone (84) 3231-0493.

Dúvidas a respeito da ética da pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP 59072-970 Natal/RN, ou pelo telefone/ Fax: (84)3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido:

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Assistência de enfermagem às urgências e emergências psiquiátricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Mossoró-RN” e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em

congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Participante da pesquisa:

Nome: _____

Participante da pesquisa:

Assinatura: _____



Pesquisador responsável:

Nome: Richardson Augusto Rosendo da Silva.

Assinatura: _____

Endereço Profissional: Campus Universitário – BR 101, S/N, Lagoa Nova – Natal/RN. Departamento de Enfermagem/UFRN. CEP: 59072-970. Fone: (84) 32153839.

Comitê de Ética e Pesquisa. Endereço: Campus Central, Praça do Campus Universitário, Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova, Natal-RN, CEP: 59078-970, CP 1624, e-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br, ou pelo telefone (84)32153135.

ANEXOS



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Cidadania
Gerência Executiva da Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU



SAMU
MOSSORÓ
192


CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada “Assistência de enfermagem às urgências e emergências psiquiátricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Mossoró-RN”, coordenada pelo professor Dr. Richardson Augusto Rosendo da Silva, concordo em autorizar a realização da(s) etapa(s) que são a realização de entrevistas com os profissionais de enfermagem que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU cidade de Mossoró – RN, nesta Instituição que represento.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Mossoró, 06 de Maio de 2013.



Dr. Francisco Luis Gomes da Silva
Coordenador do SAMU/Mossoró-RN

CERTIDÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Assistência de enfermagem às urgências e emergências psiquiátricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Mossoró-RN

Pesquisador: RICHARDSON AUGUSTO ROSENDO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17326513.0.0000.5537

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 348.977

Data da Relatoria: 26/07/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho de mestrado vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRN, de natureza descritiva e com abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Mossoró/RN, localizado na Rua Seis de Janeiro, no bairro Santo Antônio, Mossoró/RN. Os participantes da pesquisa serão 5 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem que já trabalham no SAMU do município de Mossoró/RN a mais de um ano. Como instrumento de coleta de dados será utilizado um roteiro de entrevista estruturada com perguntas abertas e fechadas. As entrevistas serão realizadas na própria sede do SAMU em Mossoró, durante os plantões dos profissionais e serão gravadas e posteriormente transcritas.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo primário "analisar a assistência de enfermagem no SAMU de Mossoró-RN frente às urgências e emergências psiquiátricas".

Os objetivos secundários da pesquisa são:

1. Conhecer as concepções dos profissionais da equipe de enfermagem sobre a assistência em urgências e emergências psiquiátricas;
2. Identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000
Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)3215-3135 E-mail: cepufn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 346.977

usuário em sofrimento psiquiátrico;

3. Apontar as estratégias na busca de uma consolidação e ampliação de uma assistência integral a esse público.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O principal risco inerente a participação na pesquisa consiste na exposição dos dados coletados durante as entrevistas. Os pesquisadores garantem que esses riscos serão minimizados pelo uso de pseudônimo (nome fictício) no momento das entrevistas, e pela guarda dos dados em local seguro. Os pesquisadores garantem ainda que a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os benefícios superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia proposta permite atingir os objetivos propostos. Os benefícios esperados consistem em, a partir dos resultados obtidos, refletir e (re)significar a prática profissional individual e coletiva a partir da divulgação dos resultados da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto de pesquisa está bem embasado e o cronograma está atualizado, mas não apresenta um período para validação do Instrumento de pesquisa. O termo para gravação de voz está adequado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE está bem redigido e coerente para o entendimento por parte dos participantes da pesquisa. A carta de anuência traz como referência a Resolução 196/96 do CNS, e está bem redigida e devidamente assinada. Os demais documentos estão adequados.

Recomendações:

Nos próximos projetos ficar atento para a Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que revogou a Res. 196/96 do CNS, desde o dia 13 de junho do corrente ano, quando foi publicada no DOU.

