

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

EMILIA REGINA DOS SANTOS OLIVEIRA

**PLANO DE QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DO SERVIÇO MÓVEL DE
URGÊNCIA NO ATENDIMENTO A PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Porto Alegre

2023

Emilia Regina dos Santos Oliveira

**PLANO DE QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DO SERVIÇO MÓVEL DE
URGÊNCIA NO ATENDIMENTO A PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientador: Profa. Dra. Janine Kieling
Monteiro

Porto Alegre

2023

O48p Oliveira, Emilia Regina dos Santos.
Plano de qualificação das equipes do serviço móvel de urgência no atendimento a pessoas em sofrimento psíquico / por Emilia Regina dos Santos Oliveira. – 2023.
57 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2023.
“Orientador: Dra. Janine Kieling Monteiro”.

1. Sofrimento psíquico. 2. Urgência e emergência em saúde mental. 3. Serviço de atendimento móvel de urgência. 4. Enfermagem. 5. Pacientes. I. Título.

CDU: 616.89

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu filho pelo carinho e incentivo que recebi nesta jornada.

PLANO DE QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA NO ATENDIMENTO A PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Desde os primórdios a saúde mental sempre esteve envolta em preconceito, isolamento e exclusão social. Na antiguidade a sociedade acreditava que as moléstias mentais eram causadas por ações mágicas ou demoníacas. Os loucos andavam livremente. No século XVII, a loucura passou a constituir-se uma forma de exclusão com o desenvolvimento das cidades e a industrialização. Foram criados os primeiros estabelecimentos destinados a receber os doentes mentais, além de todo o tipo de indivíduos não produtivos e que não se encaixavam nos padrões morais da época. As primeiras instituições asilares tinham o propósito de retirar o doente mental do convívio social, isolando-os de suas famílias para minimizar os riscos de danos à comunidade. Nessa época, a loucura passou a ser percebida como uma incapacidade para o trabalho e seus portadores considerados incapazes. No advento da reforma psiquiátrica no Brasil foram criados serviços substitutivos para absorverem esses pacientes que passaram a ser liberados das instituições psiquiátricas. A Rede de Atenção Psicossocial tem dificuldade de absorver e prestar um serviço de excelência a todos os usuários. A Rede de Atenção às Urgências foi então estruturada e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência aglutina em seu escopo de atividades o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico. Esse trabalho teve como objetivo principal o desenvolvimento de um profissional de curta duração voltado para o manejo pré-hospitalar nas urgências em saúde mental e, como objetivo secundário, realizar uma revisão de literatura integrativa, visando auxiliar na elaboração desta proposta. Trata-se de um estudo metodológico que incluiu uma revisão integrativa, a qual buscou identificar as dificuldades que as equipes do SAMU enfrentam nestes atendimentos. Em uma busca nas bases de dados (SCIELO, BVS, LILACS e MEDLINE) foram localizados 453 textos tratando sobre emergências psíquicas atendidas pelo SAMU. Depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 12 artigos para compor o presente trabalho. Como resultados destaca-se como dificuldades no atendimento ao sofrimento psíquico a falta de treinamento e o conhecimento deficiente das equipes para desenvolver o serviço voltado ao manejo do sofrimento psíquico, o que indica a necessidade de aprimoramentos voltados à capacitação profissional. O produto resultante deste estudo é um plano de em curso de aperfeiçoamento, principalmente no que diz respeito aos conteúdos que necessitam ser abordados, para auxiliar os profissionais do SAMU no manejo pré-hospitalar nas urgências em saúde mental. Espera-se com este trabalho evidenciar a necessidade de um espaço para (re)pensar conhecimentos e estigmas a respeito da doença mental e para debater sobre medos e dúvidas frente ao

atendimento nas urgências em saúde mental. Observa-se ainda a necessidade de intervir não apenas no âmbito do trabalho, mas ao longo de toda a formação desses profissionais, implementando uma educação continuada sobre esta temática.

Palavras-chave: sofrimento psíquico; urgência e Emergência em saúde mental; serviço de atendimento móvel de urgência.

SUMMARY

From the beginning, mental health has been shrouded in prejudice, isolation and social exclusion. In antiquity, Society believed that mental illnesses were caused by magical or demonic actions. The madmen roamed free a form of exclusion with the development of cities and industrialization. The first establishments were created to receive the mentally ill, as well as all kinds of non-productive individuals who did not fit the moral standards of the time. The first asylum institutions had the purpose of withdrawing the mentally ill from their families to minimize the risk of harm to the Community. At the time, madness came to be perceived as an inability to work and its carriers considered incapable. With the advent of psychiatric reform in Brazil, substitute services were created to absorb these patients who were released from psychiatric institutions. The Psychosocial Care Network has difficulty absorbing and providing an excellent service to all users. The emergency care network was then structured and mobile emergency care service includes in its scope of activities the care of people in psychological distress. This work had as its main objective the development of a short-term professional plan focused on pre-hospital emergency management in mental health and as a secondary objective, to carry out an integrative literature review, aiming to assist in the elaboration of this proposal. This is a methodological study that included an integrative review, which sought to identify the difficulties that the mobile emergency care service teams face in these calls. In a Search in the databases (SCIELO, BVS, LILACS and MEDLINE) 453 texts were located dealing with psychic emergencies assisted by the mobile emergency care service. After applying the inclusion and exclusion criteria, 12 articles were selected to compose the present work. As a result, the lack of training stands out as difficulties in caring for psychic suffering the lack of training and the deficient knowledge of the teams to develop the service focused on the management of psychic suffering, which indicates the need for improvements aimed at professional training. The product resulting from this study is a plan for an improvement course, especially with regard to the contents that need to be addressed, to assist mobile emergency service professionals in pre-hospital management of mental health emergencies. It is expected with this work to highlight the need for a space to acquire knowledge and expose fears and doubts regarding emergency care in mental health. There is still a need to intervene not only in the scope of work, but throughout the training of these professionals, implementing continuing education on this topic.

Keywords : psychic suffering; urgency and emergenc in mental health; emergency mobile care service.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Etapas do processo de seleção dos textos..... | 35 |
|--|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Relação de artigos selecionados para o estudo..... | 36 |
|---|----|

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|---|
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CPPII | Centro Psiquiátrico Pedro II |
| CJM | Colônia Juliano Moreira |
| CNSM | Conselho Nacional de Saúde Mental |
| DINSAM | Divisão Nacional de Saúde Mental |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| ECT | Eletroconvulsoterapia |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| LGS | Lei Geral de Saúde |
| MTSM | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental |
| NAPS | Núcleo de Atenção Psicossocial |
| NEU | Núcleo de Educação em Urgência |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNAU | Política Nacional de Atenção às Urgências |
| PTS | Plano Terapêutico Singular |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RUE | Rede de Atenção às Urgências |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| USA | Unidade de Suporte Avançado |
| USB | Unidade de Suporte Básico |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 Objetivo Geral | 15 |
| 2.2 Objetivo Específico | 15 |
| 3 JUSTIFICATIVA | 16 |
| 4 CONTEXTO HISTÓRICO DA DOENÇA MENTAL | 19 |
| 5 ANTECEDENTES TEÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA | 24 |
| 6 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO | 26 |
| 6.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira..... | 28 |
| 7 METODOLOGIA..... | 33 |
| 8 ANÁLISE DE RESULTADOS..... | 35 |
| 9 DISCUSSÃO | 42 |
| REFERÊNCIAS | 49 |

1 INTRODUÇÃO

Saúde mental é uma área muito extensa e complexa do conhecimento. Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento e muito menos é exercida por apenas um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos dificuldades de delimitar suas fronteiras. Não podendo ser reduzida somente ao estudo e tratamento das doenças mentais. O conhecimento sobre o campo da saúde mental vem contribuindo para que comecemos a pensar de forma diferente, não mais com o paradigma da verdade absoluta, mas sim em termos de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, do “construcionismo”, de “reflexividade” (SPINK,2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde não existe uma definição oficial para o conceito de Saúde mental (OMS, 2021). Para Canguilhem (1943), o que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas. A medicalização da normalidade, ou seja, a extensão da psiquiatria a campos que poderiam ser tratados sem sua intervenção, produz uma perda de capacidade das pessoas de utilizar seus próprios recursos para lidar com o sofrimento. Saúde Mental é um estado de bem-estar que o indivíduo experimenta quando tem recursos para lidar com as tensões do dia a dia, podendo produzir seu sustento e o de sua família com dignidade e contribuindo com sua comunidade.

O sofrimento supõe uma verdade e essa verdade possui estrutura de ficção por não se tratar de realidade (LACAN, 1953, p.257). A linha de corte entre o tolerável e o intolerável, entre o que se pode suportar e o que se deve deixar para lá é definida por atos de reconhecimento, públicos e sociais, normativos e políticos, atos de liberdade e decisão que fazem parte do próprio sofrimento. As perturbações mentais acometem um número significativo de pessoas em todo o mundo e nas mais variadas faixas etárias causando consequências devastadoras no seio familiar e na sociedade.

A doença mental é envolta em preconceito, isolamento e exclusão social. A pessoa em sofrimento psíquico possui o estigma da periculosidade e por conta disso seus direitos e suas necessidades em saúde nem sempre são reconhecidas e atendidas (OMS, 2021).

Não existe consenso sobre as relações entre a doença mental e a criminalidade. O que se percebe é que a relação entre a doença mental e as leis não seguiu a mesma evolução dos conhecimentos sobre a doença mental em si. Observou-se que tanto médicos como legisladores não estavam preocupados com as causas e as classificações de doença psíquica, mas com as providências legais a serem tomadas de acordo com a integridade mental do indivíduo.

O desenvolvimento da sociedade ao longo dos anos estabeleceu a forma como a pessoa em sofrimento psíquico foi e vem sendo tratada. Durante anos a sociedade tratou a pessoa em sofrimento psíquico como um ser “não humano”, devido às ideias preconceituosas em torno da doença, levando-a ao isolamento, rejeição e asilamento.

Baseada no modelo hospitalocêntrico, a psiquiatria tradicional tratava a crise aguda por meio de contenção física e química, ações essas que eram realizadas rotineiramente no modelo manicomial, acabando por marginalizar e excluir o doente mental da sociedade. Esse modelo de atenção se perpetuou ao longo dos séculos no território nacional, sendo compreendido como ordenador social. O atendimento prestado era desumano, os internos viviam em condições insalubres e suas necessidades básicas eram minimamente atendidas. O tratamento era medicalizante e, muitas vezes, feito por contenções dos corpos como forma de disciplinar, castigar e cessar as manifestações de crises psíquicas.

A assistência psiquiátrica no Brasil, até o final da década de 70, foi marcada pela má qualidade do cuidado aos portadores de sofrimento psíquico, superlotação das instituições psiquiátricas, cronificação do doente em sofrimento psíquico, tendo o modelo médico e hospitalocêntrico como vertente principal, para essa prática. A luta antimanicomial, iniciada no Brasil desde a década de 80, teve como principal propósito a quebra do paradigma de exclusão social, em prol de uma desinstitucionalização programada e responsável, cujo propósito era a reinserção das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade (SADIGURSKY; TAVARES, 1998).

O avanço da luta pela consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, nos coloca frente a um grande paradigma que é a resposta e a atenção, prestada pelos serviços de saúde frente ao paciente em sofrimento psíquico. O intuito da Reforma Psiquiátrica era questionar a lógica manicomial e a psiquiatria tradicional, recomendando a atenção integral e o cuidado no território. É importante lembrar que as situações de crise continuam sendo um dos principais motivos de internação psiquiátrica no país (JARDIM, 2008). A RUE é uma estrutura de rede pensada para organizar o Sistema Único de Saúde, mas tradicionalmente uma das mais medicalizadas. É importante mencionar que a RAPS e a RUE possuem linguagem, processos e aparelhagem muito diferentes na resposta à crise psíquica e em vários momentos o diálogo entre as duas redes torna-se extremamente difícil.

Nem toda crise psíquica configura-se em uma situação de urgência e emergência, conforme os critérios da rede de atenção à saúde, onde urgência é uma situação que implica riscos menores e emergência risco de morte ou risco social grave, necessitando de intervenções imediatas (MENEGON; FLECK, 2010).

