

Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem

Mobile care service for psychiatric urgencies and emergencies: perception of nursing workers

Atención móvil de urgencias y emergencias psiquiátricas: percepción de los trabajadores de enfermería

Lucídio Clebeson de Oliveira^I

ORCID: 0000-0002-2033-7546

Harlon França de Menezes^{II}

ORCID: 0000-0001-9884-6511

Richardson Lemos de Oliveira^{III}

ORCID: 0000-0002-4523-2337

Dhyanine Morais de Lima^{IV}

ORCID: 0000-0002-9723-705X

Sâmara Fontes Fernandes^V

ORCID: 0000-0002-2105-0248

Richardson Augusto Rosendo da Silva^V

ORCID: 0000-0001-6290-9365

^I Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III} Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{IV} Universidade Potiguar Unidade Salgado Filho. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

^V Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Como citar este artigo:

Oliveira LC, Menezes HF, Oliveira RL, Lima DM, Fernandes SF, Silva RAR. Mobile care service for psychiatric urgencies and emergencies: perception of nursing workers. Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20180214. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0214>

Autor Correspondente:

Richardson Augusto Rosendo da Silva
E-mail: rirosendo@hotmail.com



Submissão: 20-04-2018 **Aprovação:** 21-06-2018

RESUMO

Objetivo: Compreender como os trabalhadores de enfermagem percebem o cuidado às pessoas em situações de urgências e emergências psiquiátricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Método:** Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado no Nordeste do Brasil com 34 trabalhadores de enfermagem do SAMU. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada e tratados pela Análise Temática. **Resultados:** 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. **Considerações finais:** 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 resolutive e desumanizada e suscitando a necessidade de qualificação profissional.

Descritores: Enfermagem; Saúde Mental; Serviços de Emergência Psiquiátrica; Atendimento Pré-Hospitalar; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: To understand how the nursing staff perceives the care provided to people in situations of psychiatric urgencies and emergencies in the Mobile Emergency Care Service (SAMU – *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*). **Method:** Descriptive and qualitative study conducted in the Northeast region of Brazil with 34 of the SAMU nursing workers. Data were obtained by semi-structured interviews and processed by the Thematic Analysis. **Results:** The analysis of interviews allowed the identification of three categories: mechanical practice, need for qualification and (de)humanization of care. The results showed that the care offered to users in psychiatric urgency or emergency situations is based on mechanistic and specific actions. **Final considerations:** Nursing workers perceive that the care for people in situations of psychiatric urgency and emergency in SAMU is mainly based on physical and chemical containment measures, performing a little resolute and dehumanized care and raising the need for professional qualification.

Descriptors: Nursing; Mental Health; Psychiatric Emergency Services; Emergency Medical Services; Qualitative Research.

RESUMEN

Objetivo: Comprender cómo los trabajadores de enfermería perciben la atención ofertada a personas en situaciones de urgencias y emergencias psiquiátricas en el Servicio de Atención Móvil de Emergencia (SAMU). **Método:** Estudio descriptivo, de tipo cualitativo, realizado en la región Noreste de Brasil con 34 trabajadores de enfermería del SAMU. Los datos se obtuvieron por medio de entrevista semiestructurada, y se los aplicaron un Análisis Temático. **Resultados:** El análisis de las entrevistas permitió identificar tres categorías: la práctica mecanicista, la necesidad de calificación y la (des)humanización de la atención. Fue posible identificar que la atención ofertada a los usuarios en situaciones de urgencia o de emergencia psiquiátrica se basa en acciones mecanicistas y puntuales. **Consideraciones finales:** Los trabajadores de enfermería perciben que la atención ofertada por SAMU a personas en urgencia y emergencia psiquiátrica se basa principalmente en medidas de contención física y química, lo que resulta en una atención poco determinante y deshumanizada, además de apuntar para la necesidad de calificación profesional.

Descriptores: Enfermería; Salud Mental; Servicios de Urgencia Psiquiátrica; Servicios Médicos de Urgencia; Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Psicossocial, regulamentada pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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)⁽¹⁾.

Ademais, nesta portaria são discriminados os serviços componentes desta rede, sendo eles: a Atenção Básica e suas equipes; Atenção Psicossocial Especializada, ao qual contém os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades; Atenção de Urgência e Emergência formada, entre outros pontos de atenção, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Atenção Residencial de caráter transitório, formada pelos diversos pontos de atenção; Estratégias de desinstitucionalização, formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos e a Reabilitação psicossocial⁽¹⁾.

Os serviços de urgência ocupam um lugar estratégico e ao mesmo tempo problemático na RAPS, pois na maioria dos casos, após o atendimento emergencial, o indivíduo pode ser encaminhado para internação psiquiátrica⁽²⁾. Em geral, esses serviços dão preferência a sedação e ao encaminhamento para a internação hospitalar quando se deparam com as manifestações de uma crise psíquica, o que robustece a cadeia crise/emergência/internamento como se fosse a considerável, senão única, alternativa para reprimir a crise⁽³⁾.

O SAMU, como um serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência, na maioria das vezes, incorpora a agilidade, funcionalidade e objetividade em sua política e prática assistencial⁽⁴⁾. No que tange ao atendimento psiquiátrico, comumente, o serviço perpetua a execução de atitudes médico-repressivas, como contenções física e química, realizadas de forma errada e/ou em momentos em que não eram necessárias. Isso reforça as práticas manicomial e entra em contradição com a Reforma Psiquiátrica brasileira⁽⁵⁾.

Em contrapartida, o atendimento às pessoas em situações de urgências e emergências psiquiátricas deveria ser visto como um momento para propiciar acolhimento e compreensão da subjetividade manifestada durante a intensificação do sofrimento psíquico, promoção de diálogo, intensificação das relações humanas como elemento terapêutico e luta pela construção de cidadania e justiça social para os usuários dos serviços⁽⁶⁾.

Estudos realizados no campo da saúde mental apontam que as mudanças teóricas e práticas produzidas por esse complexo processo de reorganização do sistema de saúde do país, apontam para outro campo não menos complexo: o da formação profissional. As mudanças trazidas pelo SUS evidenciam inúmeros desafios e, não parece ser possível produzir a reorganização das práticas de saúde mental sem interferir simultaneamente no modelo de formação vigente, tendo em vista que serão estes profissionais que irão colocar esta transformação em prática⁽⁷⁻⁸⁾.