Inserir no cronograma um período para validação do Instrumento de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após revisão ética do protocolo em questão, concluímos que o mesmo se encontra bem instruído

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000
Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.075-970
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)3215-3135 E-mail: cepufn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 345.977

e obedecendo as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo o ser humano.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução 466/12 - do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, Item IV.5d);
2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, Item XI.2c);
3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, Item III.2u) ;
5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, Item XI.2d);
6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, Item XI.2f);
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, Item XI.2g) e,
8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, Item XI.2h).

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000
Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)3215-3135 E-mail: cepufn@reitoria.ufrn.br

Página 03 de 04

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 348.977

NATAL, 05 de Agosto de 2013

Assinador por:
Dulce Almeida
(Coordenador)

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000
Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)3215-3135 E-mail: ceputm@reitoria.ufrn.br

NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS À REVISTA CUIDADO É FUNDAMENTAL

Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental On Line [RPCFO]

Diretrizes para Autores

A Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental On Line [RPCFO] foi transferida para o formato eletrônico (SEER) em maio de 2009, sem fins lucrativos. Atualmente é editada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)- Mestrado e Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro [UNIRIO], com periodicidade trimestral, compondo-se de um volume por ano com quatro números. Está classificada no QUALIS/CAPES como B2

Quando da submissão dos manuscritos, em METADADOS DA SUBMISSÃO devem constar todos os AUTORES que por ventura estejam mencionados como << AUTOR >> no corpo do texto. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito e não do Editor.

Todos os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no que se refere à adequação às Normas da RPCFO de FORMATAÇÃO e ESTRUTURA e, se considerados adequados, serão encaminhados para os consultores *Ad hoc*, de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, será enviado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor.

O manuscrito que NÃO cumprir tais Normas, por INCOMPLETUDE ou INADEQUAÇÃO, SERÁ SUMARIAMENTE DEVOLVIDO antes mesmo de ser submetidos à avaliação PELO CONSULTOR. Portanto, solicitamos atenção na das normas para submissão de manuscritos. Caso não seja atendida a solicitação ajustes no prazo de 3 (três) dias, o mesmo será ARQUIVADO e se houver interesse ainda em publicá-lo, deverá ser submetido novamente, onde será iniciado novo processo de julgamento por pares.

O processo de avaliação utiliza o sistema *Doubleblind peer review*, preservando a identidade dos autores e consultores, com emprego de formulário da RPCFO. O prazo de devolução para os pareceres é, no máximo, 28 dias, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho Editorial avaliarão o artigo.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados *online* para o autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações. Caso contrário, o manuscrito será ARQUIVADO após envio de comunicado para todos os autores por entendermos que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes de acordo com as avaliações realizadas. Porém, se houver interesse ainda em publicá-lo, o artigo deverá ser submetido novamente, onde será iniciado novo processo de julgamento por pares.

Preparo dos manuscritos QUANTO À REDAÇÃO - os manuscritos devem ser redigidos de maneira objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente.

QUANTO À AUTORIA - o conceito de autoria está respaldado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

MÁXIMO DE 06 AUTORES por artigo enviado.

QUANTO À FORMATAÇÃO - os manuscritos devem ser produzidos em editor de texto word 7.0 (ou versão inferior) com

A) 25 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências (Estilo Vancouver). Configurações textuais, folha tamanho Ofício (35,56cm x 21,59cm), margem superior 2,5cm, margem inferior 2cm, margem esquerda 3,2cm, margem direita 2,2cm, fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento entre linhas 1,5, parágrafo 1,25 cm, alinhamento justificado.

B) Representações Visuais: Tabelas, Quadros, Gráficos, Fluxogramas, Diagramas, Imagens, Figuras, Fotografias e etc.

C) Todo tipo de representação visual que não fizer parte do conteúdo textual será considerada como imagem sendo limitada a um total de 6.

D) Tabelas, quadros, gráficos, fluxogramas, diagramas, poderão ter largura máxima de 15cm e altura máxima de 25cm, devendo estar inseridas dentro do texto deverão estar inseridas centralizadas no decorrer da parte textual de acordo com sua aparição no texto, deverão também seguir as normas do IBGE para tabelas, quadros, gráficos e etc, para título, identificação, ano, local e etc.