Nessa perspectiva, o SAMU 192 tornou-se um elo importante na Rede de Urgência e Emergência (RUE), assim como na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RUE e a RAPS são elos importantes da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O SAMU 192 garante os princípios doutrinários do SUS, universalidade, equidade e integralidade – no atendimento de agravos de qualquer natureza, sejam elas de natureza clínica, cirúrgica, ginecológica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica e os relacionados a causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios).

A RAPS nesse contexto deve garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências e emergências. A RAPS na atenção as urgências e emergências conta em sua grade de referência com o SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência, pronto socorro, unidades básicas de saúde. Conta também com os CAPS nas suas diferentes modalidades e a atenção hospitalar com enfermagem especializada em hospital geral, serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS foi instituída pela Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

A RUE foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. Para que a Rede ofereça assistência qualificada aos usuários, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Sendo indispensável a implementação da qualificação profissional, da informação, do processo de acolhimento e da regulação de acesso a todos os componentes que a constitui.

A Rede de Urgência e Emergência é pensada de forma integrada e coloca à disposição da população serviços mais próximos de sua residência. Com as Centrais de Regulação do SAMU 192, o Ministério da Saúde trabalha na organização disponível. Quando uma ambulância do SAMU é enviada para o atendimento, os profissionais de saúde já sabem para onde levaram o paciente. É o fim da peregrinação à procura de um leito, com a ambulância buscando onde deixar o paciente. Os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidados nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O SAMU 192 como componente da RUE tem como objetivo ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos de qualquer natureza mediante o envio de veículos tripulados, por equipe capacitada, acessado pelo número “192”, amplamente divulgado pelos meios de comunicação e acionado por uma central de regulação médica das urgências (Portaria MS\GM nº 2048).

A Portaria nº 2.048 de 5 de novembro de 2002, estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento Pré-hospitalar, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

O SAMU é um dos serviços de atenção às urgências e emergências em saúde mental, compondo a RAPS, em substituição ao atendimento de urgência e emergência nos hospitais psiquiátricos e peça fundamental na prestação de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, auxiliando dessa forma na reestruturação e fortalecimento da assistência à saúde mental no país. Mas, segundo Almeida *et al.*, (2014), o seu modelo de atenção é baseado no modelo biomédico, associando, muitas vezes, a visão de que as emergências em saúde mental estão relacionadas com a agressividade, e a hiperatividade, conduzindo o entendimento de crise para a descompensação psicopatológica. Buscando a estabilização do paciente por meio da contenção física, mecânica e química. A atenção as urgências e emergências é estratégica nos cuidados a vítimas em sofrimento psíquico, mas apresenta-se como um ponto nevrálgico da RAPS, pois os serviços de urgência e emergência, quando prestam assistência ao usuário em crise psíquica, tendem a priorizar a sedação e o encaminhamento para avaliação psiquiátrica e posterior internação hospitalar, como se estes métodos fossem a única possibilidade para estabilizar a vítima em crise (Oliveira; Silva, 2017; Brito *et al.*, 2015).

As contenções mecânica ou química têm sido usadas no intuito de evitar que os usuários em crise, atuem de forma agressiva. Mas deveriam ser usadas somente quando as outras formas de manejo não fossem efetivas. Ela é um ato de exceção, nunca devendo ser utilizada como rotina em pacientes em crise. Quando falamos em contenção, devemos levar em consideração o treinamento da equipe, a abordagem terapêutica do paciente, o uso correto da técnica de contenção mecânica e ou física, assim como as condições gerais e clínicas do paciente.

Os serviços de emergência têm o histórico de desconhecer a forma de atenção que à vítima em crise necessita, ou seja, empatia, diálogo, humanização, corresponsabilização pelo cuidado e criatividade durante o atendimento (Oliveira; Silva, 2017). Segundo Oliveira e Silva (2017), no que tange ao SAMU, a capacitação das equipes é instituída e definida pela Portaria 2.048/ GM, assim, realiza-se a capacitação dos profissionais, quando o serviço é implantado nos municípios. E durante essa capacitação, somente duas horas são dedicadas às intervenções em saúde mental. Esse momento é teórico sem abordagem prática. As ações são voltadas para estratégias preestabelecidas, sistematizadas e protocoladas, dificultando ações subjetivas.

O serviço acaba ratificando a crise no modo da psiquiatria tradicional, entendendo as situações de crise como exacerbação sintomatológica, caracterizada pelo risco que podem oferecer, entendendo que estas precisam ter controle imediato (Almeida *et al.*, 2015).

Diante das questões apresentadas, aponta-se a necessidade de melhorias neste serviço e formulou-se a seguinte proposta para este trabalho: contribuir com uma proposta de planejamento de educação continuada em serviço voltada para o manejo da crise em saúde mental, baseada nas experiências vividas pelas equipes de atendimento pré-hospitalar de um município da região metropolitana.

Em 2004, a necessidade de articulação entre a RAPS e as equipes de intervenção do SAMU 192 levou o Ministério da Saúde a realizar a primeira Oficina Nacional de Atenção às urgências em Saúde Mental com o objetivo de dialogar e articular a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e a Política Nacional de Saúde Mental, buscando fortalecer e ampliar as ações de Saúde Mental no SUS. A iniciativa propunha o matriciamento, supervisão, capacitação continuada, atendimento compartilhado de casos e apoio a regulação, além de estabelecer um protocolo mínimo de atenção às urgências psíquicas.

A 5ª conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) tem como tema “A Política de Saúde Mental como Direito pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS”. É importante lembrar que o objetivo central da 5ª CNSM é propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Saúde Mental e o fortalecimento dos programas e ações de saúde mental em todo o território nacional (Ministério da Saúde, 2020).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver um plano de qualificação das equipes do serviço móvel de urgência voltado para o manejo pré-hospitalar das urgências e emergências em saúde mental.

2.2 Objetivo Específico

Realizar uma revisão de literatura integrativa, para eleger conteúdo para propor um plano de qualificação/capacitação profissional de curta duração para instrumentalizar as equipes do SAMU 192 no manejo e atendimento a crise em saúde mental.

3 JUSTIFICATIVA

A qualificação das equipes do SAMU 192 é realizada no momento da abertura das bases nos municípios. Essa qualificação é descrita na Portaria nº 2.048/GM, no que tange à saúde mental e tem uma carga horária de duas horas teóricas. Esse período disponibilizado não é suficiente para qualificar o profissional ou a equipe em um atendimento tão complexo quanto o realizado em saúde mental. Esse é um tema cheio de contradições por agregar entendimentos e conceitos assistenciais que divergem em vários pontos. De um lado as prerrogativas de inclusão, respeito às singularidades e promoção do diálogo e justiça social ao usuário em sofrimento psíquico e do outro lado o SAMU, setor de urgência que destaca a objetividade e otimização do tempo.

Sabe-se que o cuidado em saúde mental é complexo, estabelecendo muitas vezes condições inadequadas e inesperadas para praticar esse cuidado. Em algumas situações esses cuidados podem gerar danos secundários a esses pacientes, causando sequelas e até mesmo a morte. Muitas vezes, o cuidado é desenvolvido em um ambiente pressionado por resultados, envolvendo atividades complexas e saberes multiprofissionais, aumentando a probabilidade de erros (ABOUMATAR *et al.*, 2017).

O usuário em sofrimento psíquico possui particularidades que em algumas situações os colocam em risco tais como automutilação, ideação suicida, entre outras. Essas situações podem colocar em risco não só a integridade física do usuário, mas também a de terceiros pois muitas vezes durante a crise podem se tornar agressivos (VANTIL, 2017).

“Antes de tudo, não causar dano”, embora Hipócrates tenha dito isso há mais de dois mil anos, foi apenas na década de 90 que a segurança do paciente passou a ter importância reconhecida no cuidado em saúde. A segurança do paciente é definida como a redução de riscos e danos desnecessários associados ao cuidado em saúde.

Gallego et al, (2012), em um estudo de revisão, concluíram que os serviços de saúde mental e os hospitais psiquiátricos estavam entre as instituições com culturas de segurança mais desfavoráveis e apresentavam riscos significativos.

No cuidado ao usuário em sofrimento psíquico algumas vezes, é necessário a utilização de contenção física e mecânica, objetivando restrição de movimentos no paciente agitado, quando esse oferece riscos para si e para terceiros (COFEN, 2012). A contenção deve ser usada somente quando todas as tentativas de manejo a crise tiverem sido esgotadas, pois oferece risco

de efeitos adversos, como lesões por pressão, traumas, entre outros. Quando mal realizada pode levar a morte por trauma grave ou sufocamento (SOUZA *et al.*, 2019).

A relevância do estudo proposto e da criação de um plano de educação continuada para qualificar o atendimento a crise em saúde mental é desenvolver uma prática segura e eficaz, atentando para necessidade de cuidado que o usuário requer no momento. Para o atendimento de emergências psíquicas é necessário capacitação e educação permanente, pois o grau de complexidade necessário a esse tipo de atendimento envolve a interação entre o pré-hospitalar móvel e o fixo, envolvendo a comunicação entre as equipes de cuidado e a prestação de um atendimento humanizado.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), por meio da Portaria Ministerial nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, veio adequar a formação e a qualificação dos trabalhadores da área da saúde às necessidades da população. A educação permanente apresenta um conjunto de práticas pedagógicas importantes na busca do melhor desenvolvimento profissional. Ela tem como diretrizes a qualidade dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais e a produção, sistematização e disseminação de conhecimentos voltados ao desenvolvimento de competências e capacidades técnicas e gerenciais, entre outras. (PNEPS, 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) compreende que a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica. Envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente nas pessoas. A EPS deve sempre considerar as equipes multiprofissionais que atuam no SUS, construindo a interdisciplinaridade. Levando em consideração os problemas cotidianos das práticas das equipes, a EPS deve se inserir no processo de trabalho, gerando compromissos entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários, construindo o desenvolvimento individual e institucional (PNEPS, 2007).

Os atendimentos via central de regulação do SAMU 192 são variados e percebe-se que na base que atuo, os chamados tendo como causa “surto” vem aumentando. A dificuldade das equipes, inclusive minha, em algumas situações poderá levar a uma abordagem equivocada e uso de força desnecessária. É recomendado que o deslocamento para esse tipo de atendimento seja sempre com auxílio da Guarda Civil Municipal (GCM) ou da Brigada Militar (BM). No dia a dia percebemos que nem sempre é necessário o apoio de outras forças públicas e o manejo verbal acaba por ser a melhor alternativa a ser usada. A maioria dos casos é resolvida dessa forma e muitos casos ficam no domicílio. Claro que em algumas situações o apoio é necessário, inclusive com uso de contenções mecânica. Nessa situação fica evidenciado a dificuldade de aplicar de forma correta a contenção e com isso esbarramos novamente no despreparo das

equipes. Foram essas constatações que inspiraram essa autora a elaborar essa pesquisa no intuito de criar uma capacitação profissional voltada para qualificação do serviço móvel de urgência no atendimento à vítimas de sofrimento psíquico.

4 CONTEXTO HISTÓRICO DA DOENÇA MENTAL

O sofrimento psíquico é relatado, inicialmente, na Antiguidade grega e romana, assim como outras doenças classificadas como práticas mitológicas, manifestações motivadas por deuses e demônios. A loucura era identificada pela influência da ideologia religiosa e pela força dos preconceitos sagrados. Na Inquisição a loucura foi vista como manifestação satânica e o doente psíquico como praticante de bruxaria. Eles eram perseguidos e considerados hereges. A loucura, nessa época, identificava-se com os papéis dos feiticeiros portadores de supostas doenças mentais. Entretanto, com o desenvolvimento histórico, o poder da igreja foi abalado, permitindo um novo olhar sobre o portador de sofrimento psíquico (VIEIRA, 2012).

Na antiguidade, acreditava-se que as moléstias mentais eram causadas por ações mágicas ou demoníacas, por conta disso os primeiros médicos foram sacerdotes e feiticeiros. Na Grécia os loucos eram valorizados pela sociedade e considerado escolhidos pelos deuses. Na Roma Antiga, nobres e plebeus tinham permissão para sacrificar filhos que nasciam com alguma deficiência. Na idade média, os loucos andavam livremente pelas ruas, sendo muitas vezes considerados sagrados (ROCHA, 2008).