Nesse sentido, acredita-se que o estudo sobre a maneira como os trabalhadores de enfermagem percebem o cuidado às pessoas em situações de urgências e emergências psiquiátricas no SAMU poderão fornecer contextualização sobre o campo da saúde mental, despertando olhares para aspectos afetivos, simbólicos e subjetivos, contribuindo para uma prática profissional voltada

para uma assistência humanizada, ao torná-la mais compatível com as ações do cuidado e com as demandas específicas desse grupo. Espera-se também, com este trabalho, contribuir para a reorientação da RAPS, incentivando novas pesquisas na área.

Assim, o presente estudo justifica-se pela necessidade de se conhecerem as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado às pessoas em situações de urgências e emergências psiquiátricas no SAMU. Nesse sentido, as singularidades destacadas pelos entrevistados na presente pesquisa poderão revelar um universo rico de possibilidades para compreender como é desenvolvido esse cuidado, no âmbito do SAMU, essencial para ampliar as discussões do tema em outros cenários no Brasil, com vistas ao aprimoramento de políticas públicas em saúde mental.

Diante deste cenário questionamos: Como os trabalhadores de enfermagem percebem o cuidado às pessoas em situações de urgências e emergências psiquiátricas no SAMU?

OBJETIVO

Compreender como os trabalhadores de enfermagem percebem o cuidado às pessoas em situações de urgências e emergências psiquiátricas no SAMU.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Referencial teórico-metodológico

Tipo de Estudo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, sendo considerada apropriada ao objetivo da pesquisa, pois este tipo de abordagem procura conhecer as percepções dos dados subjetivos dos indivíduos, a fim de contribuir com a ampliação dos conhecimentos da área de enfermagem em relação ao cuidado no atendimento às pessoas em situação de urgência e emergência psiquiátrica e seus desdobramentos no cuidado em saúde⁽⁹⁾.

O conceito-ferramenta que embasa o estudo foi o da integralidade, princípio constitucional e doutrinário de sustentação do SUS, considerada o maior desafio para gestores e profissionais de saúde. Pensar em integralidade é pensar em cuidado integral resolutivo, da promoção da saúde à cura e à reabilitação⁽¹⁰⁾. Assim, a organização do SUS deve responsabilizar-se pela continuidade do cuidado considerando as necessidades gerais das pessoas como um todo, não se limitando ao tratamento e ou à prevenção de suas complicações. Novas necessidades surgem ao longo da vida, e as contingências desse viver resultam em novas necessidades para serem reconhecidas, gerenciadas e atendidas pelos trabalhadores de saúde. O olhar da integralidade nos convida a pensar em quão complexo é o cuidado à saúde e quão difícil é atingir esse ideal⁽¹⁰⁾.

Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada na sede do SAMU do município de Mossoró/Rio Grande do Norte (RN), Nordeste do Brasil. O serviço supracitado foi escolhido em virtude de este ser responsável em atender aos usuários em situação de urgência e emergência psiquiátrica, respondendo assim aos questionamentos e objetivos propostos.

Fonte de dados

A pesquisa teve como população os trabalhadores de enfermagem (12 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem) que atuavam no SAMU da cidade de Mossoró/RN no período de outubro a dezembro de 2013. Como critério de inclusão, elencaram-se os trabalhadores de enfermagem desse serviço, os quais atuavam na assistência direta com urgências e emergências psiquiátricas. Excluíram-se os que estavam afastados por motivo de férias ou licença médica. Assim, após atender aos critérios descritos acima, selecionou-se a amostra, a qual foi constituída por 34 trabalhadores de enfermagem, sendo nove enfermeiros e 25 técnicos de enfermagem que trabalham no SAMU do referido município investigado.

Coleta e organização dos dados

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas abertas e fechadas. As entrevistas foram realizadas na própria sede do SAMU, entre outubro e dezembro de 2013 durante os plantões dos profissionais, pelo pesquisador principal em uma sala reservada, livre de interrupções, resguardando a privacidade dos entrevistados. Todas foram gravadas com aquiescência dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra, com duração média de 30 minutos. Para garantir o sigilo dos participantes, as falas foram identificadas nos resultados e discussão pela letra "E" e por números de 1 a 10.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, na modalidade temática, a qual é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens⁽¹¹⁾.

Nesse sentido, essa análise se desenvolveu a partir de três etapas⁽¹¹⁾: 1) pré-análise: onde são desempenhadas a leitura flutuante do material de campo, a constituição do Corpus e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, onde é retomada a etapa exploratória, possibilitando a correção de rumos interpretativos ou a abertura de novas indagações; 2) exploração do material: ocorre a operação classificatória pelo pesquisador visando compreender o texto. Nessa etapa foram construídas categorias a partir dos elementos mais relevantes nas falas dos entrevistados; 3) tratamento dos dados obtidos e interpretação: é

desenvolvido o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos de acordo com o quadro teórico pré-estabelecido.

RESULTADOS

Considerando as características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem do SAMU de Mossoró, foi possível verificar que a maioria era do sexo feminino (67%), possuíam entre 46 a 55 anos (45%), casadas (68%), com o ensino médio completo (60%), renda familiar em torno de quatro salários mínimos (55%), dois vínculos empregatícios (62%) e atuando entre quatro e cinco anos neste serviço (70%).

O SAMU Mossoró foi criado no dia 02 de novembro de 2005, trabalham atualmente 42 profissionais de enfermagem, sendo 12 enfermeiros e 30 técnicos em enfermagem, contando com uma frota de quatro ambulâncias.

O referido serviço não aderiu ao processo de regionalização do SAMU no Rio Grande do Norte, atendendo apenas ao município, e possui as seguintes unidades móveis: unidade de suporte básico de vida terrestre; unidade de suporte avançado de vida terrestre; motolância; e veículo de intervenção rápida. De janeiro a dezembro de 2017, foram realizados em torno de 40 mil atendimentos em Mossoró. Desse total, foram 22.248 atendimentos clínicos, 3.986 psiquiátricos, 1.855 pediátricos, 793 obstétricos, 230 de neonatal, 9.605 atendimentos de trauma, e em 5.950 dos casos a especialidade não foi informada.

