



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS VII
COLEGIADO DE ENFERMAGEM**

AIZIA SALVADOR

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO ATENDIMENTO
PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: uma revisão integrativa**

SENHOR DO BONFIM

2023

AIZIA SALVADOR

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO ATENDIMENTO
PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: uma revisão integrativa**

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito parcial das avaliações do componente curricular Metodologia da Pesquisa Científica III.

Orientadora: Prof.^a Ms Agnete Troelsen Pereira Nascimento

SENHOR DO BONFIM

2023

AIZIA SALVADOR

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO ATENDIMENTO
PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado à Banca Examinadora para apreciação e aprovação para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem do Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia – UNEB – Departamento de Educação - Campus VII.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Agnete Troelsen Pereira Nascimento - Mestre
UNEB/Campus VII - Orientadora

Prof^ª. - Manuela Bastos Alves - Doutora
UNEB/Campus VII

Prof^ª. Tatiana Tarrão dos Santos - Especialista
AGES/Campus Senhor do Bonfim

À minha querida avó (in memoriam), cuja presença foi essencial na minha vida, sempre apoiando meus sonhos e projetos. Lembrarei constantemente da sua presença, carinho, cuidado, proteção, compreensão e, principalmente, do seu amor. Aos meus pais, pilares da minha formação como ser humano, meus maiores incentivadores, obrigada pelo apoio incondicional durante a minha trajetória acadêmica, todo seu investimento e dedicação valeram à pena. Este trabalho é dedicado a eles.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”

(Carl Jung)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos da presente revisão integrativa (n=7), segundo o modelo <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i> (PRISMA). Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.....	45
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia tipo PICo para elaboração da questão de pesquisa. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.....	42
Quadro 2 - Estratégias de busca empregadas nas bases de dados. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.....	43
Quadro 3 - Síntese dos estudos incluídos para compor a amostra final da revisão integrativa (n=7), segundo identificação (autores, ano e idioma), título do artigo, periódico, tipo de publicação, amostra e nível de evidência. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.....	46
Quadro 4 - Síntese dos estudos incluídos para compor a amostra final da presente revisão integrativa (n=7), segundo identificação (autores e ano), objetivos, resultados e conclusões. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.....	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MP	Ministério Público
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NE	Nível de Evidência
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NEU	Núcleo de Educação em Urgências
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
PAIUAD	Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas
PBE	Prática Baseada em Evidências
PICO	Acrônimo para P: população/pacientes; I: intervenção; C: comparação/controle; O: desfecho/outcome
PICo	Acrônimo para P: população; I: fenômeno de interesse; Co: contexto
PL	Projeto de Lei
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental

PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PS	Pronto Socorro
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RI	Revisão Integrativa
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RS	Reforma Sanitária
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEPs	Serviços de Emergência Psiquiátrica
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UAs	Unidades de Acolhimento
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1 Contexto histórico da Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial.....	16
2.2 Urgências e Emergências psiquiátricas.....	19
2.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	21
2.4 Assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel.....	23
3 MÉTODO.....	25
3.1 Primeira etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa.....	25
3.2 Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos.....	27
3.3 Terceira etapa: Categorização dos estudos.....	28
3.4 Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	29
3.5 Quinta etapa: interpretação dos resultados.....	30
3.6 Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
ARTIGO DE REVISÃO.....	37
INTRODUÇÃO.....	40
OBJETIVO.....	41
MÉTODO.....	42
Aspectos éticos.....	42
Tipo de estudo.....	42
Identificação da questão de pesquisa.....	42
Coleta de dados.....	42
Seleção dos estudos.....	43
Critérios de seleção.....	44
Instrumento utilizado para coleta das informações.....	44
Análise dos dados.....	44

RESULTADOS.....	45
DISCUSSÃO.....	49
Limitações do estudo.....	54
Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	56
ANEXO A - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM: PÁGINA DE TÍTULO.....	61
ANEXO B - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM: DOCUMENTO PRINCIPAL.....	62
ANEXO C - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM: CHECKLIST.....	64

PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Antigamente os indivíduos com transtornos mentais, tinham tanto sua autonomia, quanto seus direitos revogados, e eram internados, sem nenhum critério, em manicômios, sendo submetidos a várias práticas desumanas de tratamento como a da segregação, maus tratos, isolamento e uso de eletrochoque. Recebiam seu cuidado seguindo o modelo biologicista, centrado em internações psiquiátricas, longe de sua família e comunidade, e não havia preocupação, nem entendimento sobre as implicações destas práticas frente ao estado de saúde destes indivíduos (Amarante, 1995).

Com a redemocratização e a crise do modelo hospitalocêntrico, no final da década de 1970, inicia-se o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), através da dedicação dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, que propunha discussões e reflexões importantes acerca do tratamento e acompanhamento em saúde mental, bem como denunciava as condições precárias dos hospitais psiquiátricos, os custos elevados, a baixa qualidade do atendimento e as condições de trabalho (Brasil, 2005). Nesse contexto, inicia-se o processo de desinstitucionalização, com conseqüente desconstrução das práticas manicomialistas, lutando-se por uma sociedade livre de manicômios, a reformulação da assistência psiquiátrica, através da busca pela criação de estratégias assistenciais humanizadas aos indivíduos com transtornos mentais (Amarante, 2000; Amarante; Nunes, 2018).

Pensa-se em um novo modelo assistencial que respeite os direitos e a cidadania desses indivíduos (Brasil, 2013), através da criação do Projeto de Lei (PL) número 3.657/1989, pelo deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (Brasil, 1989). A sua aprovação só ocorre 12 anos depois, e culmina na promulgação da Lei nº 10.216 e da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (Brasil, 2001).

A PNSM consolida um novo modelo de atenção integral à saúde mental, objetivando a reabilitação psicossocial e a (re)inserção social dos indivíduos em sofrimento psíquico, sendo um marco na proteção e na defesa dos direitos humanos. Assegurando, sem qualquer tipo de discriminação, direitos a esses indivíduos, possibilitando o livre acesso às informações acerca da sua doença, bem como a garantia de uma maior autonomia e cidadania a estes, e

estabelecendo prerrogativas sobre a internação, que antes eram feitas de modo indiscriminado (Brasil, 2001).

Consonante com a PNSM, em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e de políticas no âmbito de álcool e outras drogas, sendo uma importante integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), que vem possibilitar uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental, definindo como objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial, nos diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso dos indivíduos com transtornos mentais e/ ou em uso de álcool e outras drogas e às suas famílias aos pontos de atenção; garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado humanizado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Dentre os serviços que constituem a RAPS está a Atenção de urgência e emergência, na qual insere-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, que é um serviço de Atendimento Pré Hospitalar (APH) móvel que visa a chegada precoce ao indivíduo após ocorrência de um agravo à saúde (Brasil, 2002a; 2003; 2017a; 2017b).

Nesse contexto, devido à rigorosa diminuição dos leitos e das internações psiquiátricas, as crises psiquiátricas (como comumente são definidas as urgências e emergências psiquiátricas) que antes eram isoladas e escondidas atrás dos muros dos manicômios e hospitais psiquiátricos, ganham espaço social, gerando a necessidade da criação de novos serviços substitutivos para suprir essa demanda (Bonfada; Guimarães, 2012).

As crises psiquiátricas caracterizam-se como qualquer variação de natureza psiquiátrica em que se sucedam alterações do estado mental, situações em que o indivíduo apresente um transtorno de comportamento, pensamento ou emoção, que possam resultar em risco significativo de morte ou injúria grave para si ou para outrem, necessitando de intervenção terapêutica imediata. Envolvem diversos eventos como, por exemplo, as psicoses, ideações, tentativas de suicídio, depressões, síndromes cerebrais orgânicas, intoxicações exógenas por uso/abuso de álcool e/ou outras drogas, entre outros (Brasil, 2005; Quevedo; Schmitt; Kapczinski, 2008; Soares; Miranda; Medeiros, 2013; Ikuta *et al.*, 2013). A assistência a esses indivíduos é responsabilidade e atribuição do SAMU, juntamente com a RAPS, polícia e o corpo de bombeiros (Brasil, 2001; 2002a; 2017a)

Neste sentido, como parte integrante da equipe do SAMU, o enfermeiro no APH possui várias funções, dentre elas: ser enfermeiro assistencial, supervisionar e avaliar o serviço da equipe de enfermagem; executar cuidados de enfermagem de maior complexidade a pacientes graves e com risco de vida; oferecer treinamentos e aprimoramentos para a equipe

de enfermagem em situações de urgência e emergência, dentre outras atribuições (Brasil, 2002).

Para atuar no APH, além dos conhecimentos técnico-científicos, o enfermeiro necessita de capacitação específica e deve possuir agilidade, destreza e controle emocional para lidar com diversas situações em que o paciente está inserido, visando oferecer um atendimento de qualidade e eficiência. Contudo, tanto no meio acadêmico, quanto na sociedade, o tema da assistência de enfermagem no SAMU ainda necessita de maior aprofundamento e visibilidade (Almeida; Álvares, 2019). A deficiência na educação permanente pode ocasionar diversas necessidades na equipe, principalmente aos enfermeiros, como nas ocorrências psiquiátricas, que ainda são estigmatizadas e atendidas seguindo protocolos gerais utilizados no SAMU e, que em sua maioria, ainda se fazem objeto de intervenção da polícia, mesmo diante do seu despreparo frente à assistência a esses indivíduos (Santos; Coimbra; Ribeiro, 2011).

Somando-se a isso, a utilização indiscriminada das práticas de contenções físicas, químicas e mecânicas, que ainda são amplamente utilizadas, vão de encontro ao ideário da RPB, o que prejudicam a assistência humanizada, e evidenciam as relações de poder que caracterizam a psiquiatria clássica e a sua autoridade de tomar o corpo como objeto de suas práticas (Brito; Bonfada; Guimarães, 2015).

Nota-se, portanto, que as situações de urgência/emergência psiquiátrica representam um imenso desafio, devido à falta de capacitação dos profissionais para prestação de uma assistência de qualidade e humanizada à essa clientela (Ikuta *et al.*, 2013). Conseqüentemente, acabam por fortalecer a prática medicalocêntrica e a cadeia crise/emergência/internamento, como se essa fosse a única ou principal alternativa para encerrar a crise (Brito; Bonfada; Guimarães, 2015; Oliveira; Silva, 2017; Fernandes *et al.*, 2022).

Assim, o presente estudo justifica-se pela percepção da necessidade de se conhecer como é prestada a assistência de enfermagem frente às urgências e emergências psiquiátricas no SAMU. Nesse sentido, poderá nortear uma visão da prática cotidiana dos enfermeiros que atuam nas urgências e emergências psiquiátricas, possibilitando a ampliação das discussões sobre o tema e contribuindo para pesquisas futuras que ampliem o conhecimento nessa área específica, visando preencher as lacunas no que se refere ao conhecimento técnico-científico voltado para o modelo biopsicossocial, motivando o enfermeiro que atua no APH na busca de capacitação, bem como proporcionar uma assistência mais humanizada e adequada às necessidades desses indivíduos.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a assistência de enfermagem frente às urgências e emergências psiquiátricas no SAMU, e como específico, identificar os entraves para cumprimento deste papel. E tem como questão de pesquisa: Como é realizada a assistência de enfermagem e quais os entraves encontrados por estes profissionais frente às urgências e emergências psiquiátricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)?

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para melhor construção e compreensão acerca dos temas abordados realizou-se uma revisão narrativa de literatura, que é constituída por uma investigação da literatura científica na interpretação e análise crítica do autor, podendo contribuir no debate de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento em curto espaço de tempo (Rotter, 2007). Na elaboração deste projeto, estará organizada nos seguintes tópicos: Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Rede de Atenção Psicossocial; Urgências e Emergências psiquiátricas; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; e Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

2.1 Contexto histórico da Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial

Antigamente, os indivíduos excluídos que não se adaptavam à rotina em sociedade ou que possuíam algum transtorno mental - vistos pela sociedade como “loucos” e desprovidos de autonomia - tinham seus direitos revogados e eram internados em manicômios, sem nenhum critério, sendo submetidos a várias práticas desumanas de tratamento como a da segregação, maus tratos, isolamento e até mesmo o uso de eletrochoque. Assim sendo, recebiam seu cuidado centrado em internações psiquiátricas, longe de sua família e comunidade, não havendo preocupação, nem entendimento sobre as implicações daquelas práticas frente ao estado de saúde destes indivíduos, ou seja, seguia-se o modelo biologicista e hospitalocêntrico (Amarante, 1995).

Deste modo, no final da década de 1970, com a redemocratização e a crise do modelo hospitalocêntrico, através da dedicação dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, teve início o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). É exatamente nesse período que se iniciam os questionamentos sobre o papel e responsabilidade do Estado frente à realidade da sociedade e ao tratamento das pessoas com transtornos psiquiátricos (Brasil, 2005).

A RPB surgiu a partir de um movimento de trabalhadores da saúde, que propunha discussões e reflexões importantes acerca do tratamento e acompanhamento em saúde mental, bem como denunciava as condições precárias dos hospitais psiquiátricos, os custos elevados, a baixa qualidade do atendimento e as condições de trabalho. Neste período houve um evento conhecido como Crise da DINSAM, da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que repercutiu em âmbito nacional após manifestações de grandes entidades, como a Conferência

Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), entre outras (Amarante, 2000; Amarante; Nunes, 2018).

A RPB está inserida num contexto internacional de mudanças pela superação da instituição asilar e trata-se de um processo político-social complexo, mais amplo que a sanção de leis e normas e o conjunto de mudanças políticas e governamentais nos serviços de saúde, composto de diferentes atores, instituições e origens, atingindo diversos territórios dos entes federativos, universidades, serviços de saúde, conselhos profissionais, associações de pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares. Compreende um conjunto de transformações de saberes e práticas, valores socioculturais, e tem seu avanço marcado por impasses, desafios, conflitos e tensões, no cotidiano da vida, das relações interpessoais, dos serviços e das instituições (Brasil, 2005).

É contemporânea ao surgimento do movimento da Reforma Sanitária (RS), extremamente importante para o país, que buscava a modificação dos modelos de gestão e atenção nas práticas de saúde, proteção da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços, possuindo como protagonistas os agentes dos serviços de saúde (trabalhadores e usuários) nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (Brasil, 2005; Schwiderski, 2012).

Deste modo, no final da década de 70 e início de 80, os dois movimentos (RS e RPB) unem-se, visando introduzir mudanças no sistema de saúde, e ocupam espaços públicos de poder e tomada de decisão. Este cenário de luta contra o regime militar e de redemocratização, constituiu-se como o ator social mais importante da RPB, influenciando, de forma significativa, a construção das políticas públicas em todos os âmbitos, não só da saúde, mas também da cultura, trabalho, seguridade social, justiça e direitos humanos (Amarante; Nunes, 2018).

A partir daí as mudanças que ocorreram nos anos seguintes, deflagraram o processo de desinstitucionalização. Com Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), inicia-se o processo de desinstitucionalização, com consequente desconstrução das práticas manicomiais, lutando-se por uma sociedade livre de manicômios, a reformulação da assistência psiquiátrica, através da busca pela criação de estratégias assistenciais humanizadas aos indivíduos com transtornos mentais (Amarante, 2000).

Neste período, realizaram-se vários eventos, alguns contaram com a participação de grandes personalidades internacionais, dentre elas, Franco Basaglia um psiquiatra italiano que promoveu uma importante reforma no sistema de saúde mental italiano, e que estabeleceu forte vínculo com os militantes brasileiros, influenciando de forma significativa a RPB (Amarante; Nunes, 2018). E, seguindo esse contexto de ações, foi criado em 1989 o Projeto

de Lei (PL) número 3.657/1989, pelo deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação psiquiátrica compulsória, sendo aprovado 12 anos depois (Brasil, 1989; 2001). Começa-se, então, a pensar em um novo modelo assistencial que respeite os direitos e a cidadania desses indivíduos e que possibilite a reabilitação psicossocial e a (re)inserção social, sendo estes os propósitos da atenção em saúde mental (Brasil, 2013).