No período Renascentista, surgiu a Nau dos Insanos, onde os doentes em sofrimento psíquico eram colocados e deixados à deriva em rios e mares. Essas embarcações dispunham de um valor simbólico, como um ritual que libertava a sociedade dos insanos. Confiar o insano aos marinheiros era a certeza que esses não ficariam vagando pelas cidades. Era ter a certeza de que iriam para longe sem chance de retorno, era torná-lo prisioneiro de sua própria partida (AMARANTE, 2020).

Em meados do século XVII, a loucura constitui-se em um modo de exclusão com o desenvolvimento das cidades e a industrialização. Nesse período foram criados os primeiros estabelecimentos de internação destinados a receber os doentes mentais. Esses estabelecimentos recebiam indivíduos portadores de doenças venéreas (DST), mendigos, vagabundos, bandidos e os portadores de doenças mentais. Mantinham sob cárcere todos aqueles que em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, demonstrassem ser fonte de desordem e desorganização moral (DESVIAT, 2008).

Nos séculos XVII e XVIII a loucura sai do mundo das forças naturais ou divinas e se torna a falta da razão, o complexo inquisidor – feitiçaria deu lugar ao surgimento do complexo alienista – insano mental. Surge a noção de alienação das faculdades mentais, dessa vez com causas internas. A medicina não possuía explicação para os males da mente e a filosofia virava escrava da razão. O sofrimento psíquico, nessa época já recebe o estigma de periculosidade. A

descrição de um manicômio francês pelo filósofo Michel Foucault em a História da Loucura nos mostra essa triste realidade.

O médico francês Philippe Pinel (1745 – 1826) transformou a loucura de questão social em questão de saúde e como tal deveria ser tratada pela medicina. Ele foi pioneiro no tratamento de doentes mentais e um dos precursores da psiquiatria moderna. Foi o principal precursor do processo de mudança que possibilitou o surgimento do alienismo na sociedade moderna. Como médico chefe do Hospital de Bicêtre, localizado próximo a Paris, retirou as correntes que rotineiramente eram usadas para prender os doentes mentais. Pinel defendia a cura da loucura por meio do “tratamento moral”, aplicado a todos os indivíduos que não se enquadravam nos padrões sociais de comportamento. O tratamento moral era praticado pelos alienistas. Esse tratamento incluía a exclusão dos doentes com o convívio social, mantendo-os recluso nas instituições psiquiátricas, submetendo-os a normas e disciplinas rigorosas (DESVIAT, 2008).

O tratamento moral fundamentava-se na crença de que seria possível introduzir mudanças importantes no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com eles. Pinel, desenvolveu um método clínico sistemático para o estudo da alienação mental, baseado na observação minuciosa e demorada dos pacientes. Para Pinel, a loucura era uma patologia essencialmente mental (ibid., p.156) e suas bases orgânicas concebidas em uma relação dinâmica com o arcabouço anímico individual. Ele chamou a atenção do mundo científico por considerar que seres humanos que sofriam de perturbações mentais eram indivíduos enfermos e que necessitavam tratamento acolhedor e não violento.

Os pilares da construção alienista foram definidos por: um saber médico sobre a loucura, a criação de um estatuto de doença mental, a alienação, um espaço próprio e a tecnologia assistencial, estabelecendo, dessa forma o tratamento moral. Segundo Machado (1978, p. 430-446) o tratamento moral apoia-se em cinco pilares que são: o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância, a distribuição do tempo, a repressão, controle e persuasão do doente. Na tradição pineliana, o asilo é por si só terapêutico e, nesta perspectiva, o isolamento é condição primordial no tratamento moral. Segundo Bercherie (1989, p.31):

“Pinel funda uma tradição – a da clínica – como orientação consciente e sistemática. Os hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são registrados e comparados com o que está por perto, com o que é semelhante ou diferente. Colocado em um lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da

sociedade, o alienista, valendo-se de sua percepção social, determina o que é normal e o que é patológico. Esse é o método do conhecimento, o que opera a passagem da loucura para a alienação mental”.

O alienismo representava a resposta da ciência médica a questão da loucura, redefinida como alienação mental. A loucura passa a ser entendida como uma doença provocada pela combinação de causas físicas e morais. Aparece nesse contexto o alienista, especialista médico, a quem competia tratar os alienados “pessoas privadas do uso da razão”. Aparece também o hospício onde esses doentes seriam tratados. O alienismo buscava retirar a loucura do campo das especulações, apresentando-se como uma alternativa moderna de humanização do cuidado. Era a transição do cuidado religioso para o cuidado médico (AMARANTE, 2020).

As primeiras instituições asilares para tratar doentes mentais tinham o propósito de segregá-los do convívio social. Essas instalações isolavam os doentes mentais de suas famílias e da sociedade de forma a minimizar o risco de dano a comunidade, que essas pessoas poderiam causar. Elas não tinham o cuidado como meta principal e forçavam seus internos a viverem em condições desumanas, expondo estes a abusos cruéis (CUNHA, 2019). No momento em que o asilo utilizou o isolamento social como um princípio fundamental para o tratamento das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, ele disseminou culturalmente que esses indivíduos não deveriam dividir o mesmo convívio social com os demais seguimentos da sociedade. Assim, a exclusão e a invisibilidade social são naturalizadas e justificadas pelas formas de tratar a doença.

Os manicômios surgiram quando a loucura foi percebida como uma incapacidade para o trabalho, o que retirou os alienados do convívio social, pois os que não produziam, trabalhavam, como os portadores de sofrimento psíquico, eram considerados incapazes de viver segundo os cânones sociais da sociedade burguesa nascente. Assim, conforme SOUZA (2006, p.3):

“à ciência, através da medicina, apropriou-se da loucura. O alienado que não se encaixasse nas normas que a burguesia vinha estabelecendo seria isolado para receber a cura através do tratamento moral”.

O gesto de libertar os loucos das correntes não propiciou a inclusão desses num espaço de liberdade, mas os classifica como objeto de saberes, discursos e práticas na instituição da

doença mental. Essa intervenção sobre a loucura e o hospital representa o primeiro e mais importante passo para a medicalização do hospital. Na passagem do século XVIII para o século XIX a medicina, em relação à loucura, parece torna-se um saber empírico, sem conseguir explicar a loucura na sua nosologia classificatória, sem conseguir evidenciá-la através da anatomia patológica. Os médicos se dedicavam a considerar critérios morais, comportamentos e gestos dos insanos, compondo assim, sem ciência alguma, os quadros nosológicos da loucura (BIRMAN, 1978; AMARANTE, 2020).

Em 1885, a vivência de alguns estudiosos que estiveram em Paris, trabalhando com Charcot, na Salpêtrière, acreditavam estar ao lado de um grande médico. Nessa época, discriminar uma doença mental de outra e diferenciá-las dos males físicos era uma arte. Diagnosticar e identificar doenças mentais proporcionava imenso prazer aos estudiosos. Percebe-se aqui, a defesa da prática acima da teoria (FREUD, 1977). Foi depois da Segunda Guerra Mundial, época de intolerância para com as diferenças que a comunidade profissional chega à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado (DESVIAT, 2008).

Para Costa (2007), o cuidado referia-se a sujeitar os portadores de doença mental a barbáries dos guardas e carcereiros. Os enfermeiros (auxiliares e atendentes de enfermagem), mantinham vigilância constante e a punição e repressão eram os tratamentos prescritos. A assistência de enfermagem seguia os moldes do tratamento moral de Pinel e da Psiquiatria Descritiva de Kraepelin. Assim, segundo o mesmo autor, o papel da enfermagem era assistir o médico e manter as condições de higiene dos alienados.

O hospital era concebido como um espaço para doentes e abrigo para desvalidos, estando ligado a uma estratégia social de higienização (MOREIRA *et al.*, 2008). A institucionalização da psiquiatria se deu com o surgimento das Santas Casas, que recolhia os doentes mentais, sem que qualquer tratamento fosse oferecido, isso a nível de Brasil. Os locais de atendimento aos doentes mentais eram os porões, sendo comum o uso de castigos e torturas, como um meio de conter os comportamentos inadequados (CARVALHO, 2012).

No caso da enfermagem, de acordo com Muniz *et al.*, (2015), em seu início a prática da Enfermagem Psiquiátrica foi marcada por uma conduta controladora e repressora, onde as atividades eram realizadas por leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais e, posteriormente, desenvolvidas pelas irmãs de caridade. Nessa época o conhecimento era incipiente e o doente mental era visto como perigoso, ameaçador.

O Século XX marca o período em que a psiquiatria foi regulamentada com o objetivo de institucionalizar o doente mental. A institucionalização do doente mental consolidou-se como única forma de tratamento entre 1901 e 1930. Observou-se que ao longo dos anos, essas

instituições funcionavam como depósito de pessoas que viviam em condições desumanas, expostos as mais variadas crueldades e totalmente esquecidos pelas famílias. Em seu interior repetiam-se todas as ideias opressoras da sociedade contra o doente mental. O surgimento das escolas de enfermagem e a adoção do sistema Nightingale que pregava o ensino teórico sistematizado junto com a prática hospitalar, não modificou o contexto das práticas de enfermagem que permanecia subordinada ao saber médico dos psiquiatras (ROCHA, 2008).

5 ANTECEDENTES TEÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Michel Foucault, com sua *História da Loucura na Idade Clássica*, representa uma reviravolta nas histórias, tanto da psiquiatria quanto da loucura. Outra obra a ser destacada é *Manicômios, Prisões e Conventos*, de Goffman (1974), fala sobre a estrutura, a natureza e a microsociologia das instituições psiquiátricas que o autor denomina de “instituições totais”. A representação da Loucura na Idade Clássica advém, como existência nômade, através da “*Nau dos Insanos*”:

Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros, deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confinados a grupo de mercadores peregrinos. Esse costume era frequente, particularmente na Alemanha (...) durante a primeira metade do Século XV. (Foucault, 1978, p. 09)

Michel Foucault, nos permite vislumbrar a divisão entre razão e loucura pela verdade. Na modernidade, loucura diz respeito fundamentalmente à psiquiatria (Machado, 1982, p. 57). Acompanhamos a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura tenha um lugar social reconhecido no universo da verdade, ao passo que a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. A partir do século XIX, há a produção de um olhar científico sobre a loucura e sua transformação em objeto de estudo: a doença mental (DESVIAT, 2008).

A medicina ao incorporar a loucura para seu campo de reflexão, busca submetê-la aos seus princípios racionais, mas a loucura resiste e não se explica pelos princípios racionais. Há uma busca pela classificação dos doentes mentais pelos sintomas apresentados. Os psiquiatras passam a descrever detalhes sobre os alienados e procuram explicar de forma racional o que observavam, justificando a doença como essência. A prática da cura era característica da medicina mental, o doente mental, enquanto objeto de um tratamento, deveria passar por uma transformação de seus sintomas. O tratamento moral incluía toda a organização asilar, a ocupação do tempo e do espaço do alienado, retirando-o de seu mundo para enquadrá-lo num sistema de valores caracterizado pela medicina mental. Era uma luta entre o bem e o mal (FIGUEIREDO *et al.*, 2014).

Foi após a Segunda Guerra Mundial que a comunidade profissional chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado. Basaglia, foi um dos primeiros médicos modernos a sugerir que as práticas em saúde mental deveriam se orientar por uma linha humanista. Buscava-se, nesse período, sustentação para o deslocamento com ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito (AMARANTE, 2010).

Essa negação do status quo, e da reinvenção das políticas e das práticas em saúde mental resume-se na seguinte frase:

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objeto do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de “invenção da saúde” e de “reprodução social do presente” (AMARANTE, 1996).

Ao se afirmar os direitos de cidadania dos doentes mentais, no contexto da Reforma Psiquiátrica, há necessidade de ir além da aparência de que a reforma necessária se relaciona à necessidade de novos equipamentos e dispositivos de assistência. Há necessidade de se definir um novo objeto de conhecimento e assistência; não mais o doente mental que necessita ser isolado, mas um ser que foge aos padrões culturais e que tem direito ao respeito e reconhecimento de seus direitos como cidadão. Nesse sentido, a reforma necessária não se restringe à criação de serviços abertos para o cuidado, mas está relacionada à crítica do saber médico-psiquiátrico, inclusive da forma como esse saber foi construído. Nesse novo paradigma político, social, científico e assistencial, instituído pela Reforma Psiquiátrica, a cidadania é o instrumento central da abordagem terapêutica, é a meta a ser atingida (MILLANI; CASTRO, 2008).

