

FACULDADE LABORO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÀ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ASSISTÊNCIA  
PSICOSSOCIAL

**LEANDRO SALDANHA NUNES MOUZINHO**

**EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO CAPS: ANÁLISE  
LITERÁRIA**

São Luís / MA

2013

**LEANDRO SALDANHA NUNES MOUZINHO**

**EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO CAPS: ANÁLISE  
LITERÁRIA**

Artigo Científico apresentado à disciplina de Seminário III do curso de especialização em Saúde Mental e Assistência Psicossocial da Faculdade Laboro - Universidade Estácio de Sá como pré-requisito para a obtenção da nota referente ao módulo.

Orientadora: Prof. Dra. Claudia Regina Eloi

São Luís / MA

2013

Mouzinho, Leandro Saldanha Nunes

Emergências e urgências psiquiátricas no CAPS: análise literária/Leandro Saldanha Nunes Mouzinho. - São Luís, 2013

20p.

Impresso por computador (fotocópia)

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Assistência Psicossocial da Faculdade Laboro/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Assistência Psicossocial.

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Regina Eloi da Luz. -. 2013

1. Saúde mental. 2. Urgência. 3. Psiquiatria. 4. Políticas públicas.

CDU-613.86-616.89:32.019.5

LEANDRO SALDANHA NUNES MOUZINHO

**EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO CAPS: ANÁLISE  
LITERÁRIA**

Especialização em Saúde Mental e Assistência  
Psicossocial da Faculdade Laboro –  
Universidade Estácio de Sá, para obtenção do  
título de Especialista em Saúde Mental e  
Assistência Psicossocial.

Orientadora: Prof. Dra. Claudia Regina Eloi da  
Luz

Aprovado em: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Doutora em Medicina Claudia Regina Nunes Eloi da Luz (Orientadora)  
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

---

Prof<sup>a</sup> Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)  
Mestre em Enfermagem Pediátrica  
Universidade São Paulo – USP

## **RESUMO**

Durante o curso de um transtorno mental o paciente pode passar por alguns momentos chamados “crise”, que consistem em quaisquer situações de natureza psiquiátrica em que existe um risco significativo imediato ou em um curto espaço de tempo. Objetivou-se, no estudo atual, apresentar a partir de uma revisão bibliográfica, a maneira como urgências e emergências psiquiátricas são manejadas em instituições psiquiátricas extra-hospitalares. Conclui-se que houve muitos avanços quanto a políticas públicas nos últimos 10 anos, porém a prática destes ainda estão em seus passos iniciais.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Urgência. Psiquiatria. Políticas Públicas.

## **ABSTRACT**

During the course of a mental disorder the patient may go through something called "crisis", which consists in cases of psychiatric disorders in which there is significant, immediately or in a short span of time, risk. The objective of the current study, presenting from a literature review, consists in the way emergency and psychiatric emergencies are managed in psychiatric institutions. We conclude that there have been many advances regarding public policies in the last 10 years, but the practice of these are still in their initial stages.

**Key-Words:** Mental Health. Urgency. Psychiatry. Public Policy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	06
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	08
2.1 Formulação da Pergunta.....	08
2.2 Localização e seleção dos estudos.....	09
2.3 Período.....	09
2.4 Coleta de Dados.....	09
<b>3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	09
3.1 Humanização e CAPS.....	10
3.2 Paciente em risco: Procedimentos atuais.....	12
3.3 Mudanças na prática em saúde mental.....	13
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	14
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	16
<b>ANEXOS</b> .....	19

## 1 INTRODUÇÃO

Durante o curso de um transtorno mental o paciente passa por distintos momentos quanto à intensidade e frequência de sua sintomatologia. Os momentos em que tais sintomas estão apresentados com maior intensidade e com alta frequência de agudizações são chamados de “Surto Psicótico” (ARANTES; FUKUDA; STEFANELLI, 2008b).

Tais surtos são classificados dentro da classe de Urgências e Emergências Psiquiátricas. Caldieraro, Spode e Fleck (2008) definem Urgência e Emergência Psiquiátrica como quaisquer situações de natureza psiquiátrica em que existe um risco significativo (de morte ou injúria grave) imediato ou em um curto espaço de tempo – 01 a 48 horas – para o paciente ou para outros, necessitando de uma intervenção terapêutica imediata.

A portaria 2048/GM de 2002 define “urgências psiquiátricas” e atesta a competência técnica dos serviços de urgência nessas ocorrências:

Urgências Psiquiátricas: são as que circunscrevem as psicoses, tentativa de suicídio, depressões, síndromes cerebrais orgânicas. Procedimentos: reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência na cena das ocorrências. Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento. Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH (vítimas agressivas em situações de risco para si e para outros); Adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas (BRASIL, p. 76, 2002).