As categorias que emergiram do próprio discurso dos entrevistados, relacionadas ao cuidado às pessoas em situações de urgências e emergências psiquiátricas no SAMU foram: prática mecanicista e a necessidade de qualificação, e, (des) humanização da assistência, que são descritas abaixo.

Prática mecanicista e a necessidade de qualificação

Por meio das percepções dos trabalhadores de enfermagem, ficou evidente que o cuidado em urgência e emergência psiquiátrica é mecanicista, conceituada como uma prática que não valoriza os componentes de ordem subjetiva ou afetiva que exercem influência direta nas doenças. Essa realidade ficou clara nas falas dos entrevistados, tendo em vistas que as práticas mecanizadas ainda são utilizadas.

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

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

Meu trabalho é automático [...] não vejo ele como integral [...] se for um usuário psiquiátrico em crise é muito desgastante [...]

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

Diante dos obstáculos vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem em sua prática relacionados à falta de uma rede de atenção à saúde mental articulada e integrada, estes referem que não possuem capacitação na área de saúde mental, já que poderia contribuir para as interferências que o trabalho possui o que mostra a necessidade em se trabalhar essa temática, já que a cada dia o número de usuários em situação de urgência e emergência psiquiátrica é cada vez maior.

Além dos obstáculos no atendimento dos pacientes psiquiátricos, como a rede de saúde que não é articulada e integrada, não estamos preparados para atender esses usuários [...] assim, o atendimento nunca será integral [...] Temos treinamentos frequentes voltados à assistência pré-hospitalar, como por exemplo, o de atualização em suporte básico e avançado de vida, porém direcionado as urgências e emergências psiquiátricas especificamente nunca foi oferecido [...] o que sei de psiquiatria foi o que vi na faculdade [...] considero que isso contribui para que a prática de enfermagem acabe sendo desumana [...] outro obstáculo em nosso trabalho são os baixos salários e as desigualdades salariais [...] o salário do médico é muito superior ao do Enfermeiro, isso nos deixam desestimulados [...] saímos juntos para atender a urgência psiquiátrica e o médico ganha quatro vezes mais. (E1)

São muito obstáculos no atendimento as urgência e emergências psiquiátrica no SAMU contribuindo para que não seja integral, primeiro não há um preparo, só tive contato com psiquiatria na Graduação [...] segundo não temos apoio dos familiares em ajudar na contenção, terceiro, às vezes não temos para onde levar esse paciente [...] Para falar a verdade não vi nada relacionado à temática nem na faculdade, temos treinamentos frequentes e todos nós fizemos o suporte básico e avançado de vida que foi ofertado pelo Ministério da Saúde e nele nem se quer tínhamos uma introdução as urgências e emergências psiquiátricas [...] também tem a questão que o médico ainda continua sendo o responsável pela atenção ao usuário e aí temos que esperar a ordem dele para agir, e pelo tipo de formação que eles tem acabam prescrevendo condutas muitas vezes mecânicas e desumanas. (E2)

Em urgências e emergências psiquiátricas especificamente nunca houve um treinamento direcionado no SAMU [...] o que sei de urgência psiquiátrica aprendi na Graduação [...] aqui no SAMU fizemos apenas o curso de suporte básico e avançado de vida e dentro dele não tinha um módulo sobre urgências e emergências psiquiátricas [...] outra coisa que mantém esse trabalho desumano são as relações hierárquicas, principalmente entre os profissionais médicos e equipe de enfermagem. (E4)

(Des) humanização da assistência

Um aspecto evidente no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem no SAMU diz respeito às situações que afetam as premissas intersubjetivas da humanização e da integralidade, onde se prevalecem às ações pautadas, por exemplo, na contenção

química e mecânica, deixando de lado as trocas e a escuta terapêutica. Assim, conceitua-se essa categoria como uma assistência tradicional, que não leva em consideração a abordagem holística e a integralidade do ser humano.

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

[...] tenho presenciado nos atendimentos com usuários psiquiátricos o uso abusivo de sedativos, é sem dúvida, desumano [...] nunca se dialoga como o usuário, vão logo contendo e sedando [...] o medo de ser agredido pelo paciente é grande, as vezes usamos de força física [...] o atendimento está longe de ser integral. (E6)

[...] pensando na própria segurança da equipe e da família às vezes acabamos sendo um pouco desumano, dificultando a atenção integral [...] é conter e sedar [...] já vi colegas até agredindo paciente. (E1)

Os profissionais demonstram que o uso da violência física é rotineiro em seus cotidianos, e que aflige os aspectos humanitários da assistência pré-hospitalar.

[...] infelizmente não vejo alternativa quando vou atender um paciente psiquiátrico agressivo [...] é conter e sedar [...] sei que acabo sendo desumano, mas fazer o que? [...] tenho que usar a força bruta, mas até a família entende que é preciso. (E2)

[...] já vi até colega de trabalho saindo em luta corporal com o paciente em crise [...] falta preparo da equipe, por isso o atendimento é desumano [...] chamar a polícia para ajudar no atendimento e conter o paciente é ainda pior, já vi muito paciente agredido e ferido. (E8)

DISCUSSÃO

No que tange aos dados sociodemográficos dos participantes deste estudo, coincidem com os dados de estudo realizado com enfermeiros que atuam em serviços de atendimento às urgências e emergências psiquiátricas do município de São Paulo, já que sua maioria era composta por mulheres, adultas jovens e solteiras. Além disso, vai ao encontro com o perfil dos enfermeiros brasileiros, que descreve que aproximadamente 90% do total de enfermeiros são do sexo feminino e que a enfermagem é uma das dez profissões da área de saúde que contribui para a feminização da força de trabalho no setor de saúde no país⁽⁵⁾.

Já pela análise dos depoimentos, verificou-se que os trabalhadores de enfermagem no atendimento psiquiátrico pré-hospitalar têm uma ampla visão sobre o fenômeno da sua assistência, tipificando suas diversas naturezas, porém, marcadamente agregaram em seu significado as práticas mecanicistas, a falta de qualificação, humanização da assistência e atendimento integral, verbalizadas em seus discursos.