6 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO

“A noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata” (BARROS, 1994, p.34).

As doenças mentais são, na medicina contemporânea, um paradigma de cronicidade onde se confunde o social com o sanitário. A cronicidade psiquiátrica remete à evolução de uma doença, à sua duração e persistência, mas também a uma situação social. O portador de doença psiquiátrica crônica não se assemelha a outros portadores de doenças crônicas tais como diabetes ou insuficiência renal, o tipo de resposta gerado centraliza-se mais na condição de marginalização (DESVIAT, 2015).

Segundo Galende, naturalmente, ao ter tomado o modelo biomédico como referência, a psiquiatria incorporou também seu modelo de causalidade, levando os psiquiatras a intermináveis debates sobre organogênese versus psicogênese, enfermidade de origem interna versus externa, inato versus adquirido (1993, p. 56).

Pinel, ao criar um espaço para tratar a loucura, o desenvolvimento e aprimoramento do saber psiquiátrico dividiu opiniões. As principais críticas eram em relação ao caráter autoritário das instituições asilares, terminando por consolidar um primeiro modelo de reforma a tradição pineliana, o das colônias de alienados. Tal modelo deveria dar maior autonomia aos doentes pois o regime fechado passaria a ser um regime de portas abertas de não restrição ou maior “liberdade” (AMARANTE, 2020). O gesto de Pinel ao libertar os loucos das correntes não possibilitou a esses um espaço de liberdade. Os tornou objeto de observação e estudo classificando-os conforme seus sistemas (AMARANTE, 2020).

Nos primórdios da reforma psiquiátrica pecou-se ao supor que a cronicidade dos pacientes em sofrimento psíquico, desapareceria junto com os manicômios. A desinstitucionalização mostrou a persistência da cronicidade e a inadequação dos programas alternativos, sanitários e sociais. Tornou visível o que o manicômio ocultava, os grandes deficientes, os inválidos físicos e psíquicos, doentes neurológicos, esquizofrênicos residuais, os obsessivos lobotomizados, entre outros (DESVIAT, 2015).

Em todos os processos de reforma houve a tentação de abandonar esses pacientes homogeneizados por longos anos de manicômio, com aspecto de deserdados sociais, grupo esse carente de um meio protegido de vida. Eles não puderam ser acolhidos pela comunidade terapêutica ou pelas assembleias basaglianas, nem tampouco pelas atuações terapêuticas mais convencionais. No fim da década de setenta, surgiram os programas de reabilitação e de apoio

comunitário. Houve mudança de orientação, passou-se da cura para o cuidado, a psicoeducação e o treinamento. Assim como houve a implantação de técnicas específicas para aumentar habilidades, qualidade de vida e autonomia dos pacientes. A família passou a ser vista como um colaborador no tratamento desses doentes, e estas começaram a ter apoio e receber orientações sobre como cuidar desses pacientes crônicos, agora desinstitucionalizados. Tratava-se de tornar a vida desses pacientes a mais digna possível e menos incapacitante (DESVIAT, 2015).

A reforma psiquiátrica espanhola, começou tardiamente, após uma década de denúncias sobre a situação dos doentes mentais. O modelo, explícito na Lei Geral de Saúde (LGS) promulgada em 1986, defendia um atendimento comunitário, alternativo ao hospital psiquiátrico, contemplando a necessidade de estruturas intermediárias, de reabilitação e de reinserção social, em programas conjuntos com a assistência social (artigo 20 da LGS). As principais condições estabelecidas para um atendimento comunitário eram a universalidade, a territorialização e a implantação de um sistema de atendimento primário (DESVIAT, 2015).

O manicômio concretizava a exclusão que a modernidade produzia na relação com a diferença. Com essa crítica ao paradigma psiquiátrico, Franco Basaglia, afirmava a necessidade de revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua práxis. Essa crítica à psiquiatria tradicional tem início na década de 60, no manicômio de Gorizia, com a humanização do hospital, trabalho esse desencadeado por Basaglia. O problema das instituições psiquiátricas revela uma questão fundamental que é a impossibilidade de tratar com a diferença e os diferentes (AMARANTE, 2020).

Basaglia, quando retornou a Itália, dá início a uma operação de deslocamento na estratégia de reinvenção da assistência as pessoas em sofrimento psíquico. Nesse momento supera-se o modelo de comunidade terapêutica. Tornou-se necessário a superação do modelo de humanização institucional. Deu-se início a uma nova prática que tem no território e nas relações deste com o doente mental uma nova forma de inclusão através da geração de trabalho e convívio social. A trajetória Italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber e a prática psiquiátrica. O que estava em jogo dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização e desconstrução de saberes, práticas e discursos. A desinstitucionalização significava entender a instituição no seu sentido dinâmico e complexo de práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos da época. A reforma psiquiátrica Italiana iniciou-se em outubro de 1971, com a chegada de Franco Basaglia a Trieste, onde deu-se início a um processo de desmontagem do aparato manicomial, seguido da criação de novos espaços e formas de lidar

com a loucura e a doença mental. A experiência de Trieste mostrou ser possível a criação e produção de cuidados, além de novas formas de socialização e subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2020).

6.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira

Após a 2ª Guerra Mundial, surgiram movimentos contrários a tradicional forma de tratamento do sofrimento psíquico. A necessidade dessa reforma no Brasil iniciou-se na década de 1970, com a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde mental (MTSM). Esse trabalho era desenvolvido com modelos terapêuticos precários, uso abusivo de psicofármacos e isolamento dos doentes mentais em manicômios. As internações eram arbitrárias, privando o doente de liberdade e mantendo-o em “cativeiro” (FIGUEIREDO *et al.*, 2014).

O movimento da reforma psiquiátrica tem como marco inicial a “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAM, todas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), deflagraram uma greve, em abril de 1978. A crise foi deflagrada a partir da denúncia de profissionais da saúde do CPPII, sobre irregularidades observadas no tratamento aos portadores de sofrimento psíquico e doentes mentais (AMARANTE, 2020).

Com a crise deflagrada surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cujo objetivo foi constituir-se em um espaço de luta não institucional e local de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica até então desenvolvida. Até então a institucionalização da loucura trazia a ideia de que o doente mental era propriedade do manicômio e seu guardião legal seria o médico (SANDER, 2010). Michel Foucault, em sua obra abordou uma problemática que perdura na atualidade; a exclusividade do saber e do poder médico, que perduram e impregnam nossa cultura no tocante ao tratamento daqueles considerados loucos. Internação à revelia do doente, isolamento social, normatização de condutas e cuidados, diagnóstico, e a exclusividade do saber médico foram os principais alvos de críticas à psiquiatria moderna (FIGUEIREDO *et al.*, 2014).

No Brasil, aos poucos as propostas de Reforma chegavam aos âmbitos governamentais, gerando o documento Diretrizes para a área de Saúde Mental, redigido pelo Ministério da saúde, na década de 1980, defendendo o tratamento extra-hospitalar, a limitação do período de

internação, a reintegração familiar e a promoção de pesquisas epidemiológicas em saúde mental (VASCONCELOS, 2008).

O ano de 1978 marcou o início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O MTSM, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano (BRASIL, 2005). O movimento ficou conhecido como Luta Antimanicomial que clamava pela Reforma Psiquiátrica. Esse movimento passou a protagonizar a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (VARGAS; CAMPOS, 2019). O movimento propunha mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais, que foram discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e que resultou na proposta do SUS (CABRAL; DAROSCI, 2019).

Foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde Mental, sendo a primeira em 1987 e a segunda em 1992. A inscrição da proposta do SUS na Carta Constitucional de 1988, promoveu discussões e novas experiências no que dizia respeito à loucura e ao sofrimento psíquico (AMARANTE; TORRES, 2001). Um dos pontos defendidos pela Reforma era a interdisciplinaridade no cuidado, e não somente a presença de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, mas a valorização desses profissionais.

No final da década de 1980, surgiram novas opções assistenciais, ou seja, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), representando a Reforma Psiquiátrica Brasileira, proporcionando consultas médicas, atendimento psicológico, serviço social, terapia ocupacional, entre outros (VASCONCELOS, 2008). O CAPS foi implantado em 1987, e em seu projeto, de autoria da Coordenação da Saúde Mental (1987, p.1, apud AMARANTE; TORRES, 2001, p. 29), sua clientela prioritária é descrita:

(...) como aquela “sociedade inválida”, com “formas diferentes e especiais de ser, com “patologias de maior complexidade”, de “pessoas que tenham enveredado por um circuito de cronificação”, de “pessoas com graus variáveis de limitações sociais” e com “graves dificuldades de relacionamento e inserção social”.

O CAPS enquadra-se como uma rede externa intermediária entre o hospital e a comunidade, buscando entender a comunidade e instrumentalizá-la para o exercício da vida civil (AMARANTE; TORRES, 2001).

O NAPS nasceu em 1989, tendo como eixo a desconstrução do manicômio, produzindo uma instituição que não segregue e não exclua. O NAPS possui algumas estratégias que são fundamentais para a regionalização de seus objetivos: estratégia de regionalização do cuidado; conhecer as necessidades ; o percurso da demanda psiquiátrica; o debate com a comunidade por meio de associações, sindicatos e igrejas, discutindo as diferentes formas de compreender a loucura e a exclusão social; a estratégia do projeto terapêutico singular (PTS), envolvendo o cuidar do outro, evitando o abandono, assim como atender à crise (AMARANTE; TORRES, 2001).

Em 1989, com a Luta Antimanicomial, o Projeto de Lei nº 3657, proposta pelo Deputado Federal Paulo Delgado, previa a extinção progressiva dos manicômios, sendo substituídos por outros recursos assistenciais. Tal projeto reproduziu a Lei Italiana de 1978, que objetivou, de acordo com Goulart (2006, p.12),” {...} o fim dos manicômios, entendidos aqui como metáfora a todas as práticas de discriminação e segregação daqueles que venham a ser identificados como doentes mentais {...}.”

Em 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, proporcionando mudanças aos pacientes psiquiátricos, tanto no que diz respeito aos cuidados terapêuticos quanto a concepção de loucura para a sociedade. A loucura saiu das instituições manicomiais e foi para as ruas, trazendo novos questionamentos, discussões e novas percepções sobre os sujeitos ditos “loucos” que passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direito. Essa Lei previa a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e critica o modelo hospitalocêntrico (FIGUEIREDO; DELEVANTI; TAVARES, 2014).

A Lei 10.216, como Lei Paulo Delgado foi sancionada em 2001. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo (MOURA, 2011). A Lei Federal 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, oferecendo tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ao final do ano de 2001, em Brasília, é convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dispositivo fundamental de participação e controle social.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial foi realizada em 2010, tendo como tema central “A Política de Saúde Mental como direito: pela defesa do cuidado em liberdade (MS,2010).

Os anos 2000 inauguraram a Política Nacional de Saúde Mental, estabelecendo estratégias e diretrizes para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento

e cuidados específicos em Saúde Mental. De acordo com o Ministério da Saúde (2019), dentro das diretrizes do SUS, propõe-se a implantação de uma Rede de Serviços aos usuários que seja plural, com diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas e graves. As mudanças propostas para a Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT nº 32/2017 e Portaria nº 3.588/2017) colocam em risco o que foi conquistado com a Reforma Psiquiátrica. Pode-se afirmar que as políticas públicas de saúde mental estão numa encruzilhada histórica, onde seus quase quarenta anos de construção estão sobre forte ameaça com o retorno da indústria de leitos, baseada na mercantilização do sofrimento e terapias com aparelhos de eletrochoque – Eletroconvulsoterapia (ECT) (CABRAL; DAROSCI, 2019).

O que se coloca em risco é trazer novamente a internação para o centro da assistência à saúde mental. Para Siqueira, 2019, o ideal é que a RAPS e os seus dispositivos, sejam mais bem financiados e ampliados, para não haver a necessidade de recorrer aos leitos psiquiátricos. O fantasma do retorno dos hospícios é só a ponta do iceberg de toda uma cultura manicomial que ainda resiste na sociedade brasileira.

O atendimento prestado nas portas de emergência, ainda reporta ao modelo manicomial. Neste sentido, no que tange ao SAMU 192, a capacitação das equipes ainda está baseada no modelo biomédico e o atendimento as vítimas em protocolos pré-estabelecidos, necessitando de aprimoramentos teóricos e práticos para embasar um atendimento de maior qualidade (ALMEIDA *et al.*, 2014).