Durante a história inicial da Saúde Mental no mundo os transtornos psiquiátricos e suas manifestações eram controlados a partir de medidas drásticas, desumanas e segregantes como a internação compulsória em hospitais psiquiátricos, uso de violência psicológica e física além de tratamentos “oficiais” que causavam sérias consequências à saúde do indivíduo, como por exemplo: malarioterapia, banho de imersão, isolamento, insulino-terapia etc. (ARANTES; FUKUDA; STEFANELLI, 2008<sup>a</sup>; SADOCK; SADOCK, 2007)

Este era o modo como o surto psicótico era encarado até a modernização e humanização do tratamento em saúde mental, que foi oficializado e legislado a partir da reforma psiquiátrica. Tal mudança no paradigma vigente tinha como um dos principais objetivos a descentralização progressiva do tratamento em grandes hospitais psiquiátricos para tratamentos extra-hospitalares em CAPS, hospitais-dia, residências terapêuticas, hospitais gerais; tal descentralização tinha o objetivo final de terminar

completamente as internações em hospitais psiquiátricos, pois se encara agora tal tratamento como uma continuidade e não internações episódicas (TOWNSEND, 2000).

De acordo com a discussão proposta por Stefanelli (2008), os tratamentos legais e éticos utilizados atualmente também mudaram com o novo paradigma de saúde mental, a maioria das práticas anteriormente utilizadas foram abolidas e aquelas que permanecem em uso necessitaram de revisão quanto aos seus procedimentos com finalidade de amenizar os danos e maximizar os efeitos benéficos das terapêuticas.

Mariz (2008) comenta sobre a estigmatização da internação psiquiátrica e de seus objetivos durante a época da segregação psiquiátrica. Segundo discussão da autora, tal segregação ocorria devido ao modo como os portadores de transtorno mental eram vistos na época: como alienados. O tratamento, no início do século XIX, seguia os caminhos propostos por Pinel, os quais viam a doença mental como uma doença moral, isso é, a causa da loucura é a ‘imoralidade’, entendida como excesso ou exagero. Portanto, a mudança forçosa de comportamentos era considerada a terapêutica principal dessa época.

Segundo Caldieraro, Spode e Fleck (2008) os objetivos atuais da intervenção à emergência psiquiátrica devem ser: A estabilização do quadro; Estabelecimento de uma hipótese diagnóstica; Exclusão de uma causa orgânica e Encaminhamento. Percebe-se, pois, uma alteração na concepção de objetivos quanto à intervenção em situações-problema, de segregação dos “alienados” para foco em um “sintoma-problema” que propicia a estabilização do quadro.

É percebido que a reforma psiquiátrica já anda fazendo efeito no modo como a saúde mental é concebida e tratada na atualidade. A quantidade de CAPS abertos no Brasil aumenta a cada ano e a quantidade de leitos psiquiátricos abertos diminui, isso significa que as medidas contra a internação de pacientes psiquiátricos estão surtindo efeito na realidade brasileira (BRASIL, 2010).

Porém, por mais que a realidade brasileira mude, o transtorno psiquiátrico continua a ocorrer, acometendo milhares de indivíduos todo ano. Isso é, as crises e surtos psiquiátricos continuam diariamente sob a forma de ansiedade, risco de suicídio, psicose aguda etc.

BRASIL (2011) na portaria 3088 institui a urgência e emergência em psiquiatria como uma das responsabilidades da rede integrada de saúde, sendo atendido por: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. Dessa forma, o



modo como a saúde mental, o surto e as urgências/emergências psiquiátricas é visto deveria mudar do modo segregatório como sempre foi visto a um acontecimento da própria comunidade, inserido na rede de atenção e cuidado.

O que é visto, pois, consiste numa dicotomia quanto à teorização e prática das diretrizes de intervenção quanto à emergência psiquiátrica. Não é incomum observar práticas que antes eram aplicadas em hospitais psiquiátricos sendo utilizadas em instituições extra-hospitalares (MARIZ, 2008). Visto tal discussão, o estudo tem sua importância pautada no melhor conhecimento e na argumentação entre os autores quanto às práticas atuais em CAPS, residências terapêuticas etc.

Objetivou-se, no estudo atual, apresentar a maneira como urgências e emergências psiquiátricas são manejadas em instituições psiquiátricas extra-hospitalares, no caso, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, também foram objetivados: Relacionar em artigos recentes os avanços quanto à humanização de procedimentos no tratamento psiquiátrico em CAPS; Discutir os procedimentos atuais aplicados ao paciente em crise; e Apontar as principais mudanças na prática da saúde mental ocorridas na transição ao modelo da reforma psiquiátrica a partir dos artigos estudados.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura. Para melhor organização da metodologia, consideraram-se como referencial a estrutura proposta por Castro (2001).

### **2.1 Formulação da Pergunta**

O que a literatura descreve sobre urgências e emergências psiquiátricas no ambiente extra-hospitalar (CAPS)?

## **2.2 Localização e seleção dos estudos**

Foram considerados o estudo de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área (livros, monografias, dissertações e artigos); pesquisados em sistemas de bases de dados: Bireme, Scielo e Google Acadêmico. A seletividade por artigos apenas nacionais é justificada pela especificidade do sistema de saúde no Brasil, regulamentado e regido por leis que tem validade apenas em território nacional.

## **2.3 Período**

Foram selecionados apenas publicações entre os anos de 2002 a 2013, visto o marco histórico da Saúde Mental constituído pela Lei 10.216 de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil; e Portaria n.º 336/GM de 2002 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

## **2.4 Coleta de Dados**

Serão coletados dados relativos ao manejo de urgências e emergências psiquiátrica em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para isso, foram utilizadas as seguintes palavras-chaves nas pesquisas de bancos de dados online: “Caps”; “Urgência” e “Humanização” – não necessariamente presentes as três palavras-chaves em todas as buscas realizadas.

A escolha de artigos que comporão a análise ocorrerá a partir da leitura das publicações relevantes e condizentes aos objetivos citados anteriormente.

## **3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Após leitura e análise dos textos escolhidos segundo especificações anteriores, pôde-se observar a relevância de três principais tópicos sobre o assunto estudado: Avanços quanto à humanização; Vantagens do tratamento humanizado em urgências e emergências psiquiátricas; e Mudanças na prática da saúde mental.

### 3.1 Humanização e CAPS

É perceptível a mudança no paradigma da saúde mental nos últimos 10 anos: Diversas leis e portarias foram criadas; o surgimento de alternativas terapêuticas ao modelo antes hospitalocêntrico; as medidas de inclusão e ressocialização dos antes pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2011). A mobilização por parte do poder público quanto à criação de políticas públicas que faça viável tal mudança pode ser comprovada com uma breve busca e leitura das leis que influenciaram a saúde mental nos últimos 10 anos.

Porém, a teoria e prática se mostram distintas à comparação dos resultados de pesquisas atuais sobre a temática. Em 2004 o Ministério da Saúde iniciou a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, que teve como princípios norteadores:

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; e Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, p.10, 2004).

E a partir de tais princípios, o PNH estabeleceu como marcas/prioridades as seguintes marcas específicas:

Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS; e as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, p.10, 2004).

Mielke et al (2009) realizou estudo qualitativo sobre a percepção dos profissionais quanto ao CAPS e apontou a humanização da assistência como um dos tópicos discutidos pelos participantes. Ao serem questionados quanto a este assunto específico, os entrevistados referiram conhecer e aplicar os princípios do PNH na sua prática profissional e veem resultados na dinâmica de tratamento dos pacientes após a implementação das medidas.

Porém, é possível perceber uma contradição nas ideias expressas pelos participantes na pesquisa citada anteriormente. Em outros tópicos os profissionais responderam de maneira contraditória quanto às marcas específicas prioritárias do PNH, como, por exemplo, a falta de treinamento de qualificação na área nos últimos anos.

Essa realidade não se apresenta de maneira uniforme por todo Brasil. Pode-se constatar os benefícios visíveis das medidas de saúde pública para a humanização e avanço do cuidado em saúde mental no relato de caso de Marques, Crespim e Silva (2013) sobre o gerenciamento de caso com dependentes químicos em situação de rua em um CAPS III AD localizado na cidade de São Paulo. As autoras afirmam que a problemática da situação de rua crescente em São Paulo está diretamente ligada à prática da exclusão moral e social dos usuários de droga e portadores de transtornos mentais e demonstram como a aplicação de medidas de ressocialização atuam beneficentemente e com melhores resultados que as medidas de exclusão e repressão utilizadas anteriormente pelo governo da cidade. “O objetivo primordial é potencializar o acesso à rede de serviços públicos e garantir a reinserção social desses usuários, fortalecendo sua condição de cidadão.” (MARQUES; CRESPIM; SILVA, p1, 2013).

Outro achado importante consiste na representação social do Centro de Atenção Psicossocial para os seus usuários e familiares. Osinaga, Furegato e Santos (2007) conduziram uma pesquisa qualiquantitativa com usuários de três serviços em Saúde Mental e seus familiares diretos ou cuidadores, um dos serviços correspondeu a um CAPS II que cobre 45 bairros da região. Para os usuários e familiares atendidos neste CAPS, o local é sinônimo de repor a medicação quando esta falta em casa ou de continuar o tratamento que foi “iniciado” no hospital.

A mesma pesquisa também mostra que os usuários e familiares entrevistados pouco sabem sobre o transtorno que os leva a precisar do CAPS. A maioria apenas se consulta e renova a medicação sem deter informações extras sobre o seu estado de saúde.

Chama a atenção que o CAPS deveria ter um papel de resistência à cronificação estendendo-se além do controle da sintomatologia, estimulando a participação do usuário nos espaços autônomos da comunidade e valorizando o envolvimento dos familiares. O objetivo teórico desse serviço está em sintonia com os idealizadores da desinstitucionalização, da reabilitação psicossocial e da reinserção do portador na sua comunidade, com participação ativa da família e melhoria da sua qualidade de vida. (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, p.5, 2007).

Dessa forma, questiona-se se o CAPS como um todo está realmente exercendo a sua função de socialização e desinstitucionalização ou sendo apenas uma extensão do modelo hospitalocêntrico manicomial.

### 3.2 Paciente em risco: Procedimentos atuais

Já é conhecido que tratamentos e manejo inadequados permeiam a história da psiquiatria como um todo. Durante muitas décadas as práticas, muitas vezes desumanas, priorizavam a coerção e controle físico dos paciente a partir de métodos pouco práticos que priorizavam a estabilização de sintomas observáveis considerados inadequados (ARANTES; FUKUDA; STEFANELLI, 2008b).

Porém a última década foi marcada por avanços em políticas públicas quanto à valorização da cidadania e direitos humanos dos usuários de serviços em saúde mental (BRASIL,2004). Isso implica na reflexão dos procedimentos utilizados em pacientes em crise (urgência psiquiátrica) que estejam de acordo com a nova política de saúde mental.

Uma das práticas mais conhecidas e utilizadas como terapêutica para as situações de crise na psiquiatria consiste na contenção mecânica. Tal procedimento é utilizado quando o paciente apresenta risco a si mesmo ou àqueles que o cerca (auto e/ou heteroagressividade) (SADOCK; SADOCK, 2007).

Tal prática continua sendo utilizada até os dias de hoje, porém com as devidas ressalvas e cuidados necessários a fim de que o procedimento seja utilizado em sua devida necessidade e respeitando os direitos humanos (VOLPE, 2010; RABELO; TORRES, 2006; JARDIM; DIMENSTEIN, 2007a).

Segundo legislação atual, a contenção mecânica é um procedimento de responsabilidade da equipe de enfermagem, seja sua execução ou seus cuidados quanto à integridade física ou ao respeito aos direitos humanos do pacientes. Para isso foram formuladas a resolução COFEN nº 427/2012 que normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes (BRASIL, 2012), e o Parecer Técnico COFEN n.º 032/2009 que dispõe sobre os padrões técnicos do procedimento de contenção física (BRASIL, 2009).

Tais mudanças não são exclusivas de tratamentos hospitalares dentro de instituições para internação psiquiátrica. Com a nova redefinição de funções do CAPS e de outros modelos assistenciais, foi necessária a capacitação dos profissionais que

atuam diretamente com esse público que pode vir a necessitar de tais serviços (PROJETO, 2012; CATALÃO, 2012).

### 3.3 Mudanças na prática em saúde mental

Ao pensar nas mudanças na prática de saúde mental também se deve levar em conta a mudança no pensamento e na representação social do usuário de serviços em saúde mental, visto que esta é um processo dinâmico. Jardim e Dimenstein (2007b) realizaram pesquisa com membros da equipe de saúde do SAMU de Aracaju e abordaram amplamente a opinião destes profissionais quanto ao atendimento de urgências psiquiátricas.

Pôde-se perceber na pesquisa acima citada que tais profissionais ainda apresentam uma visão manicomial do usuário. Muitas vezes, nas citações indicadas pelo artigo, são utilizadas nomenclaturas estigmatizantes quando referidas aos usuários dos serviços de saúde mental como “louco” ou “doido”. Além disso, A visão geral dos participantes da pesquisa consistiu em que os atendimentos psiquiátricos demandavam muito da equipe, atrapalhavam o fluxo devido a demora no manejo da situação e que medidas coercitivas como contenção são as mais práticas para este tipo de usuário.

Bonfada (2010) também pesquisou sobre o assunto em sua dissertação de mestrado e chegou a conclusões semelhantes quanto às opiniões de profissionais do SAMU. Em sua pesquisa ficou clara o caráter coercitivo das abordagens aos pacientes portadores de transtorno mental. A contenção física, medicação e transporte ao hospital psiquiátrico e uso do dialogo como meio de persuasão ou intimidação do paciente psiquiátrico foram apontados como achados principais nas falas e observação prática de tais profissionais.

Além disso, também ficou evidente a rejeição da responsabilidade do SAMU a estes atendimentos psiquiátricos. Para os profissionais atuantes no atendimento pré-hospitalar, as ocorrências psiquiátricas deveriam ser de responsabilidade de outro órgão, visando a agilização de outras ocorrências vistas como “mais importantes” (BONFADA, 