E) Imagens (figuras, ilustrações, fotografias) devem estar no formato JPEG, com resolução mínima de 300dpi, deverão estar inseridas centralizadas no decorrer da parte textual de acordo com sua aparição no texto, deverão também seguir as normas.

F) As imagens não deverão ultrapassar a largura máxima de 15cm e a altura máxima de 25 cm.

G) Fotografias que possuam imagens de pessoas que permitam sua identificação deverão ser submetidas juntamente com a autorização de direito de imagem, assim como também imagens que sejam registradas ou patenteadas

H) Páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação.

I) Os resumos devem ser apresentados em português, inglês e espanhol, com 150 palavras no máximo. Deve-se iniciar e sequenciar em tópicos os seguintes termos: OBJETIVO, MÉTODOS, RESULTADOS, CONCLUSÃO, DESCRITORES seguido do sinal de: Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords e Palabras-llave. Usar: DESCRITORES,

DESCRIPTORS e DESCRIPTORES, respectivamente. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente.

J) Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água), exceto para títulos e subtítulos. Nos subtítulos NÃO USAR numeração nem no final o sinal de:. O texto deve ser escrito abaixo.

G) Utilizar apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto.

H) Os títulos e subtítulos devem ser identificados por negrito e apenas a primeira letra maiúscula.

I) Não usar rodapé ou cabeçalhos.

J) As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Não usar o termo << BIBLIOGRÁFICAS >>

L) Recomenda-se o uso de parágrafos de 1,5 cm para as referências

QUANTO À ESTRUTURA

A) Página de rosto - título do manuscrito que deve ser centralizado e em maiúscula com negrito; versão do título nos idiomas inglês e espanhol. Na versão em que o manuscrito seja em espanhol ou francês, deverá ser apresentado no idioma inglês, inclusive. Abaixo do título, justificado: 1) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora, se convier; 2) Se elaborado a partir de tese, dissertação ou monografia: título, ano e instituição onde foi apresentada.

B) Resumos - devem ser apresentados em português, inglês e espanhol, com 150 palavras no máximo. Deve-se iniciar e sequenciar em tópicos os seguintes termos: OBJETIVO, MÉTODOS, RESULTADOS, CONCLUSÃO, DESCRITORES seguido do sinal de:. Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Na versão em que o manuscrito for escrito em Espanhol ou Francês, apresentar o abstract; na versão em que for em Inglês, o resumen. DESCRITORES - indicar de três a cinco termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], traduzido do Medical Subject of Health - MeSH, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br>. TESE E DISSERTAÇÃO - enviar o resumo, abstract e resumen.

C) Texto - os textos de manuscritos Pesquisa, Pesquisa de Iniciação científica, Ensaio e de Revisão Integrativa ou Sistemática de Literatura devem apresentar: 1) INTRODUÇÃO; 2) OBJETIVO; 3) MÉTODOS; 4) RESULTADOS; 5) DISCUSSÃO; 6) CONCLUSÃO; 7) AGRADECIMENTOS (opcional); 8) REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver).

As demais categorias terão estrutura textual livre, porém as REFERÊNCIAS são obrigatórias. Os textos de manuscritos Pesquisa, Página de Iniciação Científica,

Ensaio e de Revisão Integrativa ou Sistemática de Literatura devem conter as seguintes seções:

1) **INTRODUÇÃO** - deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências estritamente pertinentes. Apresentar os objetivos da pesquisa.

2) **MÉTODOS** - devem descrever o tipo de estudo, a população, a amostra, os critérios de seleção da amostra, o instrumento de coleta de dados, os procedimentos para a coleta e análise dos dados. Necessariamente devem explicitar o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos ou animais, bem como o nome do Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto de pesquisa foi aprovado com o respectivo número de protocolo. Para os autores brasileiros, a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, deve ser considerada; para os estrangeiros, se adotaram a Declaração de Helsinki, disponível na página URL: <http://www.wma.net>.