Pode-se compreender, de modo geral, que a repercussão dos aspectos referidos pelos trabalhadores de enfermagem, a partir da noção que o modelo biomédico ainda demonstra a dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista,

se mostra na necessidade de contribuição das disciplinas das ciências exatas, sociais e humanas, para que se ocorra orientação para o alcance do entendimento do processo saúde-doença, já que os fatores ou elementos que cada disciplina manipula e consideram importantes, não podem ser estudados isoladamente ou excluídos, ou seja, devem ser integrados porque de alguma forma eles se relacionam ou influenciam uns aos outros⁽¹²⁾.

Estudos demonstram que a corrente do pensamento biomédico, pautada na exclusão, na cronificação dos usuários e na violação dos direitos cidadãos, deu lugar a iniciativas políticas, científicas e sociais que trouxeram à tona uma nova forma de pensar sobre o processo saúde-doença por meio da valorização do cuidado ao sujeito⁽¹³⁻¹⁴⁾. Este movimento teve como marco o início da implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, denominados CAPS, que hoje RAPS que propõe a reorganização dos serviços de saúde mental de forma integrada, ampliando e diversificando as ações e equipamentos de saúde e, visando garantir o acesso universal e o cuidado integral com qualidade para às pessoas em sofrimento psíquico.

É neste sentido que é preciso buscar a integralidade e atender ao requisito da territorialidade do cuidado, preconizado pelo SUS, onde se destaca o papel dos serviços de atenção à saúde para a efetivação dos princípios basilares da Reforma Psiquiátrica para a inclusão social, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Consultórios na Rua, CAPS e os serviços de urgências⁽¹⁵⁾.

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

A partir da introdução da reflexão sobre integralidade, tem-se intensificado as discussões quanto à pertinência das práticas tradicionalmente abordadas em saúde mental. Neste sentido, o conceito de integralidade nos serviços de saúde mental é inovador, já que as práticas não giram mais em torno da doença, mas sim em torno da necessidade do sujeito⁽¹⁶⁾.

Essas concepções interferem diretamente na produção do cuidado integral e na compreensão da Rede de Atenção à Saúde, mais especificamente na visão dos profissionais acerca da RAPS. É possível afirmar que o processo de tomada de decisões realizado pelos trabalhadores do SAMU toma como base suas experiências, conhecimentos, e valores, aglutinados no núcleo de saberes e práticas do Atendimento Pré-Hospitalar⁽¹⁷⁾.

No processo de desconstrução de todo esse contexto, torna-se necessário ampliar o escopo de intervenção do SAMU para uma efetiva ruptura com valores que ainda justificam práticas e concepções segregadoras. Estudo mostra que a rede e o direcionamento da demanda, e das concepções trazem uma forma de fluxo fragmentada e pouco efetiva. A regulação médica das urgências é identificada como porta de entrada, em conjunto com a atenção básica, e deve agir como elemento orientador e ordenador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, com o intuito de estruturar a relação entre os vários serviços, bem como qualificar o fluxo dos usuários e estabelecer uma via de comunicação aberta⁽¹⁷⁾.

Por outro lado, no que concerne ao funcionamento protocolado do SAMU, que deveria trazer tanto as formas de atuação como

o direcionamento das demandas, alguns estudos afirmam que nem sempre os atendimentos psiquiátricos contam com capacitações e muito menos com protocolo direcionador⁽⁸⁾. Os autores ainda mostram que cada médico acaba criando o seu e este gira em torno, mais uma vez, de conceitos de agressividade e/ou periculosidade, não implicando em atendimento especializado ou que envolva maior complexidade^(4,7-8). O estudo demonstrou claramente a necessidade de capacitação profissional para compreensão dos fluxos de atendimento, pontos de atenção e reconhecimento da RAPS como um todo, bem como criação de protocolos de encaminhamento específicos para usuários em crise psíquica.

Os enfermeiros, participantes do presente estudo, relataram ter recebido preparo na área de urgência e emergência psiquiátrica apenas durante a graduação. Contudo, os dados originados deste estudo atual, revelam que foram poucas as possibilidades de aprendizado acerca da emergência psiquiátrica para o exercício de suas funções no atendimento pré-hospitalar. Neste sentido, reitera-se que um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira está na formação e desenvolvimento de recursos humanos, cujo processo exige cada vez mais aspectos teórico-técnicos e atitudinais dos trabalhadores para atuarem com qualidade no atendimento aos usuários dos serviços de saúde⁽⁵⁾.

É nessa configuração que a Educação Permanente em Saúde apresenta-se como eixo de possibilidade de reflexão e mudanças de práticas no campo da saúde e, inclusive na Saúde Mental. A enfermagem, como uma profissão que compõem a equipe de saúde, é convidada a ir além das ações de conter, vigiar e medicar, que durante tantos anos resumiram a sua participação no processo de cuidado em saúde mental. Nessa configuração, o processo de trabalho, principalmente da equipe de enfermagem, se deparou com novas demandas na assistência, no sentido de valorizar o relacionamento terapêutico, aumentando a capacidade de escutar, acolher e dialogar com os usuários na busca de um cuidado integral⁽¹⁸⁾.

Nesse contexto, a integralidade da atenção objetiva permitir o contato e acolhimento do sofrimento psíquico, apresentando respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico, que tem a doença como foco de intervenção⁽⁸⁾. O desafio que se coloca é romper como a visão linear para ações de saúde e, abarcar uma gama plural de outros profissionais para uma prática clínica, que exige individualização do sujeito para que sua subjetividade seja escutada⁽⁹⁾.

Sem o suporte teórico fornecido por estratégias de educação permanente nos serviços, realizadas a partir da crítica e reflexão no processo ensino/aprendizagem, a tendência das instituições que trabalham no contexto da saúde mental seria a utilização do aparato manicomial durante a assistência prestada. Nesse sentido, mesmo no espaço da formação em saúde, é indispensável (re)direcionar os currículos e as práticas pedagógicas para a construção de competências voltadas à atenção psicossocial⁽⁷⁾.