Sancionada no ano seguinte, a Lei Federal número 8.080/1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990), cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como princípios a universalidade, a igualdade e a integralidade na assistência, além de possibilitar a autonomia do indivíduo e o direito à obtenção de informações acerca da sua saúde. Deste modo, com a participação da comunidade, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado. Observam-se ainda grandes avanços na assistência humanizada em saúde mental: a aprovação do PL Paulo Delgado, que culminou na promulgação da Lei nº 10.216 e da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM); e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de políticas no âmbito de álcool e outras drogas (Brasil, 1989; 2001; 2017a).

A PNSM, referida pela Lei nº 10.216/2001, consolida um novo modelo de atenção integral à saúde mental, objetivando a reabilitação psicossocial e a (re) inserção social dos indivíduos em sofrimento psíquico, sendo um marco na proteção e na defesa dos direitos humanos. Assegura, sem qualquer tipo de discriminação, direitos a esses indivíduos, possibilitando o livre acesso às informações acerca da sua doença, bem como o estabelecimento de uma maior autonomia e cidadania a estes. Além disso, a PNSM estabelece prerrogativas sobre a internação, que antes eram feitas de modo indiscriminado, agora só poderão ocorrer quando a rede assistencial não for efetiva, podendo ser realizadas de forma voluntária, compulsória e, no caso de involuntária, deverá ser comunicado ao Ministério Público (MP) (Brasil, 2001).

Consonante com a PNSM, em 2011 foi instituída a RAPS por meio da Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Anexo V (Portaria de origem nº 3.088/GM/MS, de 23 novembro de 2011) e na Portaria nº 3588/GM/MS, de 21 de setembro de 2017. A RAPS é uma importante integrante do SUS, que vem possibilitar uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental, definindo como objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial, nos diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso dos indivíduos com transtornos mentais e/ ou em uso de álcool e outras drogas e às suas famílias

aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado humanizado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2017a; 2017b).

Constituem-se como serviços da RAPS: a Atenção Básica (AB); os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Atenção de urgência e emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, Pronto Socorro (PS)); Atenção residencial de caráter transitório; Unidades de Acolhimento (UAs); Atenção hospitalar; os Centros de Convivência e Cultura; o Serviço Residencial Terapêutico (SRT); e a reabilitação psicossocial (Brasil, 2017a). Neste contexto da RPB, as situações de urgências e emergências psiquiátricas passam a estar vinculadas a outros espaços que não os hospitais psiquiátricos.

Seguindo a mesma lógica da PNSM, objetivando um cuidado humanizado, de acordo com as necessidades psicossociais individuais e incluindo o usuário na discussão acerca das intervenções e do seu processo de cuidar, salienta-se acerca da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), que propõe ações de prevenção e Redução de Danos (RD) decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (Brasil, 2004a).

Entretanto, destaca-se que nos últimos anos a PNSM enfrentou alguns retrocessos que propunham o retorno de práticas manicomiais e resgate do modelo hospitalocêntrico, como a da Nota Técnica nº 11, que retratava uma “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, porém, estava mais relacionada a uma Contra-Reforma Psiquiátrica, um retrocesso, que incentivava as práticas psiquiátricas, o financiamento das Comunidades Terapêuticas (CT) e abordagem proibicionista ao uso de álcool e outras drogas, realocando na rede de atenção o hospital psiquiátrico (instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial) ou a “comunidade terapêutica”, que é uma instituição manicomial correspondente no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas (Brasil, 2019).

2.2 Urgências e Emergências psiquiátricas

Segundo Ikuta *et al.* (2013) e Quevedo, Schmitt e Kapczinski (2008), as urgências e emergências psiquiátricas caracterizam-se como qualquer variação de natureza psiquiátrica em que sucedem alterações do estado mental, situações em que o indivíduo apresente um transtorno de comportamento, pensamento ou emoção, que possam resultar em risco significativo de morte ou injúria grave para o si ou para outrem, necessitando de intervenção terapêutica imediata, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde, física e psicossocial do indivíduo ou a eliminação de risco à sua vida ou à integridade de outrem. Além disso, as

definições de urgência e emergência psiquiátricas indicam ainda a presença de perturbação urgente e grave de conduta, afeto ou do pensamento, bem enfrentamento mal adaptativo.

As crises psiquiátricas, termo comumente utilizado para definir as urgências e emergências psiquiátricas, envolvem diversos eventos como, por exemplo, as psicoses, ideações, tentativas de suicídio, depressões, síndromes cerebrais orgânicas, intoxicações exógenas por uso/abuso de álcool e/ou outras drogas, entre outros. Caracterizam-se por circunstâncias em que, para o indivíduo, o sofrimento psíquico torna-se tão intenso que causa a desestruturação da vida psicossocial e familiar, além do rompimento com o contexto social em que ele está inserido (Brasil, 2005; Soares; Miranda; Medeiros, 2013).

Oliveira (2002) destaca que existem algumas implicações conceituais referentes ao termo, ressaltando-se que nem toda crise é uma urgência/emergência psiquiátrica, não devendo, portanto, ser tratada incondicionalmente como tal, visto que as definições de urgência e de emergência médica nem sempre irão se aplicar sob o mesmo amparo no campo de saúde mental. Neste sentido, a crise deverá ser apreendida como um momento que necessita de cautela por parte de profissionais qualificados, para possibilitar ao indivíduo o seu potencial criativo e transformador, visto que, o sofrimento vivenciado por este não é perceptível aos olhos.

A crise trata-se, portanto, de um momento de extravasamento de toda angústia e sofrimento, desprende o indivíduo de sua realidade psicossocial e pode, em certas circunstâncias, acarretar em situações e consequências danosas a este e/ou aos que o cercam, salientando-se que nem sempre este risco estará presente. Contudo, apesar de ocasionar no indivíduo um desprendimento da realidade, não implicará a este a ausência de sentimentos, afetos, condição humana, mesmo que a situação se demonstre estranha e confusa (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007).

O atendimento a essas situações deverá ocorrer de forma humanizada e priorizar a estabilização do quadro clínico do indivíduo, através do controle do sintoma alvo, o reconhecimento de patologias e/ou alterações orgânicas que possam interferir nas alterações mentais, o estabelecimento das hipóteses diagnósticas e encaminhamento para cuidado ininterrupto/continuado (Quevedo; Schmitt; Kapczinski, 2008).

Salienta-se que, devido à rigorosa diminuição dos leitos e das internações psiquiátricas, ocorridos por conta da RPB e aprovação da PNSM (Brasil, 2001), as crises psiquiátricas, que antes eram isoladas e escondidas atrás dos muros dos manicômios e hospitais psiquiátricos, ganharam espaço social, gerando a necessidade da criação de novos serviços substitutivos para suprir essa demanda (Bonfada; Guimarães, 2012). Deste modo, à

medida que se evita o isolamento e busca-se a diminuição da estigmatização dos transtornos mentais, os Serviços de Emergência Psiquiátrica (SEPs) - como o SAMU, UPAs, PS dos hospitais gerais, entre outros - amparados na PNSM (Brasil, 2001), são utilizados para prestar assistência a esses indivíduos.

Contudo, apesar de ocuparem um lugar estratégico no SUS, como porta de entrada dos indivíduos com transtornos mentais em situação de crise, os SEPs apresentam-se como ponto conturbado na RAPS, por estarem no último nível da rede antes da internação psiquiátrica, priorizando, na maioria das vezes, a sedação do indivíduo e o encaminhamento deste para a internação hospitalar, quando deparam-se com manifestações de uma crise psíquica. Conseqüentemente, acabam por fortalecer a prática medicalocêntrica e a cadeia crise/emergência/internamento, como se essa fosse a única ou principal alternativa para encerrar a crise (Brito; Bonfada; Guimarães, 2015; Oliveira; Silva, 2017; Fernandes *et al.*, 2022).

Destaca-se que a principal diretriz da PNSM refere que internamento do paciente em hospital psiquiátrico somente ocorrerá quando o tratamento extra-hospitalar for ineficaz, ou seja, quando a rede assistencial não for efetiva. Porém, apesar dessa diretriz da PNSM e da Portaria nº 251/GM/MS - que define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS, e estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria - os encaminhamentos dos pacientes em crise psiquiátrica ainda reforçam a internação em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2001; 2002b). A Portaria nº 148/GM/MS estabelece que nas enfermarias de saúde mental, a assistência deve acontecer de forma integrada com a RAPS, objetivando a longitudinalidade do cuidado e a corresponsabilização pelos casos (Brasil, 2012).

Isto é potencializado ainda mais quando observa-se que a oferta de leitos de saúde mental nos hospitais gerais é menor que em hospitais psiquiátricos. Isso deve-se ao fato que, a Portaria nº 3.088/GM/MS, que instituiu a RAPS, prevê a existência de leitos em hospitais gerais, como também os leitos de acolhimento noturno em CAPS III e CAPS ad III, porém, determina que o número de leitos para assistência às pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 20% do número total de leitos dos hospitais gerais (Brasil, 2017a).

2.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

De acordo com as legislações e portarias que regulamentam o atendimento das urgências e emergências - Portaria 2048/GM e Política Nacional de Atenção às Urgências

(PNAU) (Brasil, 2002; 2003) reformulada pela Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que também instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (Brasil, 2017a) - as crises psíquicas são frequentemente tratadas como urgências psiquiátricas e no que tange à assistência aos indivíduos em crises psíquicas, no qual esta é considerada responsabilidade e uma das atribuições do SAMU, juntamente com a RAPS, polícia e o corpo de bombeiros.

O SAMU é componente da RAPS e RUE, um serviço de Atendimento Pré Hospitalar (APH) móvel, importante componente de assistência à saúde. O APH móvel consiste em um tipo de atendimento que visa a chegada precoce ao indivíduo após ocorrência de um agravo à saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que pode ocasionar sequelas, sofrimento ou até óbito, sendo necessário a prestação de uma assistência e/ou encaminhamento adequado deste a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (Brasil, 2002; 2004b).

O APH móvel pode ainda ser classificado como: primário se a solicitação de atendimento é oriunda de um cidadão; ou secundário, quando a solicitação advém de um serviço de saúde, na qual o indivíduo já tenha recebido o atendimento primário e necessário para estabilização da sua condição clínica de urgência/emergência apresentada, mas que necessite de condução a um serviço de saúde de maior complexidade para longitudinalidade e integralidade do cuidado (Brasil, 2002b).

Concomitante ao aumento da frequência de ocorrências envolvendo urgências e emergências psiquiátricas no SAMU, aumenta-se também a necessidade de ofertar uma assistência de enfermagem adequada, resolutiva e humanizada a esses indivíduos. Neste contexto, a realização de capacitação e educação permanente em saúde acerca da realização de uma assistência pautada na humanização e cuidado, para os profissionais que lidam com esses pacientes, é primordial, visto que o grau de assistência adequada se dá a partir do contato e cuidado humanizado, e não através de tecnologias inovadoras e avançadas (Bonfada; Guimarães, 2012; Oliveira; Silva, 2017).

A celeridade é essencial para o funcionamento efetivo do serviço de urgência e emergência, porém ao manejar o indivíduo em crise pode acarretar em implicações no que se refere ao tratamento efetivo deste ou formação dos profissionais de saúde que poderão atuar nesse serviço (Bonfada; Guimarães, 2012). Além disso, as práticas de contenções físicas e mecânicas que são amplamente utilizadas nos SEPs, principalmente aqueles ligados a serviços de APH móvel e a hospitais gerais, vão de encontro ao ideário da RPB, prejudicam a assistência humanizada aos indivíduos em crise psiquiátrica no contexto de APH, e

evidenciam as relações de poder que caracterizam a psiquiatria clássica e a sua autoridade de tomar o corpo como objeto de suas práticas (Brito; Bonfada; Guimarães, 2015).

Somando-se a isso, a PNAU aponta em seu texto que a crise psiquiátrica é um objeto de intervenção da polícia, mesmo diante do seu despreparo frente a atuação nesse tipo de ocorrência. Visto que, historicamente, esses profissionais são agentes de repressão e manutenção da ordem, critica-se o despreparo policial e, acima de tudo, o uso indiscriminado de medidas extremas em situações de urgência/emergência psiquiátrica, nas quais os indivíduos mostram-se, até certo ponto, cooperativos ou abertos ao diálogo, à interação e à adoção de medidas terapêuticas que visem à vivência positiva daquele momento tão traumático. Entretanto, isso não significa dizer que o apoio policial não possa ser solicitado ou que medidas mais drásticas não possam ser tomadas no caso de um indivíduo em emergência psiquiátrica, que ameace a sua vida ou a de terceiros (Jardim, 2008).

Nota-se, portanto, que as situações de urgência/emergência psiquiátrica representam um imenso desafio, visto que na maioria dos municípios brasileiros os SEPs são insuficientes e/ou os profissionais de saúde que ali trabalham não estão capacitados para prestar uma assistência de qualidade e humanizada à essa clientela (Ikuta et al., 2013).

Entretanto, no caso do SAMU, a capacitação profissional da equipe é realizada no momento em que o serviço é implantado no município, como instituída e definida pela Portaria 2.048/GM, porém, para as intervenções em saúde mental são dedicadas apenas 2 horas de treinamento (Brasil, 2002b), sendo insuficiente diante de toda a complexidade que está envolvida nesse campo da saúde. Na prática, isso torna-se ainda mais complicado, visto que a área da urgência e emergência não pratica ou nega a empatia, diálogo, corresponsabilidade, humanização, criatividade e subjetividade, ou seja, os cuidados e atenção necessários frente a uma crise psíquica (Brito; Bonfada; Guimarães, 2015).

2.4 Assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel

O trabalho do enfermeiro nas urgências e emergências era regulamentado pela Resolução nº 375 de 22 de março 2011 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), porém a mesma foi revogada pela Resolução COFEN nº 713/2022, que atualiza a norma de atuação dos profissionais de enfermagem no APH móvel terrestre e aquaviário, em todos os âmbitos (COFEN, 2022).

Como parte integrante da equipe do SAMU, o enfermeiro no APH possui várias funções, dentre elas: ser responsável de enfermagem e enfermeiro assistencial, supervisionar e avaliar o serviço da equipe de enfermagem; executar cuidados de enfermagem de maior

complexidade a pacientes graves e com risco de vida; fazer prescrições médicas por telemedicina; oferecer treinamentos e aprimoramentos para a equipe de enfermagem em situações de urgência e emergência, dentre outras atribuições (Brasil, 2002).

Os enfermeiros oferecem assistência direta ao paciente nas Unidades de Suporte Avançado (USA) terrestre ou aéreo, juntamente com o médico e o condutor de ambulância. Nas Unidades de Suporte Básico (USB) estão os técnicos de enfermagem que desenvolvem assistência de menor complexidade, com o condutor de ambulância (Brasil, 2002).

Portanto, para atuar no APH, além dos conhecimentos técnico-científicos, o enfermeiro necessita de capacitação específica e deve possuir agilidade, destreza e controle emocional para lidar com diversas situações em que o paciente está inserido, visando oferecer um atendimento de qualidade e eficiência. Contudo, tanto no meio acadêmico, quanto na sociedade, o tema da assistência de enfermagem no SAMU ainda necessita de maior aprofundamento e visibilidade, visto que a atenção dada às urgências e emergências na graduação ainda é insuficiente (Almeida; Álvares, 2019).

Deste modo o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Brasil, 2002), criou o Núcleo de Educação em Urgências (NEU), sendo este destinado à capacitação dos profissionais que atuam na área da saúde, independente de ser no APH móvel ou fixo. O NEU segue os princípios do SUS e tem como base a promoção integral da saúde, a educação continuada, os princípios da organicidade e a transformação dos determinantes e da realidade (Brasil, 2002). Objetivando a potencialização da qualificação dos profissionais das urgências e emergências, foi implantado um núcleo específico em cada SAMU, o Núcleo de Educação Permanente (NEP), ligados ao NEU, tendo como principal objetivo a educação dos profissionais do componente APH móvel, visto que é uma área que necessita de formação específica e permanente atualização (Ciconet; Marques; Lima, 2008).