3) **RESULTADOS** - devem descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras.

a) **TABELAS** - devem seguir os itens b, c, d. com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

b) **ILUSTRAÇÕES** - devem seguir os itens b, c, d, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.

c) **CITAÇÕES** - No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 11 e parágrafo simples (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

d) **DEPOIMENTOS** - na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses. Exemplo: Acho que não faz sentido avaliar este trabalho de modo que não comprometa a idoneidade dos autores assim como a identificação de cada um. (Davidson).

4) **DISCUSSÃO** - deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo.

5) CONCLUSÃO - relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes.

6) AGRADECIMENTOS - devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo.

7) REFERÊNCIAS

A RPCFO adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas - Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver.

Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina "et al".

Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver.

Exemplos:

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

2. Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935(1-2):40-6

3. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.

4. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
5. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
6. Tannouri AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica, 2005.
7. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [periódico na Internet]. 2002 Jun [acesso em 2002 Aug 12];102(6):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.
8. Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

OUTROS

Livros como um todo: Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.

Livros traduzidos: Nightingale F. Notas de enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo (SP): Cortez; 1989.

Livros com organizador, coordenador, editor ou compilador: Figueiredo NMA, Viana DL, coordenadoras. Tratado prático de enfermagem. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2006.

Capítulo de livro: Moreira A. Movimentos de profissionalização da enfermagem. In: Oguisso T, organizadora. Trajetória histórica e legal da enfermagem. 1ª. São Paulo (SP): Manole; 2005.

Teses, dissertações e monografias acadêmicas:

1. Melo ECP. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
2. Porto F. A cartografia de luta das enfermeiras obstetras na maternidade Leila Diniz (1996-1998): do soldado ao batom [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2001.

3. Alessandra CM. O enfermeiro diante do corpo do cliente em fase terminal: o cuidado que transcende o real e o concreto [monografia] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO; 2005.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de resumos:

1. Amorim WM, Barreira IA. As circunstâncias do processo de reconfiguração da Escola Profissional da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. In Anais do 2º Colóquio Latino-americano de História de Enfermagem; 2005 set 12-15; Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 2005. p 148-53.

NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS NA REVISTA ANNA NERY

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

NORMAS PARA SUBMISSÃO ON-LINE DE ARTIGOS

Escopo e política

Como órgão oficial de difusão científica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** tem por finalidade a publicação de trabalhos originais de autores brasileiros e de outros países, relativos à Enfermagem, Saúde e áreas afins.

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente à **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a posição do Conselho Editorial da Revista. Para tanto, os autores deverão submeter seu artigo através do SGP (Sistema de Gestão de Publicações) disponível no seguinte endereço: www.revistaenfermagem.eean.edu.br.

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista estando vedadas a reprodução ou tradução parcial ou total dos mesmos. Para a publicação total ou parcial (citações textuais com mais de 500 palavras, figuras, gráficos, tabelas e outras ilustrações) em outros periódicos (impressos e/ou eletrônicos) são necessárias autorizações por escrito de seus editores e do(s) autor(es) do manuscrito envolvido. Da mesma forma, publicações de manuscritos publicados em outros periódicos nesta Revista, através de reprodução ou tradução de texto total ou parcial (citações com mais de 500 palavras, figuras, gráficos, tabelas e outras ilustrações) tornam necessárias autorizações por escrito dos editores daquele periódico e do(s) autor(es) do manuscrito originalmente publicado.

O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decisão sobre a seleção e publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentam os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua originalidade, prioridade, oportunidade, clareza e conhecimento da literatura relevante e adequada definição do assunto estudado.

O manuscrito de estudo brasileiro que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo uma cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 / 96, do Conselho Nacional de Saúde) ou uma justificativa para ausência desse documento contendo a descrição dos cuidados éticos adotados pelo(s) autor(es) para substituí-lo.

É responsabilidade dos autores reconhecer e informar ao Conselho Editorial a existência de **conflitos de interesse** que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito. Desta forma, as relações financeiras ou de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada um dos autores em declarações individuais, disponíveis na URL: [http://revistaenfermagem.eean.edu.br/ImageBank/PDF/Declaracao de conflitos e interesse.pdf](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/ImageBank/PDF/Declaracao_de_conflitos_e_interesse.pdf).