A capacitação profissional dentro da Enfermagem está associada à Educação Permanente. E ela é tida como uma ferramenta para a obtenção de melhorias relacionadas à assistência, que deve permear toda e qualquer ação da equipe de enfermagem. Além disso, os seus conteúdos devem considerar os avanços teóricos e científicos associados à área de conhecimento, a realidade, o cotidiano do trabalho, as necessidades do usuário, o profissional, o setor e a instituição de trabalho, entre outros tantos fatores (MARCONDES, *et al.*, 2015).

A educação permanente em saúde auxilia na produção de mudança em um indivíduo, melhora sua capacidade de desempenho, envolvendo mudanças de práticas e a incorporar novas habilidades. O indivíduo aprimora o que conhece, adequando a forma e as atitudes ao desenvolver seu trabalho, assim como a interação com a equipe e as vítimas (BUENO *et al.*, 2011). A EPS é uma abordagem mais ampla que não visa somente ao técnico científico, mas ao ser humano inter-relacionado ao seu trabalho, capaz de analisar, avaliar, como realiza e, mediante essa análise, produzir melhorias e qualificar o seu fazer através do trabalho.

A EPS é de grande relevância para a prestação de um atendimento pré-hospitalar de qualidade. As capacitações se tornam necessárias a partir de problemas que surgem no dia a dia

e que necessitam de soluções que auxiliem na prestação de um serviço excelência. A EPS cria espaços de reflexão para que os profissionais possam procurar novas estratégias de intervenção e caminhos para a superação de dificuldades individuais e coletivas no trabalho (CASTRO, 2011, [s.p.]). Para tanto, o profissional necessita de instrumentos para o desenvolvimento da prática, buscando neste contexto o aprendizado.

A educação permanente apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a qualificação dos processos de trabalho no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

De acordo com Guimarães *et al.*, (2010, [s.p.]), “a educação permanente é a concretização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, partindo sempre da realidade em que os sujeitos envolvidos estão inseridos”. No que se refere ao trabalho como espaço de aprendizagem Merhy (2015, p.11) salienta que o mundo do trabalho se revela como escola permanente no cotidiano das práticas produzidas pelos trabalhadores, ou seja, o trabalho como fonte de aprendizagem.

O Ministério da Saúde (2002), ao se referir sobre a qualidade ou qualificação dos profissionais que atuam nas urgências e emergências, aponta para a existência de fragmentação na formação dos profissionais que atuam nas urgências e emergências, sobretudo no pré-hospitalar móvel. Nesse contexto é formalizada a importância da implantação do Núcleo de Educação em Urgência (NEU) (Ministério da Saúde, 2002).

Ciconet *et al.*, (2008), relatam que um dos pontos significativos das diretrizes de atenção às urgências diz respeito à criação do NEU e chama a atenção para a insuficiência da formação dos profissionais que atuam nas urgências.

Machado *et al.*, (2011, p. 520) evidencia que no Brasil o SAMU, favorece a organização de redes de atenção à saúde, mas apontam problemas na implantação no que se refere a capacitação profissional e práticas de atenção. No que concerne às questões educativas a EPs pode contribuir para o processo de formação no serviço.

7 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico que buscou desenvolver um plano de qualificação das equipes do serviço móvel de urgência voltado para o manejo pré-hospitalar das urgências e emergências em saúde mental, para atingir este objetivo, foi realizada inicialmente uma revisão integrativa da literatura. Os estudos metodológicos são aqueles que buscam elaborar novos instrumentos ou ferramentas, estruturando a utilização da tecnologia (leve, duro ou leve-duro) visando auxiliar na prática assistencial em enfermagem em diferentes tipos de contexto (GALVÃO et al., 2022)

O método da revisão integrativa tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Uma revisão integrativa é um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular (BROOME, 2006). Esse método objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. Esse método de pesquisa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados em pesquisas anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; BENEFIELD, 2003; POLIT; BECK, 2006).

No presente estudo, a revisão integrativa da literatura foi escolhida por possibilitar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado. De acordo com Ferreira (2002), neste tipo de pesquisa o objetivo é conhecer o que tem sido produzido em âmbito acadêmico sobre um tema específico e discutir essa produção, considerando o tempo, o lugar e o contexto. A questão norteadora deste estudo foi: Quais os conteúdos que podem ser abordados em um plano de educação permanente em serviço voltado para aprimorar a qualidade do atendimento pré-hospitalar móvel direcionado a pessoas em sofrimento psíquico?

Os critérios de inclusão foram artigos que abordassem o atendimento do serviço móvel de urgência a pessoa em sofrimento psíquico, editados em língua portuguesa, em espanhol e inglês publicados nos últimos dez anos. Como critérios de exclusão foram utilizados capítulos de livros, dissertações, teses, editoriais, textos não científicos e aqueles artigos cujo texto completo não estivesse disponível online.

Após a leitura dos títulos dos materiais localizados, foram descartados os duplicados, os que não se tratava de artigos, os artigos que tinham somente resumos publicados, aqueles em idiomas diferentes do inglês, português e espanhol. A amostra final deu-se a partir da leitura dos resumos para verificar se, de alguma forma, poderiam auxiliar a responder à pergunta PICO

norteadora elaborada. Partindo dessa premissa, foram selecionados e analisados todos os artigos que atenderam aos critérios de inclusão.

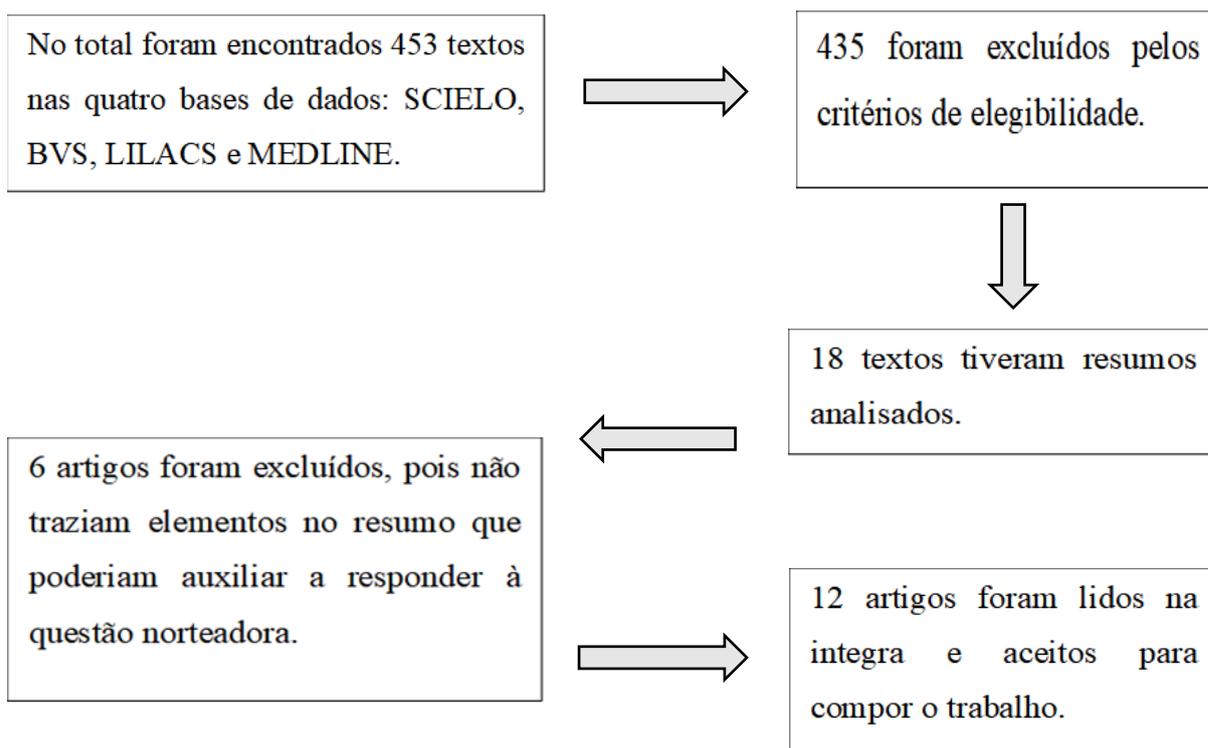
Na busca foram localizados 453 textos, nas bases de dados, tratando sobre emergências psíquicas atendidas pelo SAMU. Aplicado os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos foram elencados 12 artigos para comporem o presente trabalho. Ficou evidente que as publicações ainda são escassas e necessitam ser ampliadas, visando qualificar o trabalho desenvolvido pelos profissionais do SAMU que realizam o APH.

Na sequência os artigos selecionados, conforme critérios de inclusão, foram utilizados como base para elaboração de conteúdos que necessitam ser abordados em uma capacitação de curta duração, em saúde mental, para os profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. O objetivo da capacitação é instrumentalizar os profissionais para o atendimento das urgências e emergências psíquicas. Visto a dificuldade que as equipes encontram no manejo da crise em saúde mental. A crise psíquica é uma situação de alta complexidade e de difícil entendimento. Ela envolve o indivíduo, equipe de saúde e familiares. Todos estes fatores podem influenciar na abordagem da crise, ficando claro que são necessários capacitações mais amplas e não só aquelas previstas na Portaria nº 2.048.

8 ANÁLISE DE RESULTADOS

Na busca inicial foram encontrados 453 textos nas quatro bases de dados. Destes 435 foram excluídos após aplicar os filtros de elegibilidade, 18 textos tiveram títulos e resumos analisados, 6 foram excluídos pois o conteúdo dos resumos não trazia elementos para auxiliar a responder à pergunta norteadora, ao final, 12 artigos foram elegidos para o trabalho e lidos na íntegra, conforme representado na figura 1.

Figura 1 – Etapas do processo de seleção dos textos.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 1 – Relação de artigos selecionados para o estudo

| Título | Autores | Objetivos | Ano |
|--|--|---|------------|
| 1. Serviço de Atendimento móvel de urgência e as emergências Psiquiátricas. | Diego Bonfada, Jacileide Guimarães. | Analisar a articulação entre os princípios e diretrizes da Política Nacional às Urgências que norteiam o serviço do SAMU. | 2012 |
| 2. Atendimento pré-hospitalar às urgências psiquiátricas por uso de substâncias psicoativas. | Lívia Karla Sales Dias; Michelle Alves Vasconcelos; Ana Karina Barbosa Vasconcelos; Késia Marques Moraes. | analisar a percepção de uma equipe multidisciplinar quanto aos atendimentos de urgência psiquiátricas realizados pelo SAMU 192 em Sobral-Ceará. | 2013 |
| 3. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no SAMU. | Lívia Barrinuevo El Hetti; Andrea Bernardes; Carmen Silva Gabriel; Cinira Magali Fortuna; Vanessa Gomes Maziero. | Analisar a EPS como uma proposta de transformação profissional ao capacitar os profissionais em seu ambiente de trabalho. | 2013 |
| 4. Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas. | Lucidio Clebson de Oliveira; Richardson Augusto Rosendo da Silva. | Identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao usuário em sofrimento psiquiátrico no SAMU. | 2017 |
| 5. Atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo serviço pré-hospitalar móvel de urgência. | VELOSO, C; MONTEIRO, L.S.S; VELOSO, L. U. P; MOREIRA, I. C.C. C; MONTEIRO, C. F. S. | Analisar os atendimentos de natureza psiquiátrica, realizados pelo serviço pré-hospitalar móvel de urgência. | 2018 |

| | | | |
|--|---|--|------|
| 6. Dificuldades no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência. | Lucídio Clebeson de Oliveira; Richardson Augusto Rosendo da Silva; Francisca Patrícia Barreto de Carvalho; Francisco Rafael Ribeiro Soares; Kamilla Miranda Nascimento de Sousa; Lorrainy da Cruz Solano. | Identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao usuário em sofrimento psíquico atendido pelo SAMU. | 2018 |
| 7.urgências e emergências em saúde mental: a experiencia do núcleo de saúde mental do SAMU/ DF. | Gustavo Carvalho de Oliveira; Renata de Almeida Cavalcante; Samita Batista Vieira Vaz; Brenda Karla de Oliveira; Rafael Vinhal da Costa; Olga Messias Alves de Oliveira. | Garantir um atendimento de qualidade a pessoas em sofrimento psíquico através do núcleo de saúde mental do SAMU/DF. | 2018 |
| 8. Segurança do paciente com transtorno mental: elaboração de tecnologias gerenciais para a gestão de riscos. | Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil; Eliane de Fátima Almeida Lima; Karla Crozeta Figueiredo; Flávia Batista Portugal; Ana Inês Sousa; Cândida Caniçali Primo. | Descrever a elaboração de tecnologias para a gestão de riscos na segurança do paciente com transtorno mental. | 2018 |
| | Bruno Bezerra do Nascimento; Dayane Fernanda Pereira | Reconhecer os obstáculos descritos no acervo literário sobre o atendimento nas | 2019 |