Contudo, estudo revela que os enfermeiros percebem uma lacuna entre os conhecimentos teóricos e práticos desenvolvidos em sua formação e os saberes específicos necessários para sua atuação nos serviços de saúde mental. No entanto, quando indagados sobre o que mudariam em sua formação, explicitam

uma demanda por mais estudos psicopatológicos e não incluem saberes e práticas definidas na Reforma Psiquiátrica e na política de saúde mental, tais como o trabalho com grupos e territórios e estratégias de inserção social dos usuários. O estudo mostrou que a identidade profissional dos entrevistados ainda está ligada aos saberes e práticas tradicionais, em uma visão hospitalocêntrica e ainda distante da política de promoção da saúde mental⁽¹⁹⁾.

Pesquisa demonstrou que a educação permanente é vista como uma alternativa viável para mudanças no espaço de trabalho em razão de promover formas diferenciadas de educar e aprender⁽²⁰⁾. A abordagem desse tema é relevante diante da necessidade de capacitação contínua dos profissionais que atuam no SAMU, uma vez que os protocolos de assistência à saúde são atualizados constantemente⁽⁸⁾. Por isso, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Educação em Urgências, cuja função versa sobre a capacitação permanente dos profissionais a fim de qualificá-los para o atendimento aos diversos tipos de agravos com os quais podem se deparar. Deste modo, a existência de evidências científicas acerca da educação permanente no SAMU pode direcionar a tomada de decisão dos profissionais envolvidos no atendimento às urgências psiquiátricas⁽²⁰⁾.

Estudos apontam que a Educação Permanente em Saúde configura-se como uma estratégia estruturante para mudanças de práticas de saúde mecanicistas, ancoradas no modelo biológico⁽²¹⁾. Esta por sua vez, não pode se limitar a treinamentos e capacitações pontuais, e sim, deve ser uma ferramenta para análise e reflexão do processo de trabalho da equipe, possibilitando que esses profissionais possam compreender a complexidade da situação de crise psíquica e suas possibilidades de intervenção⁽²²⁻²³⁾. Assim, é preciso direcionar as ações desde o princípio para o rompimento com o paradigma da clínica de emergência⁽²⁴⁾.

Nesse processo é preciso ocorrer à incorporação gradativa de tecnologias leves, relativas ao acolhimento, diálogo e responsabilização, que contribuem para a construção de saberes e práticas mais humanas⁽²⁵⁾. Sem o suporte teórico fornecido por estratégias de educação permanente nos serviços, realizadas a partir da crítica e reflexão no processo ensino/aprendizagem, a tendência das instituições que trabalham no contexto da saúde mental seria a utilização do aparato manicomial durante a assistência prestada⁽²⁶⁾.

Dessa forma, é preciso voltar o olhar para o modo de operacionalizar as ações em saúde mental, contribuindo para que o serviço redefina suas práticas e flexibilize seu poder de intervenção nas urgências psiquiátricas⁽²⁷⁾. Em particular, as capacitações do Núcleo de Educação permanente (NEP) do Samu-Mossoró podem estar abertas para essa necessidade e não centrar as atividades desenvolvidas na transmissão de conhecimento e técnicas em uma perspectiva tradicionalista do processo educacional.

Autores apontam que os currículos tradicionais na formação em saúde, sobretudo em Saúde Mental, predominantemente, organizados de forma disciplinar, voltada para a especialização, fragmentação, medicalização e reforço do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico, contribuem para uma prática mecanicista e desumanizada, atrelada ao uso de psicofármacos, força e contensão^(7,28-29).

Estudo demonstrou que a formação tradicional em saúde e a falta de educação permanente compromete a qualidade da

assistência dos enfermeiros do SAMU no atendimento à crise psiquiátrica, os quais utilizam principalmente práticas mecanicistas e desumanizadas como a força, contenção mecânica e medicação, visto que são treinados com maior ênfase para os atendimentos traumáticos ou clínicos⁽⁸⁾. Nesse sentido, no espaço da formação em saúde, é indispensável (re)direcionar os currículos e as práticas pedagógicas para a construção de competências voltadas à atenção psicossocial ampliada⁽⁷⁾.

A transformação das práticas do cuidado às pessoas em situações de urgências e emergências psiquiátricas no SAMU também devem passar pelo interesse dos gestores municipais, estaduais e federais do SUS, em implementar novos arranjos de gestão para necessária articulação entre os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas (RT), com a rede assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS)⁽³⁰⁻³¹⁾.

Essa articulação deve constituir-se, portanto, de espaços onde possam ser expressas formas de pensar e agir em saúde mental, condizentes com a valorização do sujeito em adoecimento psíquico, seu contexto de vida e suas demandas e necessidades⁽³²⁾.

Por conseguinte, o Apoio Matricial (AM) constitui-se como uma tentativa de qualificar a rede de cuidado em saúde mental e potencializar o protagonismo de profissionais e de usuários⁽³³⁾. Ele busca assegurar retaguarda especializada, por meio das equipes do CAPS, à assistência direta ao usuário, bem como fornecer suporte técnico-pedagógico aos profissionais de saúde, instrumentalizando-os para o cuidado adequado à referida demanda. Ademais, o AM procura aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde mental, propondo reformulação no modo de organização dos serviços e das relações horizontais entre a equipe do CAPS (especialistas) e de outros serviços de saúde, numa perspectiva interdisciplinar⁽³⁴⁾.

Neste sentido, o estabelecimento de suporte de especialistas em saúde mental para profissionais generalistas do SAMU por meio do matriciamento, é fundamental para este processo, pois propicia a corresponsabilização, a cogestão e o vínculo⁽³⁵⁾. O atendimento longitudinal, a responsabilização conjunta pelos casos, a cogestão de um projeto terapêutico individual, o vínculo estabelecido entre as diferentes categorias profissionais, assim como dos profissionais com as pessoas atendidas pressupõem o entendimento de que os generalistas terão suporte de especialistas para o atendimento de situações de maior complexidade⁽³⁶⁾. O investimento em reuniões objetivando explanar e conseguir a aderência ao projeto torna-se mister. De outra forma, o entendimento e a rejeição ocorrerão pela compreensão de que os profissionais generalistas das equipes terão que atender a mais uma demanda, que usualmente é encaminhada aos serviços especializados⁽³⁷⁾.