A confiança pública, fundamental no processo de revisão por especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados na elaboração da redação, revisão por pares e edição. Os **conflitos de interesse** existem quando o autor, o revisor ou o editor possuem relações financeiras ou pessoais que podem influenciar inadequadamente suas ações. Conflitos de interesse financeiro (quando envolve emprego, consultoria, propriedade de ações e honorários) são os mais facilmente identificados e com maior possibilidade de comprometer a credibilidade da publicação, dos autores e da própria ciência. Também podem ocorrer conflitos com outras motivações, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

O manuscrito será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois relatores (Consultores *Ad Hoc*), pesquisadores de competência estabelecida na área de conhecimento do manuscrito, processo em que se adotará o sigilo e o anonimato para autor(es) e relator(es). A análise pelos relatores é feita com base no Instrumento de Análise e Parecer (disponíveis na URL: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/ImageBank/pdf/avaliacaoadhoc.pdf>), elaborado especificamente para essa finalidade.

A **Escola Anna Nery apoia as políticas para registro de ensaios clínicos** da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Portanto, somente serão aceitos para publicação, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e/ou ICMJE. Mais informações disponíveis no link: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Público-alvo: Enfermeiros, alunos do curso de graduação em enfermagem, profissionais da saúde.

Forma e preparação de manuscritos

Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial em espaço duplo na fonte *Times New Roman* tamanho 12

Categorias de manuscritos

Pesquisa Original: relatório de investigação de natureza empírica ou experimental original e concluída de Enfermagem ou áreas afins, segundo a metodologia científica, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Recomenda-se a adoção da estrutura convencional contendo:

(a) *Introdução:* apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento; objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.

(b) *Revisão da literatura:* selecionar a literatura relevante que serviu de base à investigação da pesquisa proposta de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e, evidenciar a importância do novo estudo. Quando não for necessário criar um capítulo para a Revisão da Literatura, em

consideração à extensão histórica do assunto, o mesmo poderá ser inserido na Introdução.

(c) *Método*: incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo.

(d) *Resultados*: os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações quando necessário.

(e) *Discussão*: pode ser redigida juntamente com os resultados, a critério do(s) autor(es). Deve destacar a compatibilidade entre os resultados e a literatura relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas.

(f) *Conclusões*: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo. Outros formatos de pesquisa poderão ser aceitos, quando pertinentes à natureza do estudo. Os manuscritos poderão ter até 18 referências e 20 laudas impressas de acordo com as especificações no item composição de manuscritos.

Reflexão: análise de aspectos teóricos e/ou construção de conceitos e/ou constructos teóricos da Enfermagem ou áreas afins oriunda de processo reflexivo, discernimento e de consideração atenta do(s) autor(es), que poderá contribuir para o aprofundamento de temas profissionais. Os manuscritos poderão ter até 15 referências e 20 laudas impressas, de acordo as especificações no item: composição de manuscritos.

Relato de experiência: refere-se às descrições de experiências de assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da Enfermagem ou afins, para divulgar aspectos inéditos e originais envolvidos. Os manuscritos de relato de experiência poderão ter até 15 referências e 20 laudas impressas, de acordo com as especificações no item: composição de manuscritos.

Revisão crítica: apresentação avaliativa, crítica e sistematizada da evolução científica de um tema da Enfermagem ou de áreas afins fundamentada na literatura considerada pertinente e relevante. A delimitação do tema e os procedimentos adotados deverão estar descritos, bem como a interpretação do(s) autor(es) e conclusão deverão estar presentes. Os manuscritos de revisão poderão ter um mínimo de 15 e um máximo de 20 referências e 15 laudas impressas, de acordo com as especificações no item: composição de manuscritos.

Outros tipos de manuscritos

Biografia: constitui-se na história de vida de pessoa que tenha contribuído com a Enfermagem ou áreas afins. Deve conter introdução, desenvolvimento e conclusão; e evidenciar o processo de coleta de dados que permitiu a construção biográfica. Os manuscritos de biografia poderão ter até 10 referências e 10 laudas impressas, de acordo com as especificações no item: composição de manuscritos.