A deficiência na educação permanente pode ocasionar diversas necessidades na equipe, principalmente aos enfermeiros, como nas ocorrências psiquiátricas, que ainda são estigmatizadas e atendidas seguindo protocolos gerais utilizados no SAMU e, que em sua maioria, ainda se fazem objeto de intervenção da polícia, mesmo diante do seu despreparo frente à assistência a esses indivíduos (Santos; Coimbra; Ribeiro, 2011). Necessita-se, portanto, conhecer as condições de atuação do enfermeiro no APH, para visualizar amplamente o seu trabalho e suas dificuldades, a fim de buscar identificá-los e a partir daí buscar soluções viáveis que possibilitem melhores condições de atendimento (Almeida; Álvares, 2019).

3 MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa (RI) que objetiva reunir, analisar e sintetizar, sistematicamente, de forma ordenada e abrangente, os resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, permitindo a geração de novos conhecimentos. É um dos métodos de pesquisa empregados na Prática Baseada em Evidências (PBE) em enfermagem que tem como principais objetivos potencializar a importância da pesquisa permitindo a incorporação das evidências na prática clínica, através da utilização dos resultados contíguos à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção. Trata-se, portanto, de uma ação que propicia solução de problemas e a autonomia para a tomada de decisão, mediante a atuação do profissional, a incorporação e busca da melhor e mais recente evidência, e a escolha do usuário dentro do seu contexto de cuidado (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Ercole; Melo; Alcoforado, 2014).

A RI constitui um corpo de conhecimento, resume o passado da literatura empírica ou teórica, fornece subsídio para uma compreensão mais ampla sobre um determinado fenômeno/problema (Botelho; Cunha; Macedo, 2011; Ercole; Melo; Alcoforado, 2014; Hermont *et al.*, 2021), além disso, permite a combinação de variadas metodologias (pesquisas experimentais e não-experimentais), possibilitando que o pesquisador a elabore com diferentes propósitos, direcionando-a para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica de estudos, e tem o potencial de desempenhar um papel importante na PBE em enfermagem (Whittemore; Knafl, 2005; Souza; Silva; Carvalho, 2010).

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), a RI é construída a partir de seis etapas distintas: 1ª) A identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2ª) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3ª) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4ª) Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5ª) Interpretação dos resultados; e 6ª) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

3.1 Primeira etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

A elaboração da RI é um processo que exige dedicação e tempo do pesquisador, deve relacionar-se com o senso teórico e concepções já assimiladas por este e possuir um tema bem definido de forma compreensiva e específica, predispondo uma análise direcionada e completa, com desfecho de fácil identificação e aplicabilidade. Deste modo, a primeira etapa

irá nortear a condução de uma RI bem desenvolvida. Inicia-se, portanto, definindo-se um problema/tema e formulando-se uma hipótese ou questão de pesquisa, trata-se de uma das etapas mais desafiadoras do processo de elaboração de uma pesquisa, devido à isso ela deve ser bem elaborada, delimitada, clara, concisa e direcionada para o cerne da pesquisa a ser desenvolvida e que possua relevância para a área da saúde e enfermagem, pois definirá o percurso da investigação, permitindo a obtenção de resultados adequados ao problema abordado (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Botelho; Cunha; Macedo, 2011; Souza *et al.*, 2018).

A definição da pergunta do presente projeto de pesquisa foi realizada seguindo um modelo fundamentado na PBE, a Estratégia PICO. PICO representa um acrônimo em inglês que possui as seguintes definições: P (pessoa ou população); I (intervenção); C (comparação); e O, outcomes, (desfecho/resultado) (Santos; Pimenta; Nobre, 2007; Santos; Galvão, 2014). Este modelo é bastante utilizado em revisões sistemáticas da literatura, porém nem sempre é possível adaptá-lo aos variados contextos de saúde. Deste modo, seguindo o estudo de Souza *et al.* (2018) existem outros tipos de modelos variantes para a estratégia PICO que podem ser seguidos e que permitem ao pesquisador a adequação de cada situação particular, ao invés de ajustar uma situação a um acrônimo. Este modelo, permite ao pesquisador encontrar as melhores evidências científicas para aplicação na prática clínica, pois este possibilita a formulação de uma adequada questão de pesquisa para posterior busca, identificação, seleção e avaliação criteriosa da literatura.

Neste estudo os descritores e/ou palavras chaves serão utilizados concomitantemente com a variação de um modelo de acrônimos da estratégia tipo PICo, onde P: corresponde à população – indivíduos em situação de urgência e emergência psiquiátrica, I: fenômeno de interesse – assistência e/ou cuidado de enfermagem e os entraves; e Co: contexto – no atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU. Assim sendo, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Como é realizada a assistência de enfermagem e quais os entraves encontrados por estes profissionais frente às urgências e emergências psiquiátricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)?

Uma vez delimitada a questão norteadora de pesquisa, definem-se os descritores ou palavras-chave, sendo a identificação adequada dos mesmos de suma importância para planejamento e execução da estratégia de busca (Botelho; Cunha; Macedo, 2011). Neste caso, utilizando as plataformas Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MeSH)*, foram definidos alguns descritores em português e seus correspondentes

em inglês, *Cuidados de Enfermagem/Nursing Care*; *Serviços Médicos de Emergência/Emergency Medical Services*, com seus respectivos sinônimos e palavras chaves.

Após isso, será definida a estratégia de busca, que possibilita a busca e encontro das informações armazenadas nas bases de dados, relacionadas à pergunta formulada. Deste modo, os DeCS/MeSH, os sinônimos, palavras-chave e os operadores booleanos (*AND e OR*) serão utilizados, experimentando-os e explorando-os, nas bases de dados disponíveis, preconizando as especificidades de cada uma delas e objetivando encontrar as melhores evidências armazenadas que respondam à questão de pesquisa: na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), e em outros periódicos e portais como a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

3.2 Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos

Esta etapa está estritamente relacionada à etapa anterior e depende muito dos resultados delineados. Dado que a característica da amostra é um indicador de qualidade e fidedignidade das conclusões das revisões, o tema descrito determinará o procedimento de amostragem e pode até inviabilizar a elaboração da revisão ou inserir vieses nas próximas etapas caso seja muito abrangente. Deste modo, será exigido do revisor mais criteriosidade e na análise das literaturas e seletividade na inclusão destas na revisão, dado que a avaliação crítica para a seleção dos estudos é fundamental para a alcance da validade interna da revisão (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Botelho; Cunha; Macedo, 2011).

Uma vez elucidado o problema, definida a questão de pesquisa, os descritores e a estratégia de busca, a identificação dos estudos que serão incluídos na revisão será iniciada. Esse processo deve ser conduzido de maneira transparente, sendo o ideal a inclusão de todos os estudos encontrados. Contudo, nem sempre há essa possibilidade. Diante disso, poderão ser utilizados critérios de inclusão e exclusão dos estudos, que deverão ser claros e objetivos, além de estarem em concordância com a questão norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse. É imprescindível que todas as decisões tomadas frente a utilização desses critérios sejam documentadas e justificadas na descrição da metodologia (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Serão utilizados como critérios de inclusão nesta revisão: publicações científicas disponíveis na íntegra e de forma gratuitas, nos idiomas português, inglês e espanhol. E como critérios de exclusão: aqueles que tangenciam o tema a ser discutido, indisponíveis de forma

gratuita para a leitura online na íntegra, os artigos em duplicidade, teses, dissertações, anais, resumos de congressos, editoriais. Vale salientar que estes critérios podem ser reorganizados durante todo processo de busca e/ou a elaboração da revisão integrativa.

3.3 Terceira etapa: Categorização dos estudos

Nesta etapa serão definidas as informações a serem extraídas dos estudos selecionados para realização da RI, trata-se de um procedimento complexo e desafiador para o revisor, e assemelha-se à etapa de coleta e análise de dados de uma pesquisa convencional. O revisor tem como função sumarizar, organizar e documentar de maneira clara e concisa, as informações extraídas dos artigos científicos encontrados anteriormente, formando um banco de dados de fácil manuseio e acesso, e determinando quais estudos possuem mais relevância, validade, confiabilidade e aplicabilidade na questão (Whittemore; Knafl, 2005; Broome, 2006; Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Souza; Silva; Carvalho, 2010; Hermont *et al.*, 2021).

Para selecionar os estudos que irão fazer parte da revisão, realiza-se a leitura criteriosa dos títulos, resumos e descritores/palavras-chave de todas as publicações estabelecidas pela estratégia de busca, logo após verificar-se-á quanto aos critérios de inclusão do estudo. Quando a leitura do título do resumo e dos descritores/palavras-chave não forem suficientes para definir a seleção, realiza-se a leitura da publicação do artigo na íntegra (Botelho; Cunha; Macedo, 2011).

Ressalta-se que, para realizar a extração das informações e organização dos dados para a revisão da literatura, o revisor deverá utilizar um instrumento previamente elaborado, que possibilite a síntese dos artigos e resguarde suas diferenças, mas que permita uma análise isolada de cada um deles, tanto em relação ao nível metodológico, quanto aos resultados das pesquisas (Ursi, 2005). Sendo assim, esse instrumento, além de servir como registro, também deve reunir e sintetizar as principais informações, assegurando que os dados mais relevantes sejam extraídos e minimizando os erros e vieses (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Botelho; Cunha; Macedo, 2011).

A matriz de síntese/análise é um desses instrumentos, amplamente utilizada devido à sua capacidade para resumir as particularidades de cada objeto do conhecimento, arquivo científico, e sua construção depende do modo de interpretação e organização do pesquisador, bem como da sua criatividade pessoal, contudo ela deve ser funcional. Além de conter informações sobre os aspectos da investigação, ela possibilita, ao pesquisador, uma visão geral dos dados relacionados. Portanto, é uma importante ferramenta na construção e interpretação da RI (Klopper; Lubbe; Rugbeer, 2007; Botelho; Cunha; Macedo, 2011).

Para realizar a análise dessas informações coletadas nos artigos científicos, faz-se necessário que o revisor elabore categorias analíticas que proporcionem a ordenação e sumarização de cada um deles, podendo esta ser realizada de forma descritiva, em que o revisor indicará os dados mais relevantes para a construção da sua RI (Broome, 2006). Além disso, será avaliado o nível de evidência (NE) de cada artigo selecionado, visando garantir a fiabilidade dos resultados e conclusões, que produzirão a condição do estado de conhecimento atual (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Botelho; Cunha; Macedo, 2011; Souza *et al.*, 2017).

Fundamentando-se no instrumento validado por Ursi (2005), será elaborada pelo revisor a matriz de síntese que será utilizada na presente RI para coleta de dados, análise e síntese dos artigos, que contemplará alguns itens como: identificação dos estudos, características metodológicas, resultados e conclusões. Os dados presentes na mesma estão dispostos no quadro 1.

Quadro 1 - Instrumento para coleta de dados

Identificação		Características metodológicas do estudo	
Título do artigo	Autores	Tipo de publicação	Resultados
Título do periódico	Ano de publicação	Objetivos ou questão de investigação	Implicações
País	Idioma	Amostra	Nível de evidência
Instituição sede do estudo		Tipo de revista científica	

Fonte: Ursi, 2005.

3.4 Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Segundo Broome (2006) e Mendes, Silveira e Galvão (2008) esta é etapa análise de dados de uma pesquisa convencional, onde deverão ser utilizados instrumentos apropriados, que possibilitem uma análise detalhada dos estudos selecionados para garantir a validade da RI. O revisor deverá procurar explicações para os diferentes resultados e/ou conflitos encontrados nos estudos selecionados. Sendo assim, o mais adequado é o revisor executar a análise de forma rigorosa, crítica e imparcial, ser imparcial frente a análise dos estudos, visto que sua competência clínica contribuirá nesta avaliação, bem como auxiliará na tomada de decisão para aplicabilidade dos resultados de pesquisa na prática clínica.

Algumas questões podem ser aplicadas na avaliação crítica dos estudos selecionados, como por exemplo: Qual é a questão da pesquisa? Em que foi baseada essa questão e qual a

sua importância? Como eram as questões de pesquisas já realizadas? A metodologia está adequada? Os participantes selecionados para o estudo estão corretos? Qual a resposta para a questão da pesquisa? Ela está correta? Posteriormente, quais pesquisas serão primordiais? (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

3.5 Quinta etapa: interpretação dos resultados

Corresponde à fase de discussão dos resultados mais relevantes na pesquisa convencional. Nela, o pesquisador fundamenta-se na interpretação e síntese dos resultados evidenciados através da avaliação rigorosa e crítica dos estudos que foram incluídos na RI, comparando-os com o referencial teórico, explicita as suas conclusões e as implicações resultantes da RI, bem como as lacunas e vieses. Deste modo, além de identificar os fatores que afetam a política e a prática clínica, permite que o pesquisador exponha sugestões para pesquisas posteriores, visando a melhoria da assistência em saúde e orientando outros pesquisadores em suas pesquisas científicas, através do levantamento e exposição clara das lacunas de conhecimento existentes (Ursi, 2005; Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Souza; Silva; Carvalho, 2010; Botelho; Cunha; Macedo, 2011).

3.6 Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Esta etapa, a última da RI, consiste na criação de um documento que contemplará a descrição completa e transparente das etapas anteriores, baseadas em metodologias contextualizadas, e os principais resultados expostos na análise dos artigos, sem omissão das evidências relacionadas, a fim de permitir ao leitor a avaliação da fundamentação dos procedimentos adotados, os aspectos referentes à questão/temática abordada e a descrição dos estudos incluídos. Trata-se de um trabalho de importância significativa, visto que produz impacto devido a abordagem do conhecimento existente sobre o tema pesquisado. Assim sendo, todas as decisões tomadas pelo revisor durante o processo de construção da RI, poderão ser determinantes no resultado final da mesma (Ursi, 2005; Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Botelho; Cunha; Macedo, 2011). Portanto, deve ser conduzida dentro dos padrões de rigor metodológico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. B. de; ÁLVARES, A. da C. M. Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. 4, p. 196-207, 2019. Disponível em: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/256/197>. Acesso em: 01 nov. 2023.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPOyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2023.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/p5GCm87JdCD9f3PkJPJw5NM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2023.

BOTELHO, L. de L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio/ago. 2011. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/10515/o-metodo-da-revisao-integrativa-nos-estudos-organizacionais>. Acesso em: 12 maio 2023.

BRASIL. Câmara dos deputados. Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de setembro de 1989. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória**. Câmara dos deputados. Brasília, DF, 1989. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>. Acesso em: 01 out. 2023.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20so bre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para%20correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art. Acesso em: 01 out. 2023.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde**

mental. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 01 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 01 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002. **Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2002b. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/gm_p251_02_psiq.pdf. Acesso em: 14 nov 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 01 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. **Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: 01 out 2023.

_____. Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. **Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2004b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm. Acesso em: 01 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. **Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 14 nov 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. 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). *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2017a, anexo V. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 01 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2017a, anexo III. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 01 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 01 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica n. 11/2019. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

BRITO, A. A. C. de; BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/DXZ9RCkkK5qb4CP68rd8XDC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2023.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. *In*: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marion-Broome/publication/238248432_Integrative_literature_reviews_for_the_development_of_concepts/links/55ae580e08aed614b09a69bc/Integrative-literature-reviews-for-the-development-of-concepts.pdf. Acesso em: 06 ago. 2023.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. da S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Revista Interface**, v.12, n.26, p.659-66, jul./set., 2008.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/xH9kgRmyHMmPCRwewdMds5x/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 03 nov 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 713/2022 de 03 de novembro de 2022. **Atualiza a norma de atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar (APH) móvel Terrestre e Aquaviário, quer seja na assistência direta, no gerenciamento e/ou na Central de Regulação das Urgências (CRU), em serviços públicos e privados, civis e militares.** Brasília, 2022. Disponível em:

<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022/>. Acesso em: 04 nov 2023.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. de.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática [editorial]. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n.1, 2014. DOI: 10.5935/1415-2762.20140001. Disponível em:

<http://www.revenf.bvs.br/pdf/rem/v18n1/v18n1a01.pdf>. Acesso em: 12 maio 2023.