| | | | |
|---|--|--|------|
| 9. Dificuldades no atendimento às situações de urgências e emergências psiquiátricas. | Nunes; Talita Araújo de Souza; Francisca Dayane dos Santos Medeiros; Kamila Nethielly Souza Leite; Juliane de Oliveira Costa. | situações de urgências e emergências psiquiátricas. | |
| 10. Percepção de profissionais do atendimento pré-hospitalar na assistência à urgência e emergência (crise) em psiquiatria. | Tatiane dos Santos Souza Ramos; Matheus Almeida Ramalho; Tatiele dos Santos Souza; Cynthia Moraes Medeiros; Hellen Cristina Sthal; Giulena Rosa Leite. | Identificar as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional sobre as percepções de profissionais do atendimento pré-hospitalar em relação ao atendimento de urgência e emergência (Crise) em psiquiatria, | 2021 |
| 11. Serviço de emergência psiquiátrica no Distrito Federal: interdisciplinaridade, pioneirismo e inovação. | Daniela Martins Machado; Ingrid de Sousa Veras; Luan Henrique Ferreira Cavalcante Frausino; Jhenneffer Lorrainy da Silva. | Debater o atendimento a pessoas em crises psíquicas realizado pela equipe do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. | 2021 |
| 12. Serviço de atendimento móvel de urgência frente às urgências e emergências psiquiátricas. | Mariana Silva de Souza; Sabrina Beatriz Mendes Nery; Aldelene Ferreira Ribeiro; Francisca Kelly Macedo Cardoso; Natalia Rodrigues da Silva; Vitória Pires Alencar; Ítalo dos Santos; | Buscar evidências científicas sobre a assistência prestada pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) frente às urgências e emergências psiquiátricas. | 2022 |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Jeennifer Martins Pereira; Louelyn Damasceno Assunção Araújo; Mariana Sampaio Aguiar; Iseneide Gonçalves Araújo; Maria Vitória do Nascimento Santos; Ricardo de Carvalho Freitas; Camila S. Aguiar; Renata P. Silva. | | |
|--|---|--|--|

Fonte: Elaborado pela autora.

Em resposta à pergunta PICO norteadora verificou-se que uma das maiores dificuldades no atendimento ao sofrimento psíquico é a falta de treinamento e conhecimento deficiente das equipes para desenvolver o serviço. As equipes sentem-se despreparadas e relatam a necessidade de uma capacitação mais aprofundada sobre a temática e sobre o manejo de casos em urgências de saúde mental. A falta de instrumentalização para realizar o atendimento em urgência psiquiátrica, o medo, insegurança e lacunas no conhecimento técnico reportam as equipes ao modelo biomédico (Silva *et al.*, 2020; Almeida *et al.*, 2014). A ideia do serviço de atendimento pré-hospitalar como de intervenção rápida e pontual também dificulta a apropriação das equipes para uma ação ampliada (Almeida *et al.*, 2014).

Mediante dados obtidos o plano de qualificação/capacitação em atendimento ao sofrimento psíquico, realizados pelo SAMU, é importante pois possibilita aos profissionais proporcionarem um atendimento mais humanizado e qualificado. O plano de educação profissional proposto pela autora nesse estudo, está baseado em encontros semanais de uma hora ao longo de três meses. Esse plano posteriormente será desenvolvido em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS.

A capacitação tem como objetivo o aperfeiçoamento e qualificação do trabalho prestado pelas equipes de suporte básico e avançado do SAMU 192 frente ao atendimento ao paciente em sofrimento psíquico e seus familiares. Espera-se ainda poder (re)pensar sobre os estigmas a respeito da doença mental e sobre o atendimento humanizado neste contexto.

Recomenda-se que a presente proposta seja realizada em modelo presencial com duração de três meses. E que as aulas sejam ministradas semanalmente e tenham a duração de 60 minutos, com 10 minutos previstos para um intervalo.

Os blocos teóricos estão divididos em 11 encontros sendo um por semana, abordaram temas do cotidiano dos atendimentos em saúde mental realizados pelas equipes.

Os temas que compõem essa capacitação serão os seguintes:

1º encontro: Conceito de doença mental, reforma psiquiátrica, luta antimanicomial e serviços substitutivos ao modelo antimanicomial.

Nesse encontro será utilizado metodologias ativas e trabalho em grupo.

A turma será dividida em dois grupos com camisetas de cores diferentes e serão disponibilizados materiais para confecção dos trabalhos.

2º encontro: RAPS e sua atuação.

Neste encontro será ofertado cartelas para cada um dos componentes dos dois grupos para um brainstorm sobre o que é a RAPS.

3º encontro: RUE e sua inserção com a RAPS.

Neste encontro será proposta uma oficina para confecção de uma maquete da RUE e outra da RAPS. Cada grupo será responsável por uma das redes e ao final do trabalho deverão discorrer onde ocorre a inserção entre as duas redes.

4º encontro: Relatos de experiências de atendimento em saúde mental em uma roda de conversa, a fim de levantar dificuldades e potencialidades.

Será proposto, no início do encontro, um alongamento de alguns poucos minutos e após o grupo se reunirá em um círculo no centro da sala de aula. O professor será o mediador do grupo e todos serão convidados a relatarem suas experiências exitosas ou não em atendimentos em saúde mental.

5º encontro: Dificuldades das equipes frente ao paciente em sofrimento psíquico e seus familiares.

Serão ofertadas cartelas a cada componente dos dois grupos formados no primeiro encontro para elencarem as maiores dificuldades enfrentadas pelas equipes no manejo do paciente em sofrimento psíquico e seus familiares. Com esse material será formada uma árvore de problemas e suas possíveis soluções.

6º encontro: Vulnerabilidade social e o sofrimento psíquico.

Será convidado um profissional da assistência social para falar sobre as vulnerabilidades sociais e sua correlação com o sofrimento psíquico.

7º encontro: Política nacional de humanização em saúde e a abordagem ao paciente em sofrimento psíquico pela RUE.

Nesse encontro será convidado o coordenador da RUE e da RAPS do município para discorrer sobre o assunto.

8º encontro: A escuta como ferramenta no atendimento humanizado.

Será convidado nesse encontro um psicólogo da RAPS para falar sobre o assunto.

9º encontro: Contenções são realmente necessárias no atendimento às emergências psíquicas? Como fazê-las quando essa intervenção for necessária.

Uma enfermeira será convidada para falar sobre a forma correta de usar as contenções mecânicas e os cuidados que devem ter quando usá-las. Também será convidado um profissional do direito para falar sobre as responsabilidades legais da instituição e das equipes no uso de contenções.

10º encontro: Discussão de casos em saúde mental atendidos pelo SAMU e propostas de novas possibilidades a partir dos conteúdos vistos na capacitação.

O grande grupo vai ser convidado a falar sobre os casos de sofrimento psíquico atendidos pelo SAMU e elencar propostas de novas maneiras de trabalho, a partir dos conteúdos vistos durante a capacitação.

O Responsável técnico da base do SAMU do município será convidado a participar de uma roda de conversa, nos quinze minutos finais, com o grande grupo.

11º encontro: Avaliação da capacitação pelos participantes, enfatizando pontos positivos e negativos. Acolhimento de sugestões e encerramento.

Será ofertado na ocasião um café da manhã para confraternização do grupo.

9 DISCUSSÃO

No estudo realizado por Souza, Cortes e Pinho (2018), foi observado falhas no atendimento aos pacientes com transtornos mentais. Na maioria das vezes os profissionais prestavam uma assistência desumana, onde era priorizado apenas a sedação e o encaminhamento para unidade hospitalar.

Ramos *et al.*, (2021), aborda sobre a necessidade de uma equipe treinada e qualificada, pois as emergências psiquiátricas possuem caráter complexo. Observou que a insegurança, o medo e a falta de conhecimento sobre o tema contribuíram para que os profissionais utilizassem contenções físicas e químicas de forma desnecessária. Dessa forma ficou evidente a visão preconceituosa existente nos atendimentos as emergências psíquicas, assim como o despreparo por parte das equipes.

Segundo Oliveira *et al.*, (2020), os profissionais do SAMU ofertam um cuidado mecanizado quando se trata da assistência ao paciente em sofrimento psíquico, também citando a contenção física e química como as principais estratégias utilizadas. Outro ponto abordado foi a necessidade de educação permanente pois a abordagem a esses pacientes é complexa sendo evidente a necessidade de treinamento e um olhar humanizado por parte dos profissionais.

Nesta lógica, o SAMU tem um papel primordial durante o atendimento a estes pacientes, o que exige dos profissionais um maior conhecimento acerca deste assunto. O atendimento aos pacientes em situações de urgência e emergência psíquica vem ganhando ênfase. O aumento no número de casos e a insegurança por parte dos profissionais mostra que esse tipo de assistência ainda é um desafio no atendimento pré-hospitalar.

Santos *et al.*, (2014) retratam a falta de treinamento como um dos fatores que mais dificultam na assistência aos pacientes em sofrimento psíquico, enfatizando que esse despreparo já é existente na graduação. Esse fato contribui para a insegurança desses profissionais durante os atendimentos, ratificando a importância da educação permanente em saúde mental.

Ramos *et al.*, (2021), também citam a ausência de treinamentos e capacitação das equipes como um dos pontos que dificultam o atendimento no sofrimento psíquico. O medo e a insegurança persistem entre os profissionais pois sentem-se despreparados para realizar esse tipo de assistência. A necessidade de o APH ser realizado de forma rápida dificulta a prestação de um atendimento integral. Apesar dos avanços na assistência à saúde mental, ainda existe uma grande dificuldade por parte dos profissionais atuantes no SAMU, o que acaba complexificando a prestação de uma assistência qualificada. Um dos maiores obstáculos a

prestação de um cuidado integral é o desconhecimento sobre o assunto e o desinteresse dos profissionais sobre o assunto. O medo e o estigma de que todos os pacientes em sofrimento psíquico são perigosos é um dos fatores que mais prejudica na qualidade da assistência prestada.

Em um estudo realizado no SAMU de Aracaju, Jardim (2008) evidenciou que, em alguns casos, o serviço se recusa a atender ocorrências psíquicas e quando o faz se utiliza de meios de contenção como uma rotina. Um profissional despreparado pode tomar atitudes inapropriadas com base na emoção da situação, no seu próprio medo e nos seus preconceitos relacionados ao sujeito em sofrimento psíquico. A presença de profissionais com pouca qualificação e preparo na área da saúde mental pode levar ao abuso na utilização de drogas psicotrópicas, podendo levar a impregnação tóxica e prejuízos à saúde mental e clínica dos sujeitos.

Agir violentamente durante a crise enfatiza que o medo da loucura é o que está ditando o norte do atendimento prestado. É importante destacar que a pessoa em sofrimento psíquico não é perigosa. Mas em uma situação de crise poderá agir de forma inesperada, agressiva ou perigosa, como qualquer indivíduo em uma situação crítica, por isso a assistência nesses casos necessita contar com cuidados especiais prestados por profissionais com treinamento e conhecimento adequados (Campos; Teixeira, 2001).

As ocorrências de natureza psíquica exigem profissionais aptos a atuarem em situações de crise, mediante postura ativa, convincente e de apoio ao paciente e seu familiar (Ikuta *et al.*, 2016). Tais situações, principalmente quando envolvem agitação e agressividade, necessitam maior tempo e habilidade profissional para realização de uma abordagem adequada. A atuação dos profissionais de enfermagem em emergências psíquicas evidencia que o cuidado ocorre de maneira fragmentada e que os profissionais carecem de conhecimento, confiança e habilidades de interação (Ikuta *et al.*, 2016). Dessa forma, estudos australianos apontam a necessidade da melhoria do ensino em saúde mental nos níveis de graduação e pós-graduação em enfermagem, bem como o desenvolvimento de formação continuada no âmbito dos serviços (Weiland *et al.*, 2017; Dimestein *et al.*, 2016).