Forma

Citações no texto: as citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o estilo "Vancouver" (em anexo) e apresentar o número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos, Ex.: As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas cuidatividades¹.

Em caso de citações sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: 1-5; quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: 1-3,6. Na transcrição "ipsis literes" de citações a indicação a página da referência adotada é uma exigência. Ela deve estar localizada após o número da referência seguido de dois pontos, ex.: 3:16-18, e deve atender aos seguintes critérios: (a) até três linhas de citação, usar aspas na seqüência do texto normal; (b) mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 espaços da margem esquerda. Os dados empíricos recortados em pesquisas qualitativas devem ser apresentados em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, em itálico (apenas nesse caso), sem aspas, com espaço simples e recuo de 2cm da margem esquerda. Esses dados devem estar identificados por siglas, para entrevistas ou pseudônimos, ex.: [...] os usuários desse serviço de saúde são bastante consciente da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório [...] (E2).

Notas de rodapé: deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três. As notas de rodapé, quando imprescindíveis, serão indicadas como se segue: a primeira nota, b segunda nota e c terceira nota.

Resumos e descritores: devem conter até 150 palavras para manuscritos de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão crítica e biografia, acompanhados das versões em espanhol (*resumen*) e inglês (*abstract*). Os resumos devem ser informativos de acordo com a NBR 6028 da ABNT, de novembro de 2003, para manuscritos nacionais. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Para manuscritos internacionais, o resumo informativo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética. Os descritores são palavras fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitos entre 03 e 05 descritores. Após a seleção desses descritores, sua existência em português, espanhol e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor(es) no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - criado por BIREME). A terminologia para os descritores deve ser denominada no manuscrito como se segue: palavras-chave, palabras clave e keywords.

Tabelas: Devem ser enviadas junto com o conteúdo do artigo no "Passo 5" da submissão on-line, simplesmente copiando e colando em formato texto, e não como imagens. Todas as tabelas deverão ser incluídas no corpo do texto com as respectivas identificações (número, título e notas explicativas, quando houver). Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, segundo sua ordem de aparição, devem ser destacados no texto. As tabelas devem apresentar um título breve e ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no texto, restringindo-se a 05 no total; além disso, devem apresentar dado numérico como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, precedidas pelo símbolo *. Para

a elaboração de tabelas e gráficos, usar preferencialmente programas como o Microsoft Word ou Excel

Gráficos e Ilustrações: Deverão ser enviados no Passo 6 e deverão seguir o padrão da revista. Largura igual ou superior a 1000 px e DPI igual ou maior que 300 deverão obrigatoriamente ser arquivos com extensão **JPG, GIF, PNG, PSD ou TIF**. Logo após o upload, na página seguinte, serão exibidas as miniaturas das imagens, clique no



ícone para editar o título e a legenda de cada imagem submetida. Deve-se destacar no texto os locais sugeridos para a inserção de gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, bem como, apresentar um título breve e numerá-los consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, restringindo-se a 05 no total. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e a fonte quando for extraída de uma obra publicada, bem como, a fonte de qualquer ilustração, publicada ou não, deve ser mencionada abaixo da figura.

Referências bibliográficas: o número de referências deve seguir a quantidade determinada para cada categoria de manuscrito apresentado à Revista (ver categorias de manuscritos). A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de aparição no texto, de acordo com as normas do *International Committee of Medical Journal Editors* (<http://www.icmje.org>), conhecidas como "Normas de Vancouver". A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos:

Livro padrão:

Tyrrell MAR. Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN/ UFRJ; 1995.

Livro traduzido para o português:

Nightingale F. Notas de enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989. Obra de autoria institucional ou entidade coletiva: Ministério da Saúde (BR). Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3ª ed. Brasília: DF; 2001.

Capítulo de livro:

Pinto MCI, Porto IS. A dor como quinto sinal vital. In: Figueiredo NMA, organizadora. Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. p.59-78.