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

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoacrise.pdf>. Acesso em: 02 out. 2023.

FERNANDES, H. M. A. *et al.* Influências da reforma psiquiátrica para a construção da neuronutrição no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 4, p. 1-8, 2022. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10136/6064>. Acesso em: 02 out. 2023.

HERMONT, A. P. et al. Revisões integrativas em odontologia: conceitos, planejamento e execução. **Arquivos em odontologia**, Belo Horizonte, v. 57, p. 3-7, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/25571/26060>.

Acesso em: 12 maio 2023.

IKUTA, C. Y. et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em situações de emergência psiquiátrica: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 15, n. 4, 1034-42, out/dez, 2013. Disponível em:

<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20954/15749>. Acesso em: 01 out. 2023.

JARDIM, K. F. de S. B. **O serviço ambulatorial móvel de urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica: em análise a experiência de Aracajú/SE.** Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Natal, RN, 2008. Disponível em:

<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17411/1/KatitaFSBJ.pdf>. Acesso em: 02 out. 2023.

KLOPPER, R.; LUBBE, S.; RUGBEER, H. The matrix method of literature review. **Alternation**, v. 14, n. 1, p. 262-276, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/237542915_The_Matrix_Method_of_Literature_Review. Acesso em: 20 set. 2023.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXO/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2023.

OLIVEIRA, P. R. M. de. **Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica: a recepção das diferenças**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4833/ve_Paula_Rebello_ENSP_2002?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 02 out. 2023.

OLIVEIRA, L. C. de; SILVA, R. A. R. da. Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/916039/10726-103156-1-pb.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

REBEN. Revista Brasileira de Enfermagem. Instruções aos autores. Disponível em: <https://www.scielo.br/journal/reben/about/#instructions>. Acesso em: 08 nov 2023.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa [editorial]. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/>. Acesso em: 15 maio 2023.

SANTOS, C. M. da C.; PIMENTA, C. A. de M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, maio/jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2023.

SANTOS, M. S. dos; COIMBRA, V. C. C.; RIBEIRO, J. P. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de enfermagem UFPE on-line**, v. 5, n. 9, p. 2197-205, nov. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7001/6250>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SANTOS, M. A. R. C.; GALVÃO, M. G. A. A elaboração da pergunta adequada de pesquisa. **Residência Pediátrica**, v. 4, n. 2, p. 53-56, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v4n2a04.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2023.

SOARES, F. R. R.; MIRANDA, F. A. N. de; MEDEIROS, S. M. de. Análise contextual do atendimento a emergências psiquiátricas. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 7, p. 4269-77. Disponível em:

https://arquivos.info.ufrn.br/arquivos/20160841412bae3097064aa17bde528ad/4350-40799-1-PB_1.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

SOUZA, M. T. de.; SILVA, M. D. da.; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Journal Einstein**, v. 8, p. 102-106, 2010. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-450820100100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.pdf. Acesso em: 12 maio 2023.

SOUZA, L. M. M. de. *et al.* A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista investigação em enfermagem**, p. 17-26, nov. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Luis-Sousa-21/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem/links/5d7d2525a6fdcc2f0f6fb0f9/Metodologia-de-Revisao-Integrativa-da-Literatura-em-Enfermagem.pdf?origin=publication_detail. Acesso em: 06 ago. 2023.

SOUZA, L. M. M. de. *et al.* Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. **Revista de investigação em enfermagem**, p. 31-39, 2018. Disponível em: <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2023.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

WHITTEMORE, R.; KNALF, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: https://users.phhp.ufl.edu/rbauer/EBPP/whittemore_knafl_05.pdf. Acesso em: 23 maio 2022.

ARTIGO DE REVISÃO

**Assistência de enfermagem às urgências e emergências psiquiátricas
no atendimento pré-hospitalar móvel: uma revisão integrativa**

Aizia Salvador¹

ORCID: 0000-0003-2015-2418

Agnete Troelsen Pereira Nascimento¹

ORCID: 0000-0002-8565-653X

¹ Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE: Aizia Salvador E-mail: aizasalvador@hotmail.com



RESUMO

Objetivo: Analisar a assistência de enfermagem frente às urgências e emergências psiquiátricas no SAMU e identificar os entraves para cumprimento deste papel. **Métodos:** revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados SciELO, LILACS, BDENF e MEDLINE (via BVS). Utilizou-se a estratégia PICO. Exportou-se as referências identificadas para o gerenciador EndNote e depois para o aplicativo web Rayyan para a seleção dos estudos. **Resultados:** dos 2651 estudos identificados, 07 foram incluídos para a análise final. Evidenciou-se déficit na capacitação profissional, fragilidade na rede de saúde mental, concepção fragmentada da crise psiquiátrica, uso

de protocolos gerais, práticas coercitivas, contenções e apoio policial desnecessário, reverberando na assistência de enfermagem inadequada aos indivíduos em crise. **Considerações Finais:** A assistência prestada às urgências e emergências psiquiátricas no SAMU, mostrou-se ineficiente, ineficaz, mecanizada e desumana, infringindo as legislações e normas vigentes, indo de encontro ao ideário da reforma psiquiátrica brasileira e fortalecendo a psiquiatria clássica.

Descritores: Enfermagem; Serviços de Emergência Psiquiátrica; Atendimento Pré-Hospitalar; Saúde Mental; Intervenção na Crise.

Descriptors: Nursing; Emergency Services, Psychiatric; Emergency Medical Services; Mental Health; Crisis Intervention.

Descriptores: Enfermería; Servicios de Urgencia Psiquiátrica; Servicios Médicos de Urgencia; Salud Mental; Intervención en la Crisis (Psiquiatría).

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Manuela Bastos Alves e Tatiana Tarrão dos Santos, membros da minha banca examinadora, pelo interesse e disponibilidade.

ARTIGO DE REVISÃO

Assistência de enfermagem às urgências e emergências psiquiátricas no atendimento pré-hospitalar móvel: uma revisão integrativa

RESUMO

Objetivo: Analisar a assistência de enfermagem frente às urgências e emergências psiquiátricas no SAMU e identificar os entraves para cumprimento deste papel. **Métodos:** revisão integrativa realizada nas bases de dados SciELO, LILACS, BDENF e MEDLINE (via BVS). Utilizou-se a estratégia PICO. Exportou-se as referências identificadas para o gerenciador EndNote e depois para o aplicativo web Rayyan para a seleção dos estudos. **Resultados:** dos 2651 estudos identificados, 07 foram incluídos para a análise final. Evidenciou-se déficit na capacitação profissional, fragilidade na rede de saúde mental, concepção fragmentada da crise psiquiátrica, uso de protocolos gerais, práticas coercitivas, contenções e apoio policial, que reverberam em uma assistência de enfermagem inadequada aos indivíduos em crise. **Considerações Finais:** A assistência prestada às urgências e emergências psiquiátricas SAMU, é ineficiente, ineficaz, mecanizada e desumana, infringindo as legislações e normas vigentes, indo de encontro ao ideário da reforma psiquiátrica brasileira e fortalecendo a psiquiatria clássica.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Serviços de Emergência Psiquiátrica; Atendimento Pré-Hospitalar; Saúde Mental; Intervenção na Crise

Descriptors: Nursing Care; Emergency Services, Psychiatric; Emergency Medical Services; Mental Health; Crisis Intervention

Descriptores: Atención de Enfermería; Servicios de Urgencia Psiquiátrica; Servicios Médicos de Urgencia; Salud Mental; Intervención en la Crisis (Psiquiatria)

INTRODUÇÃO

Antigamente os indivíduos com transtornos mentais, tinham tanto sua autonomia, quanto seus direitos revogados, e eram internados de forma indiscriminada em manicômios, sendo submetidos a várias práticas desumanas de tratamento como a da segregação, maus tratos, isolamento e uso de eletrochoque. Recebiam seu cuidado seguindo o modelo biologicista, centrado em internações psiquiátricas, longe de sua família e comunidade, e não havia preocupação, nem entendimento sobre as implicações destas práticas frente ao estado de saúde destes indivíduos⁽¹⁾.

Com a redemocratização e a crise do modelo hospitalocêntrico, no final da década de 1970, inicia-se o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), através da dedicação dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, que propunha discussões e reflexões importantes acerca do tratamento e acompanhamento em saúde mental, denunciava as condições precárias dos hospitais psiquiátricos, os custos elevados, a baixa qualidade do atendimento e as condições de trabalho⁽²⁾. Nesse contexto, inicia-se o processo de desinstitucionalização, com consequente desconstrução das práticas manicomialis, lutando-se por uma sociedade livre de manicômios, a reformulação da assistência psiquiátrica, através da busca pela criação de estratégias assistenciais humanizadas aos indivíduos com transtornos mentais⁽³⁻⁴⁾.

Pensa-se em um novo modelo assistencial que respeite os direitos e a cidadania desses indivíduos⁽⁵⁾, através da criação do Projeto de Lei (PL) número 3.657/1989, pelo deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. A sua aprovação só ocorre 12 anos depois, e culmina na promulgação da Lei nº 10.216 e da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)⁽⁶⁻⁷⁾, marco na proteção e na defesa dos direitos humanos, que consolida um novo modelo de atenção integral à saúde mental e objetiva a reabilitação psicossocial e a (re)inserção social dos indivíduos em sofrimento psíquico, assegurando direitos à estes, sem qualquer tipo de discriminação, possibilitando o livre acesso às informações acerca da sua doença, bem como o estabelecimento de sua autonomia e cidadania e insituindo prerrogativas sobre a internação⁽⁷⁾.

Consonante com a PNSM, em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de políticas no âmbito de álcool e outras drogas, sendo uma importante integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), que vem possibilitar uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental, definindo como objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial, nos diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso dos indivíduos com transtornos mentais e/ ou em uso de álcool e outras drogas e às suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado humanizado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Dentre os serviços que constituem a RAPS está a Atenção de urgência e emergência, na qual insere-se o Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que é um serviço de Atendimento Pré Hospitalar (APH) móvel, importante componente de assistência à saúde, que visa a chegada precoce ao indivíduo após ocorrência de um agravo à saúde⁽⁸⁻¹²⁾.

Neste contexto, devido à rigorosa diminuição dos leitos e das internações psiquiátricas, as crises psiquiátricas (como comumente são definidas as urgências e emergências psiquiátricas) que antes eram isoladas e escondidas atrás dos muros dos manicômios e hospitais psiquiátricos, ganham espaço social, gerando a necessidade da criação de novos serviços substitutivos para suprir essa demanda⁽¹³⁾.

As crises psiquiátricas caracterizam-se como qualquer variação de natureza psiquiátrica em que sucedam-se alterações do estado mental, presença de transtorno de comportamento, pensamento ou emoção, que possam resultar em risco significativo de morte ou injúria grave para o si ou para outrem, necessitando de intervenção terapêutica imediata. Envolvem diversos eventos como as psicoses, ideações, tentativas de suicídio, depressões, síndromes cerebrais orgânicas, intoxicações exógenas por uso/abuso de álcool e/ou outras drogas, entre outros^(2,14-16). A assistência a esses indivíduos é responsabilidade/atribuição do SAMU, RAPS, polícia e corpo de bombeiros^(7-8,10,12).

Como parte integrante da equipe do SAMU, o enfermeiro no APH possui funções de ser enfermeiro assistencial, supervisionar e avaliar a equipe de enfermagem, realizar assistência de enfermagem de maior complexidade a pacientes graves e com risco de vida, ofertar educação permanente para a equipe de enfermagem, dentre outras⁽¹⁰⁾ e para cumpri-las adequadamente com qualidade e eficiência, além dos conhecimentos técnico-científicos, ele necessita de capacitação específica, agilidade, destreza e controle emocional⁽¹⁷⁾. O déficit e a carência de educação permanente, aprofundamento e visibilidade acerca da assistência de enfermagem no SAMU e podem promover falhas na assistência da equipe, principalmente em ocorrências psiquiátricas que, em sua maioria, ainda são estigmatizadas e seguem protocolos gerais neste serviço, utilizando indiscriminadamente contenções químicas e mecânicas, fortalecendo a prática medicalocêntrica e a cadeia crise/emergência/internamento⁽¹⁷⁻²¹⁾.

A presente pesquisa poderá proporcionar uma visão da prática cotidiana dos enfermeiros que atuam nas urgências/emergências psiquiátricas, ampliar discussões e contribuir para futuras pesquisas nesta área, visando preencher lacunas referente ao conhecimento técnico-científico voltado para o modelo biopsicossocial, motivando a busca de capacitação e oferta de uma assistência humanizada e adequada às necessidades dessa clientela.

OBJETIVO

Analisar a assistência de enfermagem frente às urgências e emergências psiquiátricas no SAMU e identificar os entraves para cumprimento deste papel.

MÉTODO

Aspectos éticos

A apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) foi dispensada, visto que trata-se de um estudo de revisão com dados de domínio público, com ausência de envolvimento de seres humanos.

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura na qual foi utilizada uma abordagem qualitativa. A RI é um dos métodos de pesquisa empregados na Prática Baseada em Evidências (PBE) em enfermagem - a qual possibilita sistematicamente, reunir, analisar e sintetizar, os resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, garantindo o aprofundamento teórico sobre diferentes perspectivas de um mesmo tema e permitindo a geração de novos conhecimentos⁽²²⁻²³⁾. O presente estudo foi conduzido em seis etapas distintas, a saber: 1ª) A identificação da questão de pesquisa; 2ª) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/busca na literatura; 3ª) Categorização dos estudos; 4ª) Avaliação dos estudos incluídos; 5ª) Interpretação dos resultados; e 6ª) Síntese do conhecimento⁽²²⁾.

Identificação da questão de pesquisa

A construção da questão de pesquisa foi norteada pelo modelo de acrônimos da estratégia tipo PICO⁽²⁴⁾ (Quadro 1) e consistiu-se em: Como é realizada a assistência de enfermagem e quais os entraves encontrados por estes profissionais frente às urgências e emergências psiquiátricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)?

Quadro 1 - Estratégia tipo PICO para elaboração da questão de pesquisa. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	<i>Population</i>	Indivíduos em situação de urgência e emergência psiquiátrica
I	<i>Interest Phenomenon</i>	Assistência e/ou cuidado de enfermagem e os entraves encontrados
Co	<i>Context</i>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Fonte: Elaboração própria. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.

Coleta de dados

Para a identificação dos estudos, realizou-se a busca eletrônica, nos dias 30 e 31 de outubro de 2023, via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), além da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Não foi consultada a literatura cinzenta. A estratégia de busca foi formulada com a conjugação dos descritores controlados em português e inglês - DeCS (Descritores em Ciências da

Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*) respectivamente - relacionados à assistência de enfermagem ("Cuidados de enfermagem"/*Nursing Care*) e aos serviços de emergência ("Serviços Médicos de Emergência"/*Emergency Medical Services*) e seus respectivos sinônimos e/ou palavras-chave, combinados aos operadores booleanos (*AND* e *OR*). As estratégias de busca foram realizadas inicialmente na SciELO e, posteriormente, nas outras bases de dados, preconizando-se as especificidades de cada uma delas (Quadro 2).

Quadro 2 - Estratégias de busca empregadas nas bases de dados. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.