Autor aponta que a metodologia do apoio matricial pode diminuir os riscos de institucionalização de condutas, assim como de condutas iatrogênicas nas urgências psiquiátricas⁽³⁸⁾. Dessa forma, existe a possibilidade de incorporar o cuidado em saúde mental numa perspectiva de clínica ampliada, mediante uma abordagem interdisciplinar e/ou transdisciplinar. O AM em saúde mental implica a construção coletiva do trabalho como um processo de modo a buscar a integralidade da atenção⁽³⁹⁾. Assim, gera possibilidades de "maiores de coeficientes de transversalidade

nas relações entre os profissionais das equipes de referência, entre equipes de vários serviços e entre estes e os profissionais de áreas especializadas⁽⁴⁰⁾.

Ademais, o AM potencializa os espaços de troca de experiência e a educação permanente em saúde, pois tem a função de compartilhar conhecimento e construir possibilidades de intervenção, contribuindo para o processo de desmistificação da “doença mental”⁽⁴¹⁾.

Cabe ainda destacar, que um dos aspectos relevantes na prática dos enfermeiros que trabalham em urgência psiquiátrica, que contribui para a produção de ações de saúde desumanizadas e mecanicistas, refere-se a dificuldade de co-responsabilização pela assistência e a desigualdade salarial em relação a categoria médica. De uma maneira geral, eles usam como argumento a falta de autonomia e a submissão do trabalho de enfermagem ao trabalho médico⁽⁴²⁾.

Autor aponta que os enfermeiros demonstram dificuldades na definição do objeto de trabalho no paradigma da Reforma Psiquiátrica, ou seja, nessa equipe de saúde mental, que define como objeto de intervenção o sujeito-cidadão em suas necessidades psicossociais, o enfermeiro não se define como sujeito-trabalhador⁽⁴²⁾. Assim, pode-se indagar qual é a condição desse profissional conduzir-se em relação a uma assistência cuja orientação é a reinserção social da pessoa com transtornos mentais quando ele mesmo não se posiciona na equipe como sujeito-cidadão.

No presente estudo, ao se apreender a relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e os médicos do SAMU na produção de ações de saúde desumanizadas e mecanicistas, pode-se observar a manutenção das relações hierárquicas, principalmente entre os profissionais médicos e equipe de enfermagem, referentes a desigualdades salariais e ao fato de o médico ser historicamente o responsável pela atenção ao usuário.

Ademais, é preciso refletir acerca das ações e valores que a enfermagem pode contribuir para o processo de reconfiguração do cuidado psiquiátrico integral, onde é necessário conhecer as peculiaridades de cada evento patológico, porém dando ênfase aos aspectos holísticos e assim direcionar a assistência de forma de adequada⁽²⁾.

Na saúde mental pode-se entender a integralidade como uma ação compromissada para romper barreiras, desmontando o ideal de hospitalização, medicalização, isolamento e perda da autonomia como a melhor forma de intervenção⁽⁷⁾. O que se procura é resgatar um conceito mais positivo sobre a loucura, exigindo que o cuidado ocorra em diferentes espaços e exigindo uma prática assistencial que considera a subjetividade e singularidade do sujeito em sofrimento psíquico na qual inclusão, cidadania, autonomia, solidariedade aparecem como conceitos norteadores para ações integrais⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, o novo modo de cuidar em saúde mental, o modo psicossocial, preconiza a necessidade de uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, que ofereça um cuidado não excludente, de escuta, e possibilite a inserção social dos sujeitos em sua comunidade, em articulação com sua família⁽¹⁶⁾.

Para tanto, a atuação do enfermeiro é primordial para o adequado gerenciamento da equipe multidisciplinar e do processo de construção do cuidado emergencial em saúde mental. Ademais, a

necessidade de readequações no paradigma do cuidado psicossocial e ênfase nas ações acerca da atuação da enfermagem, têm considerado os aspectos legais da gerência do cuidado ofertado à pessoa com transtorno mental e sua família⁽⁴²⁾.

Sob o mesmo ponto de vista, as transformações advindas do paradigma da desinstitucionalização e seus desdobramentos no campo da saúde mental, sobretudo, das ações de cuidado de enfermagem, considerando o cuidado com ênfase nas singularidades, contribuem para os princípios da cidadania e da reinserção social como instrumentos que confirmem e estimulem a qualificação de sua prática⁽⁴³⁾.

Assim, é preciso e necessário que os profissionais de enfermagem aproximem-se do sujeito portador de sofrimento mental, e se permitam, com ele, aprender a cuidar do mesmo de acordo com sua história, com suas dores subjetivas, com suas escolhas, com suas dificuldades e com suas – ainda que tão provisórias e peculiares – conquistas⁽⁴³⁾.

As abordagens e os elementos da prática do cuidado territorial, propostas vislumbradas por estudo de revisão, recorrem aos elementos diversos do campo psicossocial: estratégias, princípios, ação dos profissionais, recursos territoriais, cidadania, emancipação dos sujeitos, entre outros. Assim, as práticas territoriais trazem como único imperativo a valorização do usuário como ser social, cidadão, autônomo, único, capaz de elevar seus níveis de saúde. Para tal, as práticas devem acontecer de dentro para fora dos serviços, ou seja, no território onde os usuários vivem, por meio da relação⁽⁴⁴⁾.

Nessa perspectiva, a enfermagem psiquiátrica em busca da integralidade da atenção à saúde investe na valorização do contexto em que os usuários vivem nas suas interações sociais significativas, nos recursos territoriais necessários à emancipação e na autonomia dos usuários. O grande desafio para a enfermagem psiquiátrica em busca do cuidado integral é romper com as práticas historicamente hospitalocêntrica mediadas em procedimentos técnicos, fragmentados e autoritários centrados na “doença”⁽⁴⁴⁾.

Assim, a compreensão da integralidade da atenção em saúde mental está permeada pelo entendimento de que o sujeito é um ser de amplas e diferentes necessidades que não podem ser abordadas de forma isolada⁽¹³⁾. Dessa forma, há necessidade de investimento na rede de serviços de saúde mental, tanto em relação a criação de serviços que se contraponham à lógica manicomial, como na consolidação desses, para que atuem possibilitando diversas ofertas para uma diversidade de demandas dos sujeitos em sofrimento psíquico⁽¹²⁾.