Livro publicado por organizador, editor ou compilador:

Loyola CMD, Oliveira RMP, organizadoras. Índicios marginais. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 2003.

Livro com edição:

Souza EDF. Novo manual de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini; 1972.

Artigo científico publicado em periódico impresso (até seis autores):

Carvalho V, Figueiredo NMA, Leite JL, Moreira MC. Questões epistemológicas da construção do conhecimento na Enfermagem - do ensino à prática de cuidar. Esc Anna Nery. 2003 ago; 7(2): 156-66.

Artigo científico publicado em periódico impresso (mais de seis autores):

Irvine D, O'Brien-Pallas LL, Murray M, Cockeill R, Sidani S, Laurie-Shaw B, et al. The reability and validity of two health status measures for evaluating outcomes of home care nursing. Res Nurs Health. 2000 Feb; 23 (1): 43-54.

Artigo científico publicado em periódico de meio eletrônico:

Cabral IEC. Cuidando y educando para la ciudadanía: modelo sociopolítico. Freire Online. Journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico na internet]. 2003 jul; [citado 2003 set 10]; 1(2): [aprox.3 telas]. Disponível em: <http://paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.htm>

Artigo científico consultado em indexadores ou bibliotecas eletrônicas:

Carvalho V. Sobre construtos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [on line] 2003 jul/ago; [citado 2003 dez 22]; 11(4): [aprox.8 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br>.

Artigo de periódico científico no prelo:

Valadares GV, Viana LO. A globalização, o trabalho especializado e a Enfermagem. Esc Anna Nery. No prelo 2004.

Artigo publicado em periódico de divulgação comercial (revista e jornal):

Transgênicos: os grãos que assustam. Veja (São Paulo) 2003 out 29; 36 (43): 95-113.

Resumo, editorial e resenha publicados em periódico seriado regular:

Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem: por que, para que e como [editorial]. Esc Anna Nery. 2003 dez; 3(7): 309-10.

Trabalho resumido apresentado em evento científico e publicado em anais:

Teixeira MLO, Sauthier J. Orientação para o autocuidado de clientes cirúrgicos: um estudo fundamentado na relação dialógico-educadora de Paulo Freire. Resumos dos trabalhos apresentados no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 out. 21-26; Recife-Olinda (PE), Brasil. Recife: ABEn; 2000. p. 13.

Trabalho completo apresentado em evento científico e publicado em anais:

Barreira IB, Baptista SS. Nexos entre a pesquisa em história da Enfermagem e o processo de cientificação da profissão. Anais do 51º Congresso de Enfermagem. 10º Congresso Panamericano de Enfermeria; 1999 out. 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis(SC): ABEn; 2000. p. 295-311.

Dissertação, tese e monografia acadêmica:

Souza IEO. O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação [tese]. Rio de Janeiro(RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.

Dissertação e tese em formato eletrônico:

Barcelos LMS. Do diálogo autoritário ao discurso dialógico: o cuidado da enfermagem hospitalar na perspectiva de clientes vivendo com AIDS. [CD-ROM] [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Trabalho em CD-ROM:

Motta MCS, Marin HF, Zeitoune RC. Exame físico em consulta de Enfermagem de Puericultura. [CD-ROM]. Rio de Janeiro: NCE / EEAN / Central de Eventos; 2001.

Verbetes de dicionário:

Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Nova Fronteira; 1986. Enfermagem; p. 651

Relatório técnico e científico:

Associação Brasileira de Enfermagem. Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro(RJ); 2000.

Ata de reunião (documento não previsto na Norma de Vancouver):

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. Escola de Enfermagem Anna Nery. Ata de reunião para ser implantado um projeto sobre a aplicação de novas metodologias ao processo ensino aprendizagem no ciclo profissional do curso de graduação em enfermagem nesta instituição, mediante convênio com o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura. Rio de Janeiro (RJ); 1976 abr.

Documento jurídico:

Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1: 1.

Para abreviações de títulos de periódicos:

- <http://www.ibict.br>

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?deb=journals>
- International Nursing Index
- Index Medicus