Brito *et al.*, (2013), perceberam que apesar dos avanços na assistência à saúde mental, ainda persiste uma grande dificuldade dos profissionais que atuam no SAMU, em prestar uma assistência de qualidade. E isso, pode estar relacionado com as características e, comportamentos que os pacientes apresentam em situações nas emergências psíquicas. Essa dificuldade pode estar relacionada com o estigma da periculosidade, o desconhecimento sobre o assunto ou o desinteresse dos profissionais.

Conforme Bonfada *et al.*, (2013), diante da fragilidade dos serviços estratégicos para a atenção à saúde mental e psíquica, os familiares dos pacientes em sofrimento psíquico veem no atendimento prestado pelo SAMU uma possibilidade de atenção e encaminhamento nos momentos de crise. A internação acontece muitas vezes pela incapacidade de o familiar conviver com o doente mental, diante da singularidade que o indivíduo em sofrimento psíquico apresenta.

Segundo Oliveira e Silva (2017), a concepção do SAMU como um serviço de intervenção rápida impossibilitaria uma ação ampliada das equipes à subjetividade que os pacientes apresentam. As ações são direcionadas para estratégias preestabelecidas, sistematizadas e protocoladas, dificultando assim ações subjetivas por parte das equipes.

Para Almeida *et al.*, (2015), o SAMU ratifica a crise no modelo da psiquiatria tradicional, entendendo-a como uma exacerbação sintomatológica e o risco que estes pacientes podem oferecer e que necessita controle e solução imediata. Enfatizam que para ocorrer uma mudança significativa nas práticas, torna-se necessário superar o modelo da psiquiatria tradicional, discutir o conceito da loucura na sociedade e, repensar o modo das práticas assistenciais, a partir do paradigma da atenção psicossocial e dos princípios do SUS.

Ramos *et al.*, (2021), abordam a necessidade de uma equipe treinada, pois as emergências psíquicas possuem um caráter complexo, sendo necessário que os profissionais atuantes nessa área sejam habilitados. O estigma é resultado do medo, insegurança e falta de conhecimento do manejo do paciente em crise.

Segundo Oliveira *et al.*, (2020), os profissionais atuantes no SAMU ofertam um cuidado mecanizado na assistência ao paciente em sofrimento psíquico, citando ainda que a contenção física e química é uma das principais estratégias utilizadas, tornando-se um assunto preocupante por não condizer com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Outro ponto abordado refere-se à necessidade da educação permanente, tendo em vista que essa assistência exige um estudo mais aprofundado, assim como treinamento e um olhar humanizado por parte dos profissionais.

Ribeiro *et al.*, (2019), mencionam que o SAMU tem um papel primordial durante o atendimento a estes pacientes, o que exige dos profissionais um maior conhecimento acerca deste assunto, para que durante a assistência seja priorizado o cuidado integral, como o proposto pela RAPS, que preza pelo cuidado humanizado.

Corroborando com o estudo realizado por Oliveira *et al.*, 2020, Santos *et al.*, (2014) retratam a falta de treinamento como um dos fatores que mais dificultam a o cuidado ao paciente em sofrimento psíquico, citando também o despreparo ainda durante a graduação. Os

profissionais participantes desse estudo, afirmaram se sentirem despreparados, citando a necessidade de treinamentos para que saibam lidar em situações como essas, ratificando a importância da educação permanente em saúde mental.

Ramos *et al.*, (2021), também citam a ausência de treinamentos e conhecimento da equipe como os principais pontos que dificultam o atendimento em crise psíquica. Outro ponto a ser mencionado é a necessidade de o APH ser realizado de forma rápida e pontual. Além disso, também relacionam as crises psíquicas com o uso de substâncias psicoativas, sendo necessário a intervenção por parte da segurança pública, devido à falta de preparo por parte da equipe de saúde.

Em resposta à pergunta PICO norteadora: “Quais os conteúdos que podem ser abordados em um plano de educação permanente em serviço voltado para aprimorar a qualidade do atendimento pré-hospitalar móvel direcionado a pessoas em sofrimento psíquico?” verificou-se que uma das maiores dificuldades no atendimento ao sofrimento psíquico é a falta de treinamento, a necessidade de agir de forma célere e o conhecimento deficiente das equipes para desenvolver o serviço de forma humanizada, denotando, muitas vezes, uma visão preconceituosa sobre a doença mental. As equipes sentem-se despreparadas e relatam a necessidade de capacitação mais aprofundada sobre a temática e sobre o manejo de casos em urgências de saúde mental. A falta de instrumentalização para realizar o atendimento em urgência psiquiátrica, o medo, insegurança e lacunas no conhecimento técnico reportam as equipes ao modelo biomédico (Silva *et al.*, 2020; Almeida *et al.*, 2014). A ideia do serviço de atendimento pré-hospitalar como intervenção rápida e pontual também dificulta a apropriação das equipes de uma ação ampliada (Almeida *et al.*, 2014).

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental e o atendimento humanizados das vítimas em sofrimento psíquico vêm sendo discutido abertamente nos últimos anos. Sabe-se que temos muito a debater para avançar e implementar um cuidado de maior qualidade a estes usuários. As redes substitutivas não têm dado conta da demanda que tem aumentado vertiginosamente nos últimos anos e que elas estão distribuídas nos Estados de forma desigual. Estes pacientes têm acessado com mais frequência as portas de emergência, pois necessitam de um cuidado integral que não está sendo ofertado de forma igualitária e a RAPS trabalha em uma lógica diferente da RUE.

O SAMU é um importante componente das duas redes de atenção à saúde, mas sua atenção baseia-se em protocolos pré-estabelecidos. Nesta lógica observa-se que o SAMU tem realizado os seus atendimentos no modelo biomédico e hospitalocêntrico. Nos atendimentos às vítimas em sofrimento psíquico, as equipes percebem uma lacuna de conhecimento técnico sobre o manejo desses pacientes, causando estresse, medo e o uso de força desnecessária muitas vezes. Aliado a este fato e ao grande número de atendimento a vítimas por uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas, tornou-se necessário o apoio de forças de segurança pública atuando conjuntamente nos atendimentos. Essa lógica é considerada coerciva e reporta ao modelo manicomial, mas há relatos de equipes agredidas e, recentemente, o óbito de uma servidora aconteceu durante o atendimento a uma vítima em sofrimento psíquico.

Os estudos abordando os atendimentos realizados pelo SAMU a vítimas em sofrimento psíquico são escassos ainda. Analisando os textos elencados para compor o presente estudo, notou-se que a assistência prestada pelo atendimento pré-hospitalar às urgências e emergências psiquiátricas é falho, o cuidado prestado é mecanizado, destacando-se as contenções físicas e mecânica como as medidas mais utilizadas pelos profissionais. Observa-se a necessidade de intervir não apenas no âmbito do trabalho, mas ao longo de toda a formação desses profissionais, implementando uma educação continuada sobre esta temática. O produto deste estudo, torna-se importante na medida em que poderá permitir aos profissionais, atuantes no SAMU, ter um espaço para (re)pensar conhecimentos e estigmas a respeito da doença mental e para debater sobre seus medos e dúvidas.

Mediante os dados obtidos, o plano elaborado, envolvendo uma proposta de uma capacitação profissional voltada ao serviço móvel de urgência em atendimento ao sofrimento psíquico, realizado pelo SAMU, é de grande relevância, pois poderá possibilitar aos profissionais realizarem um atendimento mais humanizado e qualificado. O plano de

qualificação/capacitação elaborado pela autora nesse estudo, envolve um planejamento em educação continuada em serviço com 11 encontros de uma hora de duração, distribuídos ao longo de três meses. Os encontros serão presenciais sendo realizado uma vez por semana.

Desta forma, espera-se ter evidenciado a necessidade de um espaço para (re)pensar conhecimentos e estigmas a respeito da doença mental e para debater sobre medos e dúvidas frente ao atendimento nas urgências em saúde mental. Observa-se ainda a necessidade de intervir não apenas no âmbito do trabalho, mas ao longo de toda a formação desses profissionais, implementando uma educação continuada sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

ABOUMATAR, Hanan; BICKEY, Chang; DANA, Jad Al; SHAER, Mohammad; NAMUYINGA, Ruth; ELUMALAI, Sathyanarayanan; MARTELLER, Jill a.; PRONOVOST, Peter J. Práticas promissoras para alcançar cuidados hospitalares centrados no paciente: um estudo nacional de hospitais americanos de alto desempenho. **National Library of Medicine**, v. 53, n. 9, p. 758-767, 2017. DOI: 10.1097\MLR.0000000000000396

ALMEIDA, Alexsandro Barreto.; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; RODRIGUES, Jeferson; SCHWEITZER, Gabriela. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 5, p.708-714, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500708&script=sci_abstract. Acesso em: 10 mar. 2023.

ALMEIDA, Alexsandro Barreto; NASCIMENTO, Eliane Regina do; RODRIGUES, Jeferson; ZEFERINO, Maria Terezinha; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; VIEIRA, Patrícia Madalena. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 4, p.1035-1043, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/phpscript=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401035. Acesso em: 19 mar. 2023.

AMARANTE, Pablo. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, Pablo. **Loucos pela vida**. A trajetória pela reforma psiquiátrica no Brasil. 2º.ed. Rio de Janeiro: fiocruz,2010.

AMARANTE, Pablo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p.26-34, 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/arc-26183>. Acesso em: 09 abr. 2023.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Ed. USP\Lemos, 1994.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Ed. Zahar, 1989.

BENEFIELD, Lazelle E. Implementing evidence-based practice in home care. **Home Health care nurse**, Baltimore, v.21, n.12, p.804-811, 2003. Avaiable from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14665967/>.

BIRMAN, Joel. **A Psiquiatria como Discurso de Moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.60. Elaboração, distribuição e informações: ministério da saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação de Saúde Mental Esplanada dos Ministérios. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/Relatorio_15_anos_Caracas.pdf.

BRITO, Andriara Araújo Cunegundes de; BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis: Revista de saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01293.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2022.

BRITO, M; RAMOS, M. A; ARRUDA, V; DIAS, A; SILVA, G. B. Percepção da Equipe Multiprofissional do SAMU Frente as Emergências Psiquiátricas. **Revista Piauiense de Saúde**, v. 2, n.1, p. 1-11, 2013. Disponível em: <https://www.revistasps.com.br/index.phy/rps/article/view/11/22>

BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide; MIRANDA de, Francisco Arnoldo Nunes; BRITO, Andriara Araújo Cunegundes. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Conhecimento dos Profissionais de Saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Escola Ana Nery**, v. 17, n. 2, p. 227 – 233, 2013. Doi: 10.1590/S1414-81452013000200004 {links}

CABRAL, Sheulla Beatriz; DAROSCI, Manuela. **A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019)**. In: Anais do III Seminário Nacional Serviço Social, Trabalho e Política Social. 2019. ISBN: 978-65-80460-61-8 Disponível em: www.atencaopsicossocia.paginas.ufsc.br

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1982.

CAMPOS, Claudinei J. Gomes; TEIXEIRA, Marina Borges. O atendimento do doente mental em pronto socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 35, n. 2, p.141-149, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pnp?script=sci_arttex&pid=S0080-6234200100020000&Ingpt&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2023.

CARVALHO, Marissol Bastos de. **Psiquiatria para a Enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2012.

CASTRO, Shamyry Sulyvan; LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti;

CESAR, Chester Luiz Galvão. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 1-7, 2011. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048>. Acesso em: 27 jun. 2023.

CICONET, Rosane Mortari; MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre - RS. **Interface (Botucatu)**, v. 12 n. 26, p.659-666, 2008. Disponível em: <https://www.Educação em serviço para profissionais de>

saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS scielo.br/j/icse/a/xH9kgRmyHMmPCRwcdMds5x/abstract/?lang=em. Acesso em: 19 mai. 2022.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n.427, de 7 de maio de 2012. **Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego da contenção mecânica de pacientes**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p.175-176, 10 maio 2012.

4ª Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, 210p.

5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Resolução CNS nº 652, de 14 de dezembro de 2020.