Base de dados	Número de estudos identificados	Estratégia de busca
SciELO	1274	(* <i>"Cuidados de enfermagem" OR "Cuidado de enfermagem" OR "Atendimento de enfermagem" OR "Assistência de enfermagem" OR "Nursing Care" OR "Care, Nursing" OR "Management, Nursing Care" OR "Nursing Care Management"</i>) AND (<i>"Serviços Médicos de Emergência" OR "Pronto socorro" OR "Atendimento Pré-hospitalar" OR "Atendimento de emergência pré-hospitalar" OR "Centros de emergência" OR Samu OR "Serviços de atendimento de emergência" OR "Emergency Medical Services" OR "Emergency Services, Medical" OR "Emergency Service, Medical" OR "Medical Emergency Service" OR "Medical Emergency Services" OR "Service, Medical Emergency" OR "Services, Medical Emergency" OR "Medical Services, Emergency" OR "Emergency Medical Service" OR "Medical Service, Emergency" OR "Service, Emergency Medical" OR "Services, Emergency Medical" OR "Prehospital Emergency Care" OR "Emergency Care, Prehospital" OR "Emergicenters" OR "Emergicenter"</i>)
MEDLINE	892	(* <i>"Cuidados de enfermagem" OR "Cuidado de enfermagem" OR "Atendimento de enfermagem" OR "Assistência de enfermagem" OR "Nursing Care" OR "Care, Nursing" OR "Management, Nursing Care" OR "Nursing Care Management"</i>) AND (<i>"Serviços Médicos de Emergência" OR "Pronto socorro" OR "Atendimento Pré-hospitalar" OR "Atendimento de emergência pré-hospitalar" OR "Centros de emergência" OR Samu OR "Serviços de atendimento de emergência" OR "Emergency Medical Services" OR "Emergency Services, Medical" OR "Emergency Service, Medical" OR "Medical Emergency Service" OR "Medical Emergency Services" OR "Service, Medical Emergency" OR "Services, Medical Emergency" OR "Medical Services, Emergency" OR "Emergency Medical Service" OR "Medical Service, Emergency" OR "Service, Emergency Medical" OR "Services, Emergency Medical" OR "Prehospital Emergency Care" OR "Emergency Care, Prehospital" OR "Emergicenters" OR "Emergicenter"</i>)
LILACS	237	(* <i>"Cuidados de enfermagem" OR "Cuidado de enfermagem" OR "Atendimento de enfermagem" OR "Assistência de enfermagem" OR "Nursing Care" OR "Care, Nursing" OR "Management, Nursing Care" OR "Nursing Care Management"</i>) AND (<i>"Serviços Médicos de Emergência" OR "Pronto socorro" OR "Atendimento Pré-hospitalar" OR "Atendimento de emergência pré-hospitalar" OR "Centros de emergência" OR Samu OR "Serviços de atendimento de emergência" OR "Emergency Medical Services" OR "Emergency Services, Medical" OR "Emergency Service, Medical" OR "Medical Emergency Service" OR "Medical Emergency Services" OR "Service, Medical Emergency" OR "Services, Medical Emergency" OR "Medical Services, Emergency" OR "Emergency Medical Service" OR "Medical Service, Emergency" OR "Service, Emergency Medical" OR "Services, Emergency Medical" OR "Prehospital Emergency Care" OR "Emergency Care, Prehospital" OR "Emergicenters" OR "Emergicenter"</i>)
BDENF	248	(* <i>"Cuidados de enfermagem" OR "Cuidado de enfermagem" OR "Atendimento de enfermagem" OR "Assistência de enfermagem" OR "Nursing Care" OR "Care, Nursing" OR "Management, Nursing Care" OR "Nursing Care Management"</i>) AND (<i>"Serviços Médicos de Emergência" OR "Pronto socorro" OR "Atendimento Pré-hospitalar" OR "Atendimento de emergência pré-hospitalar" OR "Centros de emergência" OR Samu OR "Serviços de atendimento de emergência" OR "Emergency Medical Services" OR "Emergency Services, Medical" OR "Emergency Service, Medical" OR "Medical Emergency Service" OR "Medical Emergency Services" OR "Service, Medical Emergency" OR "Services, Medical Emergency" OR "Medical Services, Emergency" OR "Emergency Medical Service" OR "Medical Service, Emergency" OR "Service, Emergency Medical" OR "Services, Emergency Medical" OR "Prehospital Emergency Care" OR "Emergency Care, Prehospital" OR "Emergicenters" OR "Emergicenter"</i>)

Fonte: Elaboração própria. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.

Seleção dos estudos

Após as buscas realizadas nas bases de dados, os resultados foram exportados para o *EndNote Basic*, versão *on-line*, um gerenciador de referências, no qual foram extraídas as referências indexadas em duplicidade. Em seguida, realizou-se a seleção dos estudos, utilizando o aplicativo *web* Rayyan, que pode ser acessado por meio do endereço eletrônico <https://rayyan.qcri.org>. Neste, os estudos foram examinados, primeiramente, por meio da leitura do título e resumo, verificando-se se os mesmos atendiam aos critérios de elegibilidade da presente

revisão. Os estudos considerados elegíveis foram lidos na íntegra e analisados segundo os critérios de elegibilidade.

Critérios de seleção

Foram incluídos estudos primários, disponíveis na íntegra e gratuitos, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, sem corte temporal, visto que objetivava-se a inclusão de todos os estudos que abordassem o tema. Foram excluídos os estudos indisponíveis de forma gratuita para a leitura online na íntegra, indexados em duplicidade, teses, dissertações, resumos de congressos, anais e os realizados em Hospitais Psiquiátricos, Pronto Socorros (PS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que não atendiam ao escopo da presente revisão ou que tangenciam o tema. Identificou-se um total de 2651 estudos, sendo encontrados 1274 na SciELO, 237 na LILACS, 892 na MEDLINE e 248 na BDENF, sendo as três últimas pesquisadas via BVS de forma individualizada.

Foram utilizados os filtros “idioma” (inglês, espanhol e português) excluindo-se 156 estudos da MEDLINE e “texto completo” excluindo-se 419 estudos da MEDLINE, 40 da BDENF e 58 da LILACS. Não foram utilizados filtros na busca realizada na SciELO. Deste modo, após utilização dos filtros, restaram 1978 estudos que foram posteriormente exportados ao gerenciador de referências *EndNote Basic*, versão *on-line*, onde foram excluídas 532 referências indexadas em duplicidade em pelo menos duas bases de dados, totalizando 1446 estudos.

Dentre os 1446 estudos identificados e avaliados (através do aplicativo *web Rayyan*), 1424 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade da presente revisão, por meio da leitura do título (1344) e resumo (79). Dos 23 estudos elegíveis para análise, 1 foi excluído devido à indisponibilidade de texto completo/gratuito de livre acesso, restando 22 estudos para leitura na íntegra. Destes, 15 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade: 11 por tangenciar o tema abordado, 1 tese, 2 dissertações e 1 por ser realizado em dois hospitais da Indiana. Deste modo, a presente revisão é composta por 7 estudos na amostra final.

Instrumento utilizado para coleta das informações

Os dados dos estudos incluídos foram através do formulário adaptado no instrumento validado por Ursi⁽²⁵⁾ e contempla: identificação dos estudos (título do artigo, autor(es), idioma, ano de publicação, periódico), local de realização do estudo, características metodológicas (delineamento do estudo conforme utilizado pelo(s) autor(es) e amostra), resultados e conclusões.

Análise dos dados

Os mesmos foram analisados qualitativamente, sintetizando as evidências dos estudos primários de forma descritiva. Considerando-se fundamental, avaliou-se o nível de evidência (NE),

variando do nível I (revisão sistemática ou metanálise - uma síntese de evidências de todos os ensaios randomizados e controlados relevantes) ao nível VII (Opinião ou consenso - parecer oficial do comitê de especialistas)⁽²⁶⁾.

RESULTADOS

A presente revisão analisou a amostra composta pelos 7 estudos primários que identificaram como é realizada a assistência de enfermagem frente às urgências e emergências psiquiátricas no SAMU e os entraves encontrados por estes profissionais nesse contexto. O fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) da seleção dos estudos pode ser observado na Figura 1.

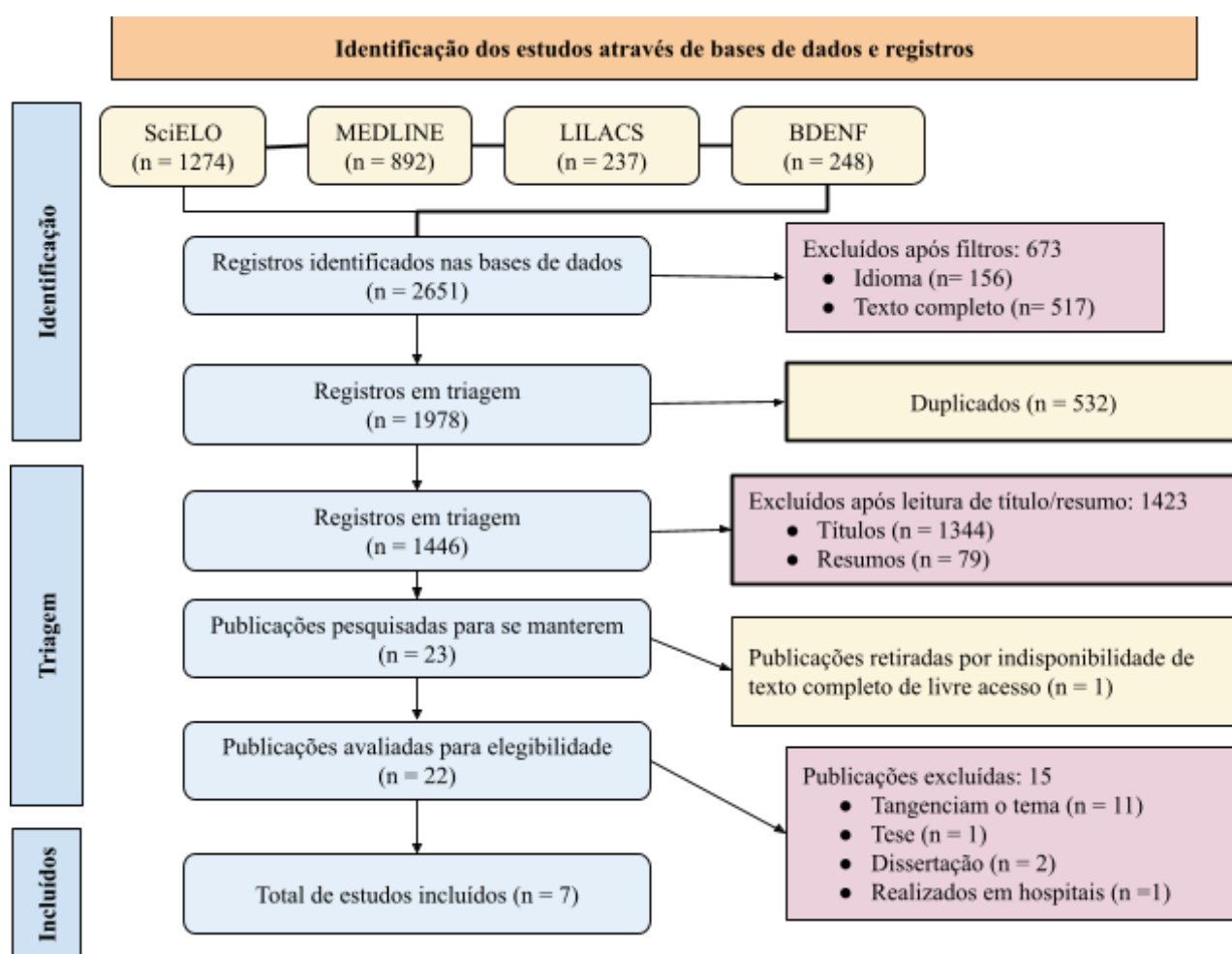


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos da presente revisão integrativa (n=7), segundo o modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.

Fonte: Elaboração própria. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.

A síntese geral dos estudos incluídos nesta revisão está exposta segundo identificação dos estudos (autores, idioma, ano de publicação) título do artigo, periódico, características metodológicas (delineamento do estudo conforme a nomenclatura utilizada pelo(s) autor(es) e amostra), nível de evidência (Quadro 3) e objetivos, resultados e conclusões (Quadro 4).

A amostra apresentou maior número de publicações nos anos de 2015 (n=2; 28,57%)^(19,27) e 2020 (n=2; 28,57%)⁽³⁰⁻³¹⁾, nos anos de 2016⁽²⁸⁾, 2017⁽²⁰⁾ e 2018⁽²⁹⁾ foram realizadas 3 publicações de estudos, 1 estudo por ano (14,28%). Os estudos foram publicados nos idiomas inglês e português (n=3; 42,85%)^(27,30-31) e somente no idioma português (n=4; 57,14%)^(19-20,28-29). Seis estudos foram publicados em periódicos nacionais (85,71%)^(19-20,27,29-31) e 1 em periódico internacional (14,28%)⁽²⁸⁾, dos quais 6 ocorreram em periódicos da enfermagem (85,71%)^(20,27-31) e 1 em periódico da saúde coletiva (14,28%)⁽¹⁹⁾. Tratam-se de estudos descritivos^(20,27-31) e exploratórios^(19,27-29,31), do tipo estudo de caso⁽¹⁹⁾, com abordagem qualitativa^(19-20,27-31). Em sua maioria, os estudos foram realizados em Mossoró/RN (n=3; 42,85%)^(20,29,30), os demais foram realizados em Santa Catarina (n=1; 14,28%)⁽²⁷⁾, Natal/RN (n=1; 14,28%)⁽¹⁹⁾, Itabuna/BA (n=1; 14,28%)⁽²⁸⁾ e em Rio Grande/RS (n=1; 14,28%)⁽³¹⁾. Em relação ao nível de evidência, todos os estudos apresentaram nível VI (Quadro 3).

Quadro 3 - Síntese dos estudos incluídos para compor a amostra final da revisão integrativa (n=7), segundo identificação (autores, ano e idioma), título do artigo, periódico, tipo de publicação, amostra e nível de evidência. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.

ID*	Título	Periódico	Tipo de publicação	Amostra	NE†
Almeida AB, Nascimento ERP do, Rodrigues J, Zeferino MT, Souza AIJ de, Hermida PMV. (2015) ⁽²⁷⁾ Português/Inglês	Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial	Texto Contexto Enfermagem	Estudo qualitativo, exploratório, descritivo.	Quatro equipes da USB [‡] do SAMU [§] de um município de Santa Catarina.	VI
Brito AAC de, Bonfada D, Guimarães J. (2015) ⁽¹⁹⁾ Português	Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Estudo com abordagem qualitativa, exploratória e do tipo estudo de caso.	24 profissionais do SAMU [§] de Natal, Rio Grande do Norte	VI
Bastos F, Dutra C, Silva JAda, Pacheco K, Silva T. (2016) ⁽²⁸⁾ Português	Saúde mental no APH** móvel: concepções de profissionais	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa	28 profissionais do SAMU [§] do município de Itabuna, Bahia	VI
Oliveira LC de, Silva RAR da. (2017) ⁽²⁰⁾ Português	Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas	Revista de Enfermagem UERJ	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	34 profissionais de enfermagem do SAMU [§] do município de Mossoró/Rio Grande do Norte	VI
Oliveira LC de, Silva RAR da, Carvalho FPB de, Soares FRR, Souza KMN de, Solano LC. (2018) ⁽²⁹⁾ Português	Dificuldades no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas SAMU [§]	Enfermagem em foco	Pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa	34 profissionais de enfermagem do SAMU [§] do município de Mossoró/Rio Grande do Norte	VI

Oliveira LC de, Menezes HF de, Oliveira RL de, Lima DM de, Fernandes SF, Silva RAR da. (2020) ⁽³⁰⁾ Português/Inglês	Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem	Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	34 profissionais de enfermagem do SAMU [§] do município de Mossoró/Rio Grande do Norte	VI
Silva SDV da, Oliveira AMN de, Medeiros SP, Salgado RGF, Lourenção LG. (2020) ⁽³¹⁾ Português/Inglês	Concepções dos enfermeiros frente à utilização de protocolos de urgência psiquiátrica no APH** móvel	Revista de Enfermagem UERJ	Estudo qualitativo, descritivo exploratório.	9 enfermeiros da equipe do SAMU [§] no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul	VI

*ID = Identificação (autores, ano e idioma); †NE = Nível de Evidência; §SAMU = Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; ‡USB = Unidade de Suporte Básico; **APH = Atendimento Pré-Hospitalar.