Nesse sentido, deve-se ter atenção para que os profissionais dos serviços de saúde prestem um atendimento integral, compartilhando experiências, com o envolvimento de familiares e da comunidade⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Torna-se necessário assumir a integralidade como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais. É preciso exercitar a prática de compartilhar saberes e olhar os problemas em conjunto, para assim cuidar de forma integral⁽¹⁶⁾.

Assim, por meio das evidências encontradas, é de suma importância à aproximação entre os sujeitos envolvidos no processo de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar em saúde

mental, já que é preciso se atentar as necessidades subjetivas e singulares de cada indivíduo⁽¹⁹⁾.

O diálogo é uma ferramenta de suma importância, pois o falar na hora certa muitas vezes alivia o sofrimento e facilita a interação profissional/usuário⁽⁹⁾, diminuindo assim a necessidade da utilização de contensões sejam elas físicas ou químicas, no entanto, na realidade estudada, ocorria justamente o contrário, pois o atendimento ao paciente é feito utilizando-se da contenção e muitas vezes acompanhado de ação policial.

Nesse contexto, a modificação de postura do enfermeiro que coadune com os objetivos da reforma psiquiátrica, considerando uma abordagem holística do cuidado, a individualidade do ser humano, o contexto de saúde e doença em que ele está inserido, o relacionamento interpessoal, permeando a coparticipação no processo da reabilitação e a promoção do autocuidado como forma de responsabilizar o sujeito pela sua saúde, a autoconscientização, desenvolvimento de autoestima e habilidades políticas dos profissionais, são fundamentais para que o Enfermeiro possa assumir todos os papéis que a profissão solicita de modo a promover um cuidado mais humanizado e menos mecanicista, em uma área tão sensível quanto a de urgência e emergência saúde mental⁽⁷⁻⁸⁾.

Por fim, espera-se que os trabalhadores de enfermagem do SAMU no município investigado, mesmo diante dos confrontos e contradições na produção do cuidado em saúde às pessoas em situações de urgência e emergência psiquiátrica, militem em prol de uma assistência humana e acolhedora. Para tanto, pode fazer uso de tecnologias leves, cogestão, apoio matricial, autonomia profissional e resgate dos usuários como sujeitos sociais.

Limitações do estudo

Apesar da importância dos resultados trazidos por este estudo e seus avanços para a área de conhecimento, ele deve ser considerado no âmbito de suas limitações, dentre elas, se trata de uma amostra de profissionais que, apesar de pertencer a um grande município do estado em área, certamente não representa a diversidade que pode ser encontrada no país. Não se buscou comparar o conhecimento de profissionais de serviços de interação e urgência e emergência.

Este estudo não pretende esgotar o tema, ao contrário, abre perspectivas para ampliação de novas investigações acerca dos aspectos que envolvem a assistência a que ficam expostos os profissionais de enfermagem no cotidiano do atendimento de urgência e emergência psiquiátrica.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O estudo discute questões de qualificação, prática mecanicista e humanização, tema atual em saúde mental e psiquiatria que aparentemente não é facilmente manejado pelos profissionais, assim como no senso comum, devido às influências do modelo biomédico. Deste modo, a pesquisa se presta a abrir o cenário e entender a vivência do profissional, ressaltando o olhar para os temas que surgem nas entrevistas, possibilitando uma generalização naturalística de dados e a intenção de novas pesquisas na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à forma de abordagem realizada pelos trabalhadores de enfermagem do SAMU, foi percebido que é ofertado um cuidado mecanizado, baseado em medidas coercitivas, sendo a contenção física e química como principal forma de assistir às pessoas em situações de urgências e emergências. Esse dado encontrado não condiz com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica, tornando assim a assistência pouco resolutive e desumanizada.

Os entrevistados apontaram a necessidade de educação permanente em saúde para a realização de um cuidado apropriado, pois o grau de complexidade necessário que esse atendimento exige não se processa com tecnologias duras, e sim com o contato e o cuidado humanizado.

Apesar do esforço empreendido pelos trabalhadores de enfermagem no sentido de tornar o atendimento mais resolutive, percebeu-se uma grande dificuldade na continuidade da assistência, tendo em vista que não existe uma rede de serviços organizada para atender a essa clientela. Por fim, repensar a assistência prestada a esses usuários, garantindo ao usuário um atendimento humanizado, faz-se necessário e emergente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2018 Mar 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
2. Leite LS, Rocha KB, Santos LM. A tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial. *Trab Educ Saúde*. 2018;16(1):183-200. doi: 10.1590/1981-7746-sol00101
3. Chmiel C, Rosemann T, Senn O. Demand and characteristics of a psychiatric 24-hour emergency service performed by mandatory rotation of licensed psychiatrists in Swiss primary care. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:383-90. doi: 10.2147/PPA.S53950
4. Fraino JA. Mobile nurse practitioner: a pilot program to address service gaps experienced by homeless individuals. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2015;53(7):38-43. doi: 10.3928/02793695-20150615-01
5. Vargas D, Soares J, Ponce TD, Oliveira BB. Psychiatric urgency and emergency care nurses: an analysis of their professional and educational profile. *Cogitare Enferm*. 2017;(22)4:e50704. doi: 10.5380/ce.v22i4.50704