COREN, DF. **Boas Práticas de Segurança do Paciente nos diferentes cenários de saúde**. BRASÍLIA, 2020. Disponível em: www.coren.df.gov.br. Acesso em: 06 jun. 2023.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond. 2007.

CUNHA, Jorge Luiz da Silva. Reflexão Teórica a Cerca da Loucura ao Longo da História e a Assistência de Enfermagem. **Temas em Saúde**, (ed esp), p. 338-347, 2019. Disponível em: www.temasensaude.com. Acesso em: 18 jan. 2023.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2ª reimpressão: 2008.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Manuel Desviat: tradução de Vera Ribeiro. 2. ed. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DIMESTEIN, Magda Diniz Bezerra ; GRUSKA, Viktor; LEITE, Jader Ferreira. Psychiatric crisis management in the emergency care hospital network. **Paidéia**, v. 25, n. 60, p. 95 -103, 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So103-863x2015000100095

FERREIRA, Teresa Helena Schoen; SILVA, Dalva Alves; FARIAS, Maria Aznar; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. **Psicol. Estud**, v.7, n. 2, 2002. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1413-73722002000200009>. Acesso em: 19 jun. 2023.

FIGUEREDO, Rogério Carvalho; CELESTINO, Kênia Alessandra de Araújo; MORAES, Camilla Rhuana; FIGUEIREDO, Ivania Inácia dos Santos. Desafios e Perspectivas na Educação Permanente em Saúde Desenvolvida na atenção Primária: Uma Revisão Bibliográfica. **Rev. Científica do ITPAC**, v. 7, n.4, p. 1-7, 2014. Disponível em: www.assets.unitpac.com.br/arquivos/revista/74/artigo8.pdf. Acesso em: 22 jul. 2023.

FIGUEIREDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVANTI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: História da loucura e a reforma psiquiátrica no

Brasil. **Caderno De Graduação- ciências Humanas E Sociais - UNIT**, v. 2, n. 2, p.121-136, 2014. Recuperado de: <http://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797>. Acesso em: 10 mar. 2022.

FLECK, Ludowik. **Gênese e o desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte, 2010.

FOCAULT, M. **Os anormais: curso no Collège de France (1974 – 1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FREUD, Sigmund. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

GAINES, Atwood. “**From DSM-I to III – R; Voices of self, mastery and the Other: a cultural constructivist Reading of US. Psychiatric classification.**” In: *Social Science and Medicine*, vol.35, nº1, 1992, p.3-24.

GALLEGO, Blanca; WESTBROOK, Mary; DUNN, Adam G; BRAITHWAITE, Jeffrey. Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. **International Journal for Quality in Health Care, oxford**, v. 24, n. 4, p.311-320, 2012. Doi: 10.1093/intqhc/mzs028. Acesso em: 6 fev. 2022.

GALVÃO, Paulo César da Costa; VASCONCELOS, Camila Brito de, AMORIM, Cíntia Raquel Ferreira de, LIMA, Ricardo Oliveira da Cunha; FIORENTINO, Giovanna. “Caracterização dos estudos metodológicos em enfermagem: Revisão Integrativa”, **International Journal of Development Research**, 12, (03), 54315- 54317, 2020. <https://doi.org/10.37118/ijdr.23954.03.2022>

GALENDE, Emiliano. **La Crisis del Modelo em Psiquiatria**. Buenos Aires, 1983.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Editora Perspectiva S.A: São Paulo, 1974.

GUIMARAES, Adriana Coutinho de Azevedo; SCOTTI, Aryana Vieira.; SOARES, Amanda; FERNANDES, Sabrina; MACHADO, Zenite. Percepção da qualidade de vida e finitude de adultos de meia idade e idosos praticantes e não praticantes de atividade física. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 661-670, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n4/07.pd>. Acesso em: 19 abr. 2022.

IKUTA C Y, SANTOS M A, BADAGNAN H F, DONATO ECSG, ZANETTI ACG. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em emergências psiquiátrica: **revisão integrativa**, v. 15, n. 4, p. 1034-42, 2013. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20954>

JACOBINA, Katila; DIMENSTEIN, Magda. A crise na rede: o SAMU no contexto da reforma psiquiátrica. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78, p. 79 – 80, 2008. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=406317733015>. Acesso em: 18 dez. 23.

JARDIM, K. **O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica:** em análise e experiência de Aracaju – SE. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Centro de Ciência do Homem, Letras e Artes da UFRN, Natal, 2008.

LACAN, Jacques, 1901-1981. **O seminário: livro 1: os escritos de Freud, 1953-1954**, Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques- Alain Miller; versão brasileira de Betty Milan. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor

MACHADO, Roberto. **Impressões de Michel Foucault**. 1.ed. N-1. Edições: São Paulo, 2011.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. **Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal,1978.

MARCONDES, Fernanda Laxe; TAVARES, Claudia Mara de Melo; SANTOS, Gabriela Silva dos; SILVA, Thiago Nogueira; SILVEIRA, Pâmela Gioza da. Capacitação profissional de enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev Pró-Univer SUS**, p. 9-15, 2015. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/353>. Acesso em: 12 ago. 2023.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ#ModalTutors>

MERHY, Emerson Elias. **A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: Uma Discussão do Modelo Assistencial e na Intervenção no seu modo de Trabalhar a Assistência**. 2015. Disponível em: www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc. Acesso em: 05 ago. 2023.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; CASTRO, Maria Luísa. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 4, n. 2, p.1-19, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38679>. Acesso em: 07 jan. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica n.11\2019-CGMAD\DAPES\SAS\MS. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. 2019. Disponível em: [HTTP://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf](http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf). Acesso em: 17 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria MS/GM nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de projeto de resolução **“Boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência & quot;** (internet).2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt_0354_10_3_2014.htm. Acesso em: 28 abr. 2023.

MOREIRA, Lilian Hortale de Oliveira; VENTURA, Ingrid Cunha; GOLDSTEIN, Elaine de Azevedo; BRITO, Alice Pissiali; COSTA, Leandra de Meira Guimarães. A inclusão social do doente mental: contribuição para a enfermagem psiquiátrica. **Inclusão Social**, v. 3, p. 1, p.35-42, 2008. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1618>. Acesso em: 02 ago. 2023.

MOURA, J.A. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial**. Junho, 2011. Disponível em: <http://psicologado.com.br/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-deatencao-psicossocial>. Acesso em: 15 jun. 2023.

MUNIZ, Marcela Pimenta; TAVARES, Cláudia; ABRAHÃO, Ana; SOUZA, Ândrea de. A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 13, p.61-65, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=arttext&pid=S1647-21602015000200008>. Acesso em: 3 jun. 2023.

OLIVEIRA, Lucídio Clebson de; MENEZES, Harlon França; OLIVEIRA, Richardson Lemos; LIMA, Dhyanine Morais de; FERNANDES, Sâmara Fontes; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da. Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vvQpyJz53Nk5p4LzGpwRGQN/?lang=pt&format=htm>. Acesso em: 02 jan. 2023.

OLIVEIRA, Lucídio Clebson; SILVA, Richardson Rosendo. Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, v. 25, p. 1-6, 2017. Doi: 10.12957/reuerj.2017.10726. Acesso em: 20 mai. 2023.

OLIVEIRA, Lucídio Clebson de; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da; CARVALHO, Francisca Patricia Barreto de; SOARES, Rafael Ribeiro; SOUSA, Kamilla Miranda Nascimento; SOLANO, Lorrainy da Cruz. **Dificuldades no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência**. Disponível em: www.biblioteca.cofen.gov.br. Acesso em: 22 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Revisão mundial sobre saúde mental**, Genebra, 17 de junho de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo**. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354

PENNA MM, Duarte I, Cohen C, Oliveira RA. Concepções sobre o princípio da não maleficência e suas relações com a prudência. *Ver Bioética*, 2012. 20(1). {On-line}. Disponível em www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/717

PHILIPPE, Pinel. **Cientistas Famosos**. Famous Scientists: The Art Genius. famosocientistas.org. Disponível em: www.famousscientists.org/philippe-pinel/. Acesso em: 25 mai. 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Usining research in evidence based nursing practive. In: POLIT, D. F.; BECK,C.T.(ED). **Essentials of nursing research**. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2006.

PORTARIA Nº 2.048, de 5 de novembro de 200 2. **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 20 abr. 2023.

PORTARIA Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 30 jun. 2023.

RAMOS, Tatiane dos Santos Souza et al. Percepção de profissionais do atendimento pré-hospitalar na assistência à urgência e emergência (crise) em psiquiatria. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v.10, n.11, p 275101119423-e 275101119423, 2021, Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19423>. Acesso em: 02 jan. 2023.

RIBEIRO, Diego Rislei; MESQUITA, Nilciane Amélia; NASCIMENTO, Meiry Cele Fernandes do; SOUZA, Luzia Mendes de Carvalho. Emergências psiquiátricas: uma revisão de literatura. **Revista Artigos com**, v.10, p.2145,2019. Acesso em: 09 abri. 2023. Disponível em <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/2145>. Acesso em: 02 jan. 2023.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.

SANDER, Jardel. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 382-387, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/dHKFXdqQJrBGtg4Tq6s5SKC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 mai. 2023.

SANDIGURSKI, Dora; TAVARES, José Lucimar. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. **Revista Latino- Am. Enfermagem**, v. 6. n. 2, Ribeirão Preto,1998. Acesso em: 22 mai. 2023.

SANTOS, A., NASCIMENTO, Y., LUCENA, T., RODRIGUES, P., BRÊDA, M. SANTOS, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: As urgências e Emergências Psiquiátricas. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Pernambucano**, v. 8, n. 6, p.1586-1596, 2014. Doi: 10.5205/renal.5876-50610-1-SM.0806201418 {links} Acesso em:12 mar. 2023.

SILVA, Aline Conceição; PEDROLLO, Laysa Fernanda Silva; VEDANA, Kelly Graziani Giacchero. **Dicas de uso seguro na internet**. Inspiração. Laboratório de estudos e pesquisa em prevenção e pósvenção do suicídio (LEPS), p.32-38, 2020. Available from: <https://www.inpiracao=lps.com.br/cartilhas-e-e-books/promocao-da-saude-mental-em-pandemias-e-situacoes-de-desastres/>

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2023.

SOUZA, Alana dos Santos; PINHO, Paula Hayasi; VERA, Sinara; CORTES, Helena Moraes. Estratégias de atendimento à crise psíquica por um serviço de atendimento móvel de urgência. **J.nurs health**. v. 9, n.1, p.1991, 2019. Disponível em <https://periodicosufpl.edu.br>article>download.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

SOUZA, Alana dos Santos; CORTES, Helena Moraes; PINHO, Paula Hayasi. Serviços de Atendimento Móvel de Urgência frente às emergências psiquiátricas: uma revisão narrativa. **Rev.port.enferm.saúde mental**, p.72-80, 2018. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n20/n20a.10>. Acesso em: 02 jan. 2023.

SOUZA, Adrielle Cristina; BEZERRA, Ana Lucia Queiroz; CAIXETA, Camila Cardoso; PINHO, Eurides Santos; PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; TEIXEIRA, Cristiane Chagas. Percepção dos profissionais sobre a segurança dos pacientes na atenção psicossocial. **Rev. Bras. Enferm**, 73(suppl 1), 2019. Disponível em: www.Scielo.br/reben. Acesso em: 17 jan. 2023.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção dos sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

VANTIL, Fernanda Cordeiro Sirtoli. **Gestão de Risco na Segurança do Paciente com Transtorno Mental**. 157 f. 2017. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, ES, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10\8315>. Acesso em: 10 mai. 2023.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência e saúde coletiva**, v. 24, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N7fjsQbtcMYvnBmPXLznnMN/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2023.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. **A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. 2008. 269 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/the-4644>. Acesso em: 09 jul. 2023.

VIEIRA, William. **Quando ainda éramos loucos: como os transtornos mentais foram vistos ao longo da humanidade**. 2012. Disponível em: www.super.abril.com.br/historia/quando-ainda-eramos-loucos/. Acesso em: 15 jan. 2023.

WEILAND, Tracey J; MCKINLAY, Claire; HILL, Nicole; GERDTZ, Marie F ; JELINEK, George A. Optimal management of mental health patients in Australian emergency departments: barriers and solutions. **Emerg Med Australas**, v. 23 n. 6, p. 677-88, 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22151666>