Fonte: Elaboração própria. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.

Os estudos evidenciaram que a assistência de enfermagem no APH à pessoa em crise psíquica é ofertada de forma inadequada, desumanizada e pouco resolutiva^(19,29-30), visto que segue medidas protocolares^(27,31), mecânica e pontual⁽³⁰⁾, reproduzindo um modelo de atenção fragmentado e de segregação do indivíduo em crise⁽²⁸⁾, baseando-se principalmente em uso da força coercitiva, exercida sobretudo pelo auxílio de policiais militares, contenção física e/ou química e encaminhamento/internamento em hospital psiquiátrico^(19,27-28,30-31).

A falta de uma rede de serviços em saúde mental hierarquizada, estruturada e resolutiva^(20,29), as concepções fragmentadas dos profissionais em relação à saúde mental e a crise ainda atreladas ao positivismo da psiquiatria⁽²⁷⁻²⁸⁾, a necessidade de capacitação e instrumentalização para atuação dos enfermeiros nas urgências/emergências psiquiátricas^(19,31), uso de protocolos que direcionam os cuidados e interferem no manejo do indivíduo em crise psiquiátrica⁽³¹⁾, são evidenciadas como entraves para prestação de uma assistência humanizada e consolidação das diretrizes da RPB no APH^(19-20,30-31) (Quadro 4).

Quadro 4 - Síntese dos estudos incluídos para compor a amostra final da presente revisão integrativa (n=7), segundo identificação (autores e ano), objetivos, resultados e conclusões. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.

ID*	Objetivos	Resultados	Conclusões
Almeida AB, Nascimento ERP do, Rodrigues J, Zeferino MT, Souza AIJ de, Hermida PMV. (2015) ⁽²⁷⁾	Conhecer a percepção e as intervenções de equipes de suporte básico do SAMU [§] na situação da crise psíquica.	Emergiram 3 discursos: crise como alteração de comportamento e instabilidade psicológica; manifestação com presença de alucinações e agressividade; intervenção com contenção física, medicamentosa e encaminhamento.	A concepção de crise pelos profissionais está atrelada ao positivismo da psiquiatria e a atenção pré-hospitalar segue medidas protocolares no atendimento à pessoa em crise psíquica, distantes dos princípios determinados pelo paradigma psicossocial.
Brito AAC de, Bonfada D, Guimarães J. (2015) ⁽¹⁹⁾	Discutir o atendimento prestado às crises psiquiátricas pelos profissionais de	Surgiram 4 categorias de análise: a polícia militar e as ocorrências psiquiátricas; características do atendimento prestado pelo SAMU [§] em urgências	A discussão aponta que elementos associados à prática manicomial, como o uso da força coercitiva, exercida sobretudo pelo auxílio de policiais militares, ainda sustentam o

	saúde do SAMU [§]	psiquiátricas; necessidade de capacitação profissional; responsabilidade do SAMU [§] com as urgências psiquiátricas.	ideário e a assistência prestada pelos profissionais entrevistados. Todavia, a assistência prestada nesses casos precisa manter os laços sociais, ambientais e afetivos dos sujeitos, evitando medidas violentas, de cunho repressor ou excludente. Portanto, a pesquisa suscitou reflexão sobre questões relevantes para o processo de concretização da RPB [†] no espaço do APH ^{**} de urgência.
Bastos F, Dutra C, Silva JA da, Pacheco K, Silva T. (2016) ⁽²⁸⁾	Apreender as concepções dos profissionais envolvidos no APH ^{**} acerca da atenção à saúde mental.	Observou-se concepções negativas em relação à saúde mental, que reproduzem um modelo de atenção fragmentado, que segrega o “louco” para outros espaços, não permitindo a dimensão do cuidado ampliada, com acesso equânime, por entender esse sujeito como diferente, ameaçador, levando à exclusão e ideia de que a única opção, é o encaminhamento/internamento em hospital psiquiátrico.	Os conceitos fragmentados sobre a saúde diminuem o acesso aos serviços e oportunidades de emancipação do portador de transtorno mental. A reorientação dessa lógica é necessária para qualificar o atendimento e promover nesses profissionais o comprometimento com uma atenção à saúde ampliada e integral, com a perspectiva de melhoria do acesso aos serviços dispostos na rede, independente do usuário que utilizará o SAMU [§] .
Oliveira LC de, Silva RAR da. (2017) ⁽²⁰⁾	Identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao usuário em sofrimento psiquiátrico no SAMU [§] .	Emergiram as categorias: entraves na assistência às urgências e emergências psiquiátricas; estratégias para consolidação da assistência integral às urgências e emergências psiquiátricas. Tais condições se justificam pela assistência ofertada de forma inadequada e pela ausência de uma rede de serviços em saúde mental resolutiva.	A falta de uma rede de atendimento em saúde mental organizada e hierarquizada constitui-se como entrave para consolidação das diretrizes da RPB [†] na prática.
Oliveira LC de, Silva RAR da, Carvalho FPB de, Soares FRR, Souza KMN de, Solano LC. (2018) ⁽²⁹⁾	Identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao usuário em sofrimento psíquico no SAMU [§] .	A assistência de enfermagem ofertada aos usuários em situação de urgência e Emergência psiquiátrica é realizada de forma inadequada, principalmente pela falta de uma rede de serviços em saúde mental estruturada e resolutiva.	A falta de uma rede de atendimento em saúde mental organizada e hierarquizada constitui entrave para que as diretrizes da RPB [†] possam ser concretizadas na prática.
Oliveira LC de, Menezes HF de, Oliveira RL de, Lima DM de, Fernandes SF, Silva RAR da. (2020) ⁽³⁰⁾	Compreender como os trabalhadores de enfermagem percebem o cuidado às pessoas em situações de urgências e emergências psiquiátricas no SAMU [§] .	A análise das entrevistas permitiu a identificação de três categorias: prática mecanicista, necessidade de qualificação e (des)humanização da assistência. Foi possível identificar que o cuidado ofertado aos usuários em situação de urgência ou emergência psiquiátrica é baseado em ações mecanicistas e pontuais.	Os trabalhadores de enfermagem percebem que o cuidado às pessoas em situações de urgências e emergências psiquiátricas no SAMU [§] é baseado principalmente em medidas de contenção física e química, tornando a assistência pouco resolutiva e desumanizada e suscitando a necessidade de qualificação profissional.

Silva SDV da, Oliveira AMN de, Medeiros SP, Salgado RGF, Lourenção LG. (2020) ⁽³¹⁾	Conhecer as concepções do enfermeiro frente à utilização de protocolos na urgência psiquiátrica no âmbito pré-hospitalar móvel.	Foram elencadas duas categorias: Protocolos de atendimento de urgência psiquiátrica e seu emprego no serviço de APH ^{**} ; e Fatores que influenciam o atendimento de urgência e emergência psiquiátrica. Os protocolos se direcionam contra os preceitos da RPB [†] e colocam sua aplicabilidade como fator de interferência no manejo da pessoa em crise, dando continuidade à ação ideológica social da contenção física.	O estudo mostrou o contexto da prática dos enfermeiros nas urgências psiquiátricas e evidenciou que os enfermeiros do SAMU [§] não estão devidamente instrumentalizados para atuarem nas urgências/emergências psiquiátricas.
---	---	--	--

*ID= Identificação (autores, ano); §SAMU= Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; **APH= Atendimento Pré-Hospitalar; †RPB = Reforma Psiquiátrica Brasileira;

Fonte: Elaboração própria. Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2023.

DISCUSSÃO

A presente revisão sintetizou as evidências nos estudos primários incluídos relacionadas à assistência de enfermagem frente às urgências e emergências psiquiátricas no SAMU e verificou que os entraves, mais relatados, no cumprimento deste papel relacionavam-se a uma concepção fragmentada da crise atrelada ao positivismo da psiquiatria, o uso de protocolos gerais, a falta de capacitação dos profissionais e a fragilidade na rede de saúde mental que, conseqüentemente, reverbera em uma assistência de enfermagem inadequada, desumanizada, pouco resolutiva, que segue o modelo de segregação e baseia-se, principalmente, em práticas coercitivas, contenções químicas, física e mecânica, com apoio de policiais militares e resultando no encaminhamento/internamento do indivíduo em crise no hospital psiquiátrico^(19,20,27-31).

O SAMU, que é um serviço de APH móvel - visa a chegada precoce ao indivíduo após ocorrência de um agravo à saúde e presta assistência e/ou encaminhamento adequado deste a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS - é porta de entrada dos indivíduos com transtornos mentais em situação de crise, sendo responsável pela articulação do fluxo de atendimento em saúde mental e prestação de assistência à estes indivíduos, juntamente com a RAPS, polícia e o corpo de bombeiros, como determina a Portaria 2048/2002⁽⁷⁻¹³⁾.

Contudo, apesar de ocuparem um lugar estratégico no SUS, apresentam-se como ponto conturbado na RAPS, pois na maioria das vezes, os profissionais que ali estão, acabam priorizando a sedação do indivíduo e o encaminhamento deste para a internação hospitalar, quando deparam-se com manifestações de uma crise psíquica. Conseqüentemente, fortalecem a prática biomédica e a cadeia crise/emergência/internamento, como se esta fosse a única ou principal alternativa para encerrar a crise⁽²¹⁾.

Por vezes, as ocorrências psiquiátricas evidenciam situações que determinam a realização do manejo verbal, através da comunicação terapêutica e uso de uma abordagem mais compreensiva,

demandando um tempo atípico de atendimento das demais ocorrências do SAMU, que preconizam o tempo resposta, comprometendo as bases protocolares de agilidade no atendimento, pautada na assistência efetiva e resolutiva. Entretanto, a celeridade, que é essencial para o adequado funcionamento do serviço de urgência e emergência, quando aplicada no manejo do indivíduo em crise psíquica, pode acarretar em implicações no que se refere ao tratamento efetivo deste ou formação dos profissionais de saúde que poderão atuar nesse serviço^(13,32). Isto é evidenciado nos estudos, que apontaram como entraves: utilização de protocolos gerais, a concepção fragmentada da crise e falta de capacitação profissional sobre os emergências psiquiátricas.

O SAMU atua fundamentando-se em protocolos, que foram elaborados para promover efetivamente a redução de prováveis situações traumáticas à vítima, ainda no local da ocorrência. Entretanto, o protocolo utilizado na urgência psiquiátrica, refere-se ao manejo verbal, e assemelha-se aos demais protocolos gerais utilizados na prática cotidiana, padronizando a realização da assistência sistematizada em etapas. Isto, por sua vez, inviabiliza a percepção da subjetividade e fatores psicossociais desencadeadores da crise psíquica no indivíduo atendido pela equipe. Deste modo, o protocolo encontra-se em desacordo com a PNSM, uma vez que a assistência é pautada no modelo biomédico, condicionando a atuação do enfermeiro à observação da situação do indivíduo em crise⁽³³⁾.

Configurando-se como um desafio, no que tange ao atendimento de enfermagem na urgência psiquiátrica, a atuação frente ao inesperado pode ocasionar no enfermeiro a emersão do receio, do sentimento de medo, com fortalecimento da estigmatização da crise psiquiátrica, devido à fragmentação da sua concepção e a percepção da possibilidade de agressão, que pode estar relacionada à formação acadêmica dos enfermeiros e à falta de treinamento específico para o atendimento da urgência psiquiátrica⁽³³⁻³⁵⁾. Isto, conseqüentemente, abre uma lacuna na interpretação da Portaria nº 2.048/GM, que define que uma das funções do SAMU durante o atendimento é o reconhecimento da necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando os indivíduos em crise estão agressivos e possam promover situação de risco para si e para outros, conferindo segurança à equipe de APH⁽¹⁰⁾.

Isso comumente acontece na maioria das ocorrências psiquiátricas, quando o apoio da polícia militar é acionado, permeado pela estigmatização e déficit de capacitação, porém justificando sua necessidade sob o argumento da agressividade por parte do indivíduo em crise psiquiátrica⁽³⁶⁾. A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)⁽⁸⁾ aponta em seu texto que as crises psiquiátricas configuram-se como um objeto de intervenção da polícia, mesmo diante do despreparo dessa categoria que, historicamente, são agentes de repressão e manutenção da ordem⁽³⁶⁾. Neste contexto, muitas vezes executada pela polícia, a contenção física e mecânica é realizada de forma coercitiva, violenta e repressiva⁽³⁷⁾.

Essa prática é amplamente utilizada no SAMU, em hospitais gerais, UPA, e vão de encontro ao ideário da RPB, prejudicam a assistência humanizada aos indivíduos em crise psiquiátrica no contexto de APH móvel e evidenciam as relações de poder que caracterizam a psiquiatria clássica e a sua autoridade de tomar o corpo como objeto de suas práticas⁽³⁷⁾. Deste modo, critica-se o despreparo policial ao manejar o indivíduo em crise e, acima de tudo, o uso indiscriminado de medidas extremas em situações de urgência/emergência psiquiátrica, nas quais os indivíduos mostram-se, até certo ponto, cooperativos ou abertos ao diálogo, à interação e à adoção de medidas terapêuticas que visem à vivência positiva daquele momento tão traumático⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

As contenções objetivam a restrição dos movimentos físicos do paciente, devido ao risco que este apresenta para si e para terceiros e está amparada nas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM)⁽³⁸⁾ e na resolução nº 427/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)⁽³⁹⁾. No SAMU, os três tipos de contenção são realizados, às vezes, de modo indiscriminado, permeado pelo preconceito e medo da agressividade. A contenção física é realizada manualmente pelos profissionais de saúde; na contenção mecânica há a utilização de amarras ou faixas e na contenção química são utilizadas administração de medicamentos. Salienta-se que, caso se faça necessária a aplicação da contenção pela equipe, o planejamento e a utilização da sua forma correta é de suma importância.

Visto que aos indivíduos em crise estão assegurados direitos, como o de ter seu cuidado prestado em ambiente terapêutico com o uso de práticas menos invasivas possíveis, a contenção física e/ou mecânica do indivíduo em crise psiquiátrica deverão ser evitadas ao máximo, sendo os últimos recursos de intervenção, utilizados após serem esgotadas todas as tentativas para acalmá-lo, através da comunicação terapêutica, a fim de se estabelecer uma relação de confiança^(7,40-41).

Contudo, caso se faça necessária, não deverá ocasionar danos físicos ou intensificação da crise no paciente, realizando-se com técnicas específicas, de forma sistêmica por equipe devidamente treinada composta por cinco profissionais. Se a contenção mecânica for utilizada, o paciente deverá ser avaliado constantemente para determinação da continuidade ou não da contenção. Deste modo, a decisão do uso não deverá partir de protocolos já institucionalizados no SAMU frente ao atendimento a essa clientela e deve ser ajustada à singularidade de cada ocorrência⁽⁴²⁻⁴³⁾.

Dito isto, é de suma importância que a capacitação para manejo da crise psiquiátrica seja ofertada aos enfermeiros, por meio do conhecimento técnico-científico^(7,33,41-45), visto que, na prática profissional, as contenções são utilizadas de forma indiscriminada, como primeira opção de intervenção ou como meio para punir e intimidar os pacientes que, deste modo, tem seus direitos e sua autonomia revogados, remetendo às práticas manicomiais e de segregação. O direcionamento do olhar para as necessidades do paciente e a utilização da abordagem terapêutica, tendo o diálogo

como prioridade de intervenção, possibilita que o enfermeiro e a equipe do SAMU dispensem o uso da força policial e pautem-se em recursos teórico-científicos pertinentes à cada ocorrência.

Salienta-se que, a decisão acerca da necessidade de acionar outros profissionais para o atendimento às urgências psiquiátricas, só deverá ser tomada no local da ocorrência, a partir do reconhecimento dos sinais de gravidade das patologias psiquiátricas ou se for identificado risco para a segurança da equipe do SAMU. Contudo, não é o que acontece no cotidiano das emergências psiquiátricas, visto que o apoio da polícia é acionado antes mesmo da equipe ser deslocada ao local de atendimento, baseando-se nas informações passadas pelo familiar ou responsável, durante a ligação e solicitação de atendimento e não na presença da observação da crise psiquiátrica^(10,32).

O enfermeiro deve avaliar todo o contexto psicossocial no qual este indivíduo está inserido e realizar a descrição das suas observações ao médico regulador, garantindo ao paciente um cuidado humanizado e assegurando seus direitos perante a lei. Defender e basear-se na premissa de que todo paciente em crise psiquiátrica é potencialmente agressivo, é um reflexo da estigmatização, preconceito e falta de preparo dos profissionais para atuar frente às intervenções em urgência e emergência psiquiátrica. Deste modo, o enfermeiro precisa ter capacidade para identificar as situações que haja o risco nas urgências psiquiátricas, afastando-se das intervenções pautadas por julgamentos estereotipados e estigmatizados, alicerçados pelo ideário da psiquiatria tradicional^(7-10,32).

Nota-se, portanto, que as situações de urgência/emergência psiquiátrica representam um imenso desafio, visto que os profissionais de saúde que atuam nesta área não estão capacitados para prestar uma assistência de qualidade e humanizada à essa clientela⁽¹⁶⁾, não realizam o manejo verbal ou a abordagem terapêutica. Associado a isso, a frequência de ocorrências envolvendo urgências/emergências psiquiátricas no SAMU aumentou, visto que as mesmas ganharam espaço social, com a redução progressiva do número de leitos e internações psiquiátricas, devido ao movimento da RPB e a aprovação da PNSM. Deste modo, a necessidade de ofertar uma assistência de enfermagem adequada, resolutiva e humanizada a esses indivíduos também cresceu^(10,13).

Neste contexto, capacitação e educação permanente em saúde acerca da realização de uma assistência pautada na humanização e cuidado, para os profissionais que lidam com esses pacientes, incluindo os enfermeiros, é primordial, visto que o atendimento ocorre no local onde a vítima se encontra e o grau de assistência adequada dá-se a partir do contato e cuidado humanizado e exige dos profissionais envolvidos nesse processos o controle emocional e habilidade para agir com raciocínio lógico e rápido^(10,13). Isto é evidenciado nos estudos incluídos da presente revisão, destacando a capacitação como fator imprescindível, que conseqüentemente possibilitará a redução dos entraves que permeiam e interferem na efetividade e eficácia da assistência humanizada aos pacientes psiquiátricos no SAMU.

Destaca-se que, a capacitação profissional da equipe do SAMU, acerca dos protocolos gerais, realiza-se no momento em que o serviço é implantado no município. Todavia, para as intervenções em saúde mental são dedicadas apenas 2 horas deste treinamento⁽¹⁰⁾, sendo insuficiente diante de toda a complexidade em que insere-se este campo da saúde. Na prática, isso torna-se ainda mais complicado, visto que a área da urgência e emergência não pratica ou nega a empatia, diálogo, corresponsabilidade, humanização, criatividade e subjetividade, ou seja, os cuidados e atenção necessários frente a uma crise psíquica.

O Núcleo de Educação Permanente (NEP), é um núcleo de educação específico implantado em cada SAMU, que tem como principal objetivo a potencialização da qualificação dos profissionais das urgências e emergências do componente APH móvel, visto que é uma área que necessita de formação específica e permanente atualização⁽⁴⁶⁾. Está ligado ao Núcleo de Educação em Urgências (NEU) que é destinado à capacitação dos profissionais que atuam na área da saúde, independente de ser no APH móvel ou fixo, e segue os princípios do SUS e tem como base a promoção integral da saúde, a educação continuada, os princípios da organicidade e a transformação dos determinantes e da realidade⁽¹⁰⁾.

Ambos, configuram-se como ferramentas importantes na capacitação dos profissionais da RAPS, visando preencher as lacunas do conhecimento, principalmente no que tange à assistência adequada às crises psiquiátricas. Contudo, na prática evidenciou-se que as atualizações e capacitações ofertadas, geralmente, abordam o atendimento ao trauma, problemas cardiorrespiratórios, ortopédicos e imobilização, entre outros.

Geralmente o SAMU realiza o encaminhamento dos indivíduos em crise psiquiátrica para hospitais psiquiátricos, conduta muito restrita que acaba quase sempre numa situação de internação e fortalece a psiquiatria clássica, evidenciando uma falha na articulação da rede, visto que não considera outras possibilidades terapêuticas de serviços substitutivos, criados a partir do movimento da RPB. A efetiva integração do SAMU com os demais serviços da RAPS, é um fator decisivo para o bom funcionamento de todo o sistema de atendimento psiquiátrico, visto que uma rede de saúde articulada possibilita uma melhor condução e assistência aos indivíduos em crise psiquiátrica.

Destaca-se que a principal diretriz da PNSM refere que internamento do paciente em hospital psiquiátrico somente ocorrerá quando o tratamento extra-hospitalar for ineficaz, ou seja, quando a rede assistencial não for efetiva⁽⁷⁾. Além disso, a Portaria nº 251/GM/MS define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS, e estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria. Contudo, apesar da legislação, os encaminhamentos dos pacientes em crise psiquiátrica realizados de modo arbitrário, ainda reforçam a internação em hospitais psiquiátricos^(7,47). Isto é potencializado ainda mais quando observa-se que a oferta de leitos de saúde mental nos hospitais gerais é menor que em hospitais psiquiátricos⁽⁸⁾.

Deste modo, o atendimento ofertado pelo equipe do SAMU às crises psiquiátricas deve ocorrer de forma humanizada e priorizar a estabilização do quadro clínico do indivíduo, através do controle do sintoma alvo, o reconhecimento de patologias e/ou alterações orgânicas que possam interferir nas alterações mentais, o estabelecimento das hipóteses diagnósticas e encaminhamento para cuidado ininterrupto/continuado e contemplar as diretrizes da RPB, se descaracterizando como um mero instrumento de transporte manicomial^(14,36).

Assim, necessita de profissionais capacitados em lidar com situações de crise psíquica, articulação sólida com os outros serviços da rede de saúde mental, para direcionamento e cuidado continuado, seguindo os princípios e diretrizes do SUS e respeitando a PNSM, para que haja a ruptura da perpetuação de atitudes médico-repressivas, práticas manicomiais pautadas em estereótipos e concepções estigmatizadas, que remete às características do atendimento prestado durante os primórdios da Psiquiatria clássica, em contradição com a RPB⁽⁷⁻¹²⁾.

Diante disso, a urgência e emergência psiquiátrica deve ser apreendida como um momento que necessita de cautela por parte de profissionais qualificados, para possibilitar ao indivíduo o seu potencial criativo e transformador, visto que, o sofrimento vivenciado por este não é perceptível aos olhos⁽⁴⁸⁾. Apesar da crise tratar-se de um momento de extravasamento de toda angústia e sofrimento e de ocasionar no indivíduo um desprendimento da realidade, não implicará a este a ausência de sentimentos, afetos, condição humana, mesmo que a situação se demonstre estranha e confusa⁽⁴⁹⁾.

Limitações do estudo

Apesar da importância dos resultados trazidos por este estudo, ele deve ser considerado no âmbito de suas limitações: o número de bases pesquisadas, que pode ter limitado o acesso a outros dados; a carência de estudos que abordassem o objeto de pesquisa; dentre os estudos selecionados, 3 foram realizados na mesma instituição e com a mesma amostra; e a classificação do nível de evidência, em que todos os 7 estudos incluídos apresentaram nível VI, o que pode comprometer a generalização do estudo para outros contextos.

A carência de estudos acerca do tema, pode indicar despreocupação dos pesquisadores e desinteresse por esta área do conhecimento. Logo, recomenda-se a realização de novas pesquisas no que concerne aspectos que envolvem a assistência de enfermagem no cotidiano de atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no SAMU, dado que o presente estudo não pretende esgotar o tema, mas sim abrir perspectivas acerca dele.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os achados do presente estudo são de suma importância para os profissionais da enfermagem, uma vez que possibilitam a compreensão de como os constructos teóricos foram

utilizados para amparar o desdobramento adequado da assistência de enfermagem ao paciente em urgência e emergência psiquiátrica, contribuindo para um cuidado de enfermagem seguro, eficiente, qualificado e, principalmente, humanizado, ao aproximar os conhecimentos teórico-científico da prática profissional.

Além disso, o presente estudo pode estimular a ampliação de teorias específicas no contexto do objeto de pesquisa, bem como fornecer informações e estratégias que podem ser implementadas na prática clínica, propiciando tanto o aperfeiçoamento do enfermeiro, quanto a experiência do paciente no seu processo de recuperação. Deste modo, a pesquisa busca abrir a perspectiva e compreensão da vivência do profissional no SAMU frente às crises psiquiátricas, possibilitando a intenção de novas pesquisas na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa permitiu analisar as evidências na literatura a respeito da assistência de enfermagem às urgências e emergências psiquiátricas no SAMU e identificar os entraves para cumprimento deste papel.

Notou-se que a capacitação dos profissionais, acerca da temática, é deficiente tanto na formação inicial, quanto na educação continuada e configura-se como elemento propulsor de práticas violentas, coercitivas, repressivas, sem fins terapêuticos, tais como a solicitação desnecessária da força policial que ocorre antes da chegada da equipe ao local de atendimento e o mau uso da contenção física, mecânica ou química. Essas atitudes são justificadas baseando-se numa concepção fragmentada da crise atrelada à psiquiatria clássica, permeada por estereótipos, estigmatização e receio de agressividade, seguindo o modelo de segregação e culminando na perpetuação do modelo medicalocêntrico e biologicista da psiquiatria tradicional e indo contra o ideário da RPB.

A assistência prestada aos indivíduos em crise psiquiátrica pela equipe do SAMU ainda é realizada de forma inadequada, mecanizada, desumanizada, pouco resolutive, baseando-se em protocolos gerais, já institucionalizados, que priorizam mais a celeridade, do que o manejo verbal e a abordagem terapêutica, essenciais para o cuidado ao indivíduo em crise psiquiátrica. E apesar das legislações que estabelecem diretrizes, normas e direitos a esses indivíduos, os encaminhamentos dos pacientes em crise psiquiátrica são realizados de modo arbitrário e reforçam a internação em hospitais psiquiátricos, como sendo a única possibilidade de ação nas intervenções em crises e nas urgências/emergências psiquiátricas, evidenciando-se a fragilidade da rede de saúde mental.

Considera-se que a presente pesquisa logrou êxito no objetivo proposto e forneceu uma visão da prática dos enfermeiros que atuam no SAMU frente às urgências e emergências psiquiátricas, favorecendo o desenvolvimento de futuras pesquisas que objetivem a ampliação do

conhecimento nesta área específica, a fim de proporcionar aos pacientes uma assistência mais humanizada e adequada às necessidades singulares dessa população.

Ficou evidente que a educação permanente em saúde e suporte especializado desta área, seguindo os preceitos do SUS e da PNSM, auxiliará no manejo do paciente em crise e contribuirá para a diminuição dos entraves encontrados, preenchimento das lacunas do conhecimento ainda presentes e, principalmente, para uma assistência humanizada à esses indivíduos que tanto sofreram e ainda sofrem nas mãos de quem deveria garantir a seguridade dos seus direitos, conquistados arduamente.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. *Cad. Saúde Públ.* 1995 Jul/Sep;11(3):491-494. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 nov [citado 01 out 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
3. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
4. Amarante P, Nunes MO. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. *Ciênc. saúde colet.* 2018 jun;23(6):2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 01 out 2023] (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
6. Câmara dos deputados (BR). Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória [Internet]. Brasília: Câmara dos deputados; 1989 [citado 01 out 2023]. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>
7. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 2001 [citado 01 out 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria de consolidação nº 3, 28 set 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília: Distrito Federal; 2017 [citado 01 out 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

9. Brasil. Lei nº 8.080, 19 set 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília: Distrito Federal; 1990 [citado 01 out 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2048, 5 nov 2002 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília: Distrito Federal; 2002 [citado 01 out 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.588, 21 dez 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília: Distrito Federal; 2017 [citado 01 out 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1863, 29 set 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília: Distrito Federal; 2003 [citado 01 out 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
13. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicol. Estud* [Internet]. 2012 abr/jun [citado 01 out 2023];17(2):227-236. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/p5GCm87JdCD9f3PkJPJw5NM/?format=pdf&lang=pt>
14. Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F. *Emergências Psiquiátricas*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
15. Soares FRR, Miranda FAN de, Medeiros SM de. Contextual analysis of the care of psychiatric emergencies. *J Nurs UFPE on line*. 2013 may;7(spe):4269-76. [10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201321](https://doi.org/10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201321)
16. Ikuta CY, Santos MA dos, Badagnan HF, Donato EC da SG, Zanetti ACG. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em situações de emergência psiquiátrica: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enferm*. 2013 out/dez;15(4):1034-42. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i4.20954>
17. Almeida RB de, Álvares A da CM. Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura. *Rev Inic Cient Ext* [Internet]. 2019 [citado 01 nov 2023];2(4):196-207. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/256>
18. Santos MS dos, Coimbra VCC, Ribeiro JP. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev enferm UFPE on line*. 2011 nov;5(9):2197-205. [10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0509201117](https://doi.org/10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0509201117)

19. Brito AAC de, Bonfada D, Guimarães J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. *Physis*. 2015;25(4):1293-1312. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400013>
20. Oliveira LC, Silva RAR da. Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas. *Rev. enferm. UERJ*. 2017;25:e10726. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.10726>
21. Fernandes HMA, Barbosa E da S, Lopes GCB, Viana LTR de SN, Oliveira RG de, Sousa LS de, et al. Influências da reforma psiquiátrica para a construção da nutrição no Brasil: uma revisão de literatura. *REAS*. 2022 abr;15(4):e10136. <https://doi.org/10.25248/reas.e10136.2022>
22. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2008 out/dez;17(4):758-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
23. Ercole FF, Melo LS de, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática [editorial]. *REME [Internet]*. 2014 [citado 12 maio 2023];18(1):9-11. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v18n1/v18n1a01.pdf>
24. Souza LMM de, Marques JM, Firmino CF, Frade F, Valentim OS, Antunes AV. Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista investigação em enfermagem [Internet]*. 2018 maio [citado 06 ago 2023];31-39. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA
25. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [Dissertação de mestrado na internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005 [citado 10 jun 2023]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf
26. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs*. 2010 May;110(5):41-7. [10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e)
27. Almeida AB, Nascimento ERP do, Rodrigues J, Zeferino MT, Souza AIJ de, Hermida PMV. Mobile emergency medical services in the psychological crisis and the psychosocial paradigm. *Texto contexto - enferm*. 2015 oct-dec;24(4):1035-43. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003580014>
28. Bastos F, Dutra C, Silva JA da, Pacheco K, Silva T. Saúde mental no atendimento pré-hospitalar móvel: concepções de profissionais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 4*. 2016 out;17-24. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0136>
29. Oliveira LC de, Silva RAR da, Carvalho FPB de, Soares FRR, Souza KMN de, Solano LC. Dificuldades no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência. *Enferm. Foco [Internet]*. 2018 [citado 06 out 2023]; 9(4):18-22. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1317/471>

30. Oliveira LC de, Menezes HF de, Oliveira RL de, Lima DM de, Fernandes SF, Silva RAR da. Mobile care service for psychiatric urgencies and emergencies: perception of nursing workers. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):e20180214. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0214>
31. Silva SDV da, Oliveira AMN de, Medeiros SP, Salgado RGF, Lourenção LG. Nurses' conceptions regarding to the use of psychiatric emergency protocols in mobile pre-hospital care. *Rev. enferm. UERJ.* 2020 ago;28:e50191. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.50191>
32. Nascimento BB do, Nunes DFP, Souza TA de, Medeiros FD dos S, Leite KNS, Nobre J de OC. Dificuldades no atendimento às situações de urgências e emergências psiquiátricas. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar.* 2019 dez;23(3):215-220. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v23i3.2019.6615>.
33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [citado 10 nov 2023]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf.
34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [citado 10 nov 2023]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_avancado_vida.pdf.
35. Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, et al. O Atendimento da Crise nos Diversos Componentes da Rede de Atenção Psicossocial em Natal/ RN. In Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderno HumanizaSUS. 5 ed. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 10 nov 2023]:317-46. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf.
36. Jardim KF de SB. O serviço ambulatorial móvel de urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica: em análise a experiência de Aracajú/SE. [Dissertação de mestrado na internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia; 2008 [citado 10 nov 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17411/1/KatitaFSBJ.pdf>.
37. Caponi S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciênc saúde coletiva.* 2009 Jan;14(1):95–103. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100015>.
38. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 2.057/2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria [Internet]. Diário Oficial da União; 2013 nov [citado 10 nov 2023];Seção 1:165-71. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>

39. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes [Internet]. Brasília: Distrito Federal; 2012 maio [citado 10 nov 2023]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012/>
40. Veloso C, Monteiro LSS, Veloso LUP, Moreira ICC, Monteiro CFS. Psychiatric nature care provided by theurgent mobile prehospital service. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):e0170016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000170016>.
41. Guimarães AN, Borba LO, Larocca LM, Maftum MA. Mental health treatment according to the asylum model (1960 to 2000): nursing professionals' statements. *Texto contexto - enferm.* 2013;22(2):361-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200012>.
42. Ortiga AMB, Lacerda JT, Natal S, Calvo MCM. Evaluation of the Mobile Emergency Care Service in Santa Catarina State, Brazil [Internet]. *Cad. Saúde Pública.* 2016 [cited 2020 Apr 10]; 32(12):1-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00176714.pdf>.
43. Rodríguez JMC, Ortega RCH. Nursery intervention in response to disturbed behaviour in psychologically impaired institutionalized patients [Internet]. *Enf. Global.* 2008 [cited 2020 Apr 10]; 7(3):1-8. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/36051>.
44. Schwiderski AC, Tchaikovski Jr, Osvaldo MS. Protocolo de Procedimentos de Contenção Mecânica [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 10]. Disponível em: <https://www.novaconcursos.com.br/arquivos-digitais/erratas/15176/19477/contencao-mecanica.pdf>.
45. Luchtemberg MN, Pires DEP. Nurses from the Mobile Emergency Service: profile and developed activities. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69(2):194-201. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690202i>
46. Ciconet RM, Marques GQ, Lima MAD da S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. *Interface (Botucatu).* 2008 Jul;12(26):659-66. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000300016>
47. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União: Brasília, Distrito Federal; 2002* [citado 14 nov 2023]. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/gm_p251_02_psiq.pdf.
48. Oliveira APRM de. Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica: a recepção das diferenças. [Dissertação de Mestrado na internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública [citado 02 out 2023]; 2002. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4833/ve_Paula_Rebello_ENSP_2002?sequence=2&isAllowed=y.
49. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev Psicol UNESP* [Internet]. 2007 [citado 02 out 2023];6(1):31-44. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoacrise.pdf>.

ANEXO A - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM: PÁGINA DE TÍTULO



TIPO DE ARTIGO

Título no idioma original do artigo (composto por três descritores e até 15 palavras. Fonte 16 em negrito)

Nome completo do primeiro autor^I

ORCID: Informar somente o número

Nome completo do segundo autor^{II}

ORCID:

Nome completo do terceiro autor^I

ORCID:

(O número ao lado do nome do autor deve vir em algarismo romano. Lembramos que para pesquisa é permitido até oito autores. Para os demais artigos, verifique nas normas)

^IInstituição principal do autor. Cidade, Estado, País.

^{II}Instituição principal do autor (informar outro apenas se for diferente do primeiro autor). Cidade, Estado, País.

AUTOR CORRESPONDENTE

Nome em negrito

E-mail: informar

INSERIR FOTO DO ROSTO DO AUTOR CORRESPONDENTE
PODE COPIAR DO LATTES

RESUMO

Objetivo: **Métodos:** **Resultados:** **Conclusões ou**

Considerações Finais:

Descritores: cinco extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br>. Separar por ponto e vírgula e com iniciais em maiúsculo.

Descriptors: cinco extraídos do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. Separar por ponto e vírgula e com iniciais em maiúsculo.

Descriptor: cinco extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br>. Separar por ponto e vírgula e com iniciais em maiúsculo.

FOMENTO / AGRADECIMENTO

Informar a instituição de fomento.

Agradecimentos são opcionais para participantes não considerados autores.

ANEXO B - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM: DOCUMENTO PRINCIPAL



TIPO DE ARTIGO

Título no idioma original do artigo (composto por três descritores e até 15 palavras. Fonte 16 em negrito)

As instruções destacadas em AMARELO devem ser deletadas e substituídas por texto

RESUMO

Objetivo: **Métodos:** **Resultados:** **Conclusões ou**

Considerações Finais: .

Descritores: cinco extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br>. Separar por ponto e vírgula e com iniciais em maiúsculo.

Descriptors: cinco extraídos do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> . Separar por ponto e vírgula e com iniciais em maiúsculo.

Descriptores: cinco extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br> . Separar por ponto e vírgula e com iniciais em maiúsculo.

INTRODUÇÃO

Seguir as orientações quanto a margens e parágrafos das normas.

Evitar subtítulos, e quando indispensáveis iniciar em maiúscula e em negrito.

Verificar as normas quanto à utilização de referências, abreviações e figuras.

Destacar a lacuna do conhecimento na área estudada.

OBJETIVO

Iniciar com o verbo no infinitivo.

MÉTODOS

Verificar no **CHECKLIST** os subtítulos a serem utilizados para os artigos de pesquisa.

Destacar os subtítulos em **negrito**.

RESULTADOS

Subtítulos devem estar em **negrito**.

Utilizar a norma de tabulação do **IBGE** indicado nas Instruções aos Autores. Tabelas, Quadros (de forma editável) e outras Figuras (fluxograma e diagrama também editáveis) devem ser inseridas no corpo do manuscrito.

Para Tabelas ou Quadros, informar o título acima. **Fonte, indicar somente se apresentar dados de terceiros.**

Para Figuras, inserir o título abaixo da imagem.

Atenção às abreviações. Em títulos de figuras e subtítulos as abreviações devem estar por extenso. Outras abreviações devem ser informadas em nota.

Utilizar o modelo do quadro também presente no **CHECKLIST** para artigos de revisão.

Siga as Instruções aos Autores.

DISCUSSÃO

Sempre deverá ser apresentada separada dos resultados.

Destacar os subtítulos em **negrito**.

Inserir subtítulos **Limitações do Estudo** e **Contribuições para a Área**, conforme indicados no **CHECKLIST**.

CONCLUSÕES (artigo quantitativo) ou CONSIDERAÇÕES FINAIS (artigo qualitativo)

MATERIAL SUPLEMENTAR

Para os autores que compartilhem seus dados, citar e linkar.

Mais informações podem ser encontradas nas Instruções aos Autores.

REFERÊNCIAS

1. Criar uma lista numerada.
2. Fonte tamanho 11.
3. Verificar se há referências repetidas.
4. Estar nas recomendações Vancouver, conforme exemplos nas Instruções aos Autores.
5. Informar o link de acesso ou DOI.
6. Não ultrapassar a quantidade máxima de páginas e referências permitida.
7. Desabilitar macros ativas (ex. Mendeley, Endnote, etc.). Elas devem estar livres para a normalização.
8. Serão aceitas referências de preprint (até três).
9. a REBEn encoraja citar arquivos de dados, códigos de programas e outros conteúdos subjacentes ou relevantes em seu manuscrito.

ANEXO C - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM: CHECKLIST



CHECKLIST

ITENS PARA CONFERÊNCIA NO ATO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Prezados autores, antes de submeter o manuscrito, por favor chequem o atendimento às normas da REBEn. Ressaltamos que o preenchimento completo dos metadados na submissão é obrigatório.

Lembramos que o manuscrito deve estar em fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço entre linhas de 1,5 pt, recuo do parágrafo de 1,25 cm, formatação de parágrafo justificado, margens de 2,0 cm. Evitar nota de rodapé. Verifique a apresentação de citações diretas e diálogos. O modelo está disponível para download (Template 2).

Preparam e tenham à mão toda a documentação necessária: página de título (Template 1); documento principal (Template 2); Declaração de Responsabilidade pela Autoria, Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta, Exclusividade e Transferência de Direitos Autorais e de Ciência das Instruções da REBEn aos autores, carta ao editor, aprovação do Comitê de Ética, comprovante de pagamento de taxa de conformidade e figuras em alta resolução. Para ajudá-los, preparamos a lista a seguir.

Itens a serem atendidos no processo de submissão de artigos	Situação	
	Atendido Sim/Não	Não se aplica
1 - Documentos suplementares		
1.1 - Declaração de Responsabilidade pela Autoria, Exclusividade e Transferência de Direitos Autorais e de Ciência das Instruções da REBEn aos autores (Modelo de Declaração).		
1.2- Carta ao editor (letra Times 12, espaço 1,5 pt, máximo de 150 palavras) Descrever objetivamente a contribuição do estudo, apontando elementos que agregam ao conhecimento disponível.		
1.3- Aprovação de Comitê de Ética.		
1.4 - Comprovante de pagamento da taxa de conformidade com nome e data do pagamento visíveis.		
1.5 - Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta		
2 - Página de título [Template 1]		
A página de título deve conter: título no idioma original do manuscrito; identificação dos autores; indicar autor correspondente (com foto)		
Título: máximo 15 palavras (Idioma original do manuscrito). Deve ser composto por pelo menos três descritores.		
Autores: nome completo, vinculação institucional e número do ORCID <ul style="list-style-type: none"> • Na vinculação institucional – informar inicialmente o nome da instituição de maior abrangência, cidade, estado e país. Ex: 		

Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil; Secretaria Municipal de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.		
Autor correspondente: endereço institucional completo, ORCID, e-mail e foto		
3 - Documento principal – manuscrito [Template 2]		
Editorial: máximo 2 páginas e até 4 referências Artigo Original: máximo 15 páginas, até 50 referências e até 8 autores; Revisão: máximo 20 páginas e até 50 referências e até 6 autores; Relato de Experiência, Atualização e/ ou Inovação Tecnológica: máximo 10 páginas e até 10 referências e até 4 autores; Reflexão: máximo de 10 páginas e até 10 referências e até 4 autores.		
O documento principal deve conter título e resumo em português (ou no idioma original do manuscrito), os descritores (DeCS e MeSH), o corpo do manuscrito, figuras e referências . Atenção: NÃO deve constar a identificação dos autores nesse documento, dados de fomento ou agradecimento.		
A estrutura do manuscrito nas categorias: artigo original e revisão é: introdução, objetivo, métodos, resultados, discussão e conclusões (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa).		
INTRODUÇÃO -Estado da arte sobre a temática, referencial teórico, relevância do estudo.		
-OBJETIVO -Apontar o que se pretende alcançar na pesquisa; devem ser iniciados por verbo no infinitivo (avaliar, descrever, identificar, analisar, etc.).		
MÉTODOS PESQUISAS COM ABORDAGEM QUANTITATIVA Os subtítulos devem ser destacados nesta ordem no texto: - Aspectos éticos (Não é necessário inserir o número da aprovação do CEP no manuscrito) - Desenho*, período e local do estudo * citar qual referencial da rede EQUATOR utilizou (http://www.equator-network.org/) <ul style="list-style-type: none"> ■ Ensaio clínico randomizado - CONSORT ■ Estudos observacionais em epidemiologia - STROBE ■ ■ Estudos de acurácia diagnóstica - STARD ou TRIPOD ■ Revisões sistemáticas e meta-análises - PRISMA ou MOOSE. Devem fornecer o número de registro de protocolo no banco de dados PROSPERO. - As revisões de escopo, devem seguir as diretrizes (http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews) e incentiva que os protocolos sejam disponibilizados em repositórios de acesso e livre, como a OSF – Open Science Framework - https://osf.io/ ■ Relatos de casos CARE 		

<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudos de melhoria da qualidade - SQUIRE ■ Protocolos de estudos - SPIRIT ■ Estudos pré-clínicos em animais – ARRIVE <p>Ex: Estudo observacional de Coorte sustentado ou norteado pela ferramenta STROBE ou Ensaio clínico randomizado norteado pela ferramenta CONSORT etc..</p> <ul style="list-style-type: none"> - População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão - Protocolo do estudo (descrever de forma que seja replicável) - Análise dos resultados e estatística <p>PESQUISAS QUALITATIVAS Os subtítulos devem ser destacados nesta ordem no texto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos éticos (Não é necessário inserir o número da aprovação do CEP no manuscrito) - Referencial teórico-metodológico (pode ser também apresentado na introdução) - Tipo de estudo <ul style="list-style-type: none"> ■ Estudos qualitativos - COREQ (<i>checklist</i>) ou SQR - Procedimentos metodológicos - Hipóteses (facultativa a descrição) - Cenário do estudo - Fonte de dados (quando se tratar de população: amostra ou escolha intencional) - Coleta e organização dos dados - Etapas do trabalho (se necessário) - Análise dos dados (incluir categorias e subcategorias de análise) 		
<p>RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos dados relevantes que respondem aos objetivos; - Caso sejam utilizadas, tabelas, gráficos e figuras devem ser inseridos no corpo do artigo (máximo 5); - As ilustrações devem ser enviadas em seus arquivos editáveis originais dos programas de origem, ou exportados vetorizados nos formatos EPS ou PDF; - Tabelas e figuras com abreviações é obrigatório inserir em nota de rodapé da tabela ou figura. - No caso de revisões sistemáticas/integrativas, os quadros sinóticos dos artigos incluídos no estudo devem conter: referência do artigo selecionado, ano de publicação, delineamento e número de pacientes, intervenções, desfechos e indicador de qualidade do estudo (opcional para integrativas). <p><u>VERIFICAR SUGESTÃO DE QUADRO AO FINAL DESTES DOCUMENTOS</u></p>		
<p>DISCUSSÃO (em item separado dos resultados)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diálogo com a literatura nacional e internacional. <p>Os subtítulos abaixo devem ser destacados em negrito e mantidos ao final da discussão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitações do estudo - Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública 		
<p>CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deve ser direta e responder aos objetivos do estudo. Não inserir referências ou citações diretas. 		

<p>MATERIAL SUPLEMENTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para os autores de manuscrito que estão compartilhando seus dados, a REBEn encoraja a citar e linkar os mesmos no manuscrito. - Encontre orientações sobre os repositórios nas Instruções aos Autores. 		
<p>FOMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - É obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa, se houver. <p>AGRADECIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opcionalmente, pode-se agradecer pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores. <p>*Durante as revisões, mantenha o agradecimento e fomento na página de títulos para evitar conflito de interesse</p>		
<p>REFERÊNCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formatação de acordo com estilo Vancouver; - Para artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente; - Evitar, quando possível, citações de teses, dissertações, livros e capítulos, jornais ou revistas não científicas (Magazines) e no prelo, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: <i>Handbook Cochrane</i>). - No mínimo 50% das referências devem ser produções publicadas nos últimos 5 anos; - Serão aceitas até 3 referências de <i>preprint</i> (opcional). - Citação e Referência de Dados de Pesquisa e Outros Conteúdos: a REBEn encoraja citar arquivos de dados, códigos de programas e outros conteúdos subjacentes ou relevantes em seu manuscrito, citando no texto e incluindo a referência dos dados em Referências. A REBEn endossa os Princípios de Citação de Dados da FORCE 11 (FORCE 11 Data Citation - https://www.force11.org/datacitationprinciples) que indica que todos os conjuntos de dados disponíveis publicamente sejam totalmente referenciados na lista de referência com um número de acesso ou identificador exclusivo, como um identificador de objeto digital (DOI). Para maiores informações, consulte: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7273/#A57722 - Exemplos nas normas REBEn. 		