6. Darbon R, Dalphin C, Prieto N, Cheucle É. The nurse within emergency medical-psychological units. *Rev Infirm.* 2017;66(230):23-5. doi: 10.1016/j.revinf.2017.02.005
7. Brito AAC, Bonfada D, Guimarães J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. *Physis.* 2015;25(4):1293-312. doi: 10.1590/S0103-73312015000400013
8. Oliveira LC, Silva RAR. Knowledge and practices in urgent and emergency psychiatric care. *Rev Enferm UERJ.* 2017;25:107-26. doi: 10.12957/reuerj.2017.10726
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Antunes MJM, Guedes MVC. Integralidade nos Processos Assistenciais na Atenção Básica. In: Garcia TR, Egry EY, organizadoras. Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 19-28.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Baeta S MF. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad Salud [Internet].* 2015 [cited 2018 Mar 09];13(2):81-4. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011
13. Bhattacharyya R. The development of mental hospitals in West Bengal: a brief history and changing trends. *Indian J Psychiatry.* 2018;60(Suppl 2):S198-S202. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_432_17
14. Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertoncello KCG. Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network. *Esc Anna Nery.* 2016;20(3):e20160059. doi: 10.5935/1414-8145.20160059
15. Oliveira EC, Medeiros AT, Trajano FMP, Chaves Neto G, Almeida SA, Almeida LR. Mental health care in the territory: conceptions of primary health care professionals. *Esc Anna Nery.* 2017;21(3):e20160040. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0040
16. Cardoso MRO, Oliveira PTR, Piani PPF. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. *Saúde Debate.* 2016;40(109):86-99. doi: 10.1590/0103-1104201610907
17. Bastos FJS, Dutra CDC, Silva JLA, Pacheco KC, Silva TN. Saúde mental no atendimento pré-hospitalar móvel: Concepções de profissionais. *Rev Port Enferm Saúde Ment.* 2016;(spe.4):17-24. doi: 10.19131/rpesm.0136
18. Grundy AC, Walker L, Meade O, Fraser C, Cree L, Bee P, et al. Evaluation of a co-delivered training package for community mental health professionals on service user- and carer-involved care planning. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2017;24(6):358-66. doi: 10.1111/jpm.12378
19. Souza MC, Afonso MLM. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. *Gerai, Rev Interinst Psicol [Internet].* 2015 [cited 2018 Mar 12];8(2):332-47. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202015000300004&lng=pt&nrm=iso
20. Tobase L, Peres HHC, Gianotto-Oliveira R, Smith N, Polastri TF, Timerman S. The effects of an online basic life support course on undergraduate nursing students' learning. *Int J Med Educ.* 2017;8:309-13. doi: 10.5116/ijme.5985.cbce
21. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Permanent professional education in healthcare services. *Esc Anna Nery.* 2017;21(4):e20160317. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2016-0317
22. Marcolino TQ, Fantinatti EN, Gozzi APNF. Comunidade de prática e cuidado em saúde mental: uma revisão sistemática. *Trab Educ Saúde.* 2018;16(2):643-58. doi: 10.1590/1981-7746-sol00112
23. Abrahão AL, Azevedo FFM, Gomes MPC. A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no centro de atenção psicossocial. *Trab Educ Saúde.* 2017;15(1):55-71. doi: 10.1590/1981-7746-sol0004
24. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Zeferino MT, Souza AIJ, Hermida PMV. Mobile emergency medical services in the psychological crisis and the psychosocial paradigm. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(4):1035-43. doi: 10.1590/0104-0707201500003580014
25. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Schweitzer G. Intervention in situations of psychic crisis: challenges and suggestions of a prehospital care staff. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(5):708-14. doi: 10.1590/0034-7167.2014670506
26. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Continuing education and matrix support: training, experience, and practices of health professionals in the Centers for the Support of Family Health and the supported teams. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(9):e00108116. doi: 10.1590/0102-311x00108116
27. Almeida AB, Aciole GG. Network management and institutional support: pathways in assembling mental health networks within the regional scenario of the National Health System (SUS). *Interface (Botucatu).* 2014;18(Suppl 1):971-81. doi: 10.1590/1807-57622013.0371
28. Vasconcelos MFF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira SMLR. In-between policies (CEH - Continuing Education in Health and NHP - Humanization National Policy): towards a way to educate in/ for the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu).* 2016;20(59):981-91. doi: 10.1590/1807-57622015.0707
29. O'Dwyer G, Mattos RA. Integral Care and Attention to Emergency: the mobile emergency care service in the State of Rio de Janeiro. *Saúde Soc.* 2013;22(1):199-210. doi: 10.1590/S0104-12902013000100018
30. Hirdes A, Scarparo HBK. The maze and the minotaur: mental health in primary health care. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(2):383-93. doi: 10.1590/1413-81232015202.12642013
31. Ortiga AMB, Lacerda JT, Natal S, Calvo MCM. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(12):e00176714. doi: 10.1590/0102-311x00176714

32. Willrich JQ, Kantorski LP, Antonacci MH, Cortes JM, Chiavagatti FG. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(1):97-103. doi: 10.1590/0102-311x00176714
33. Ballarin MLGS, Blanes LS, Ferigato SH. Matrix support: a study on the perspective of mental health professionals. *Interface (Botucatu).* 2012;16(42):767-78. doi: 10.1590/S1414-32832012000300014
34. Dantas NF, Passos ICF. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. *Trab Educ Saúde.* 2018;16(1):201-20. doi: 10.1590/1981-7746-sol00097
35. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(2):371-82. doi: 10.1590/1413-81232015202.11122014
36. Iglesias A, Avellar LZ. The psychologist's contribution to the matrix support in mental health. *Psicol Ciênc Prof.* 2016;36(2):364-79. doi: 10.1590/1982-3703001372014
37. Hirdes A, Silva MKR. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Saúde Debate.* 2014;38(102):582-92. doi: 10.5935/0103-1104.20140054
38. Amaral CEM, Torrenté MON, Torrenté M, Moreira CP. Matrix support in Mental Health in primary care: the effects on the understanding and case management of community health workers. *Interface (Botucatu).* 2018;22(66):801-12. doi: 10.1590/1807-57622017.0473
39. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Matrix support, individual therapeutic project and production in mental health care. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(1):112-20. doi: 10.1590/0104-07072015002430013
40. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface (Botucatu).* 2016;20(58):625-35. doi: 10.1590/1807-57622015.0389
41. Severo AKS, L'Abbate S, Campos RTO. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface (Botucatu).* 2014;18(50):545-56. doi: 10.1590/1807-57622013.0520
42. Coates D. Service models for urgent and emergency psychiatric care: an overview. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2018;56(8):23-30. doi: 10.3928/02793695-20180212-01
43. Dias MGPF, Vargas D. Psychiatric nurses' attitudes towards violent behaviour: a brazilian study. *Issues Ment Health Nurs.* 2018;39(8):687-92. doi: 10.1080/01612840.2017.1422198
44. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichan.* 2015;15(4):529-40. doi: 10.5294/aqui.2015.15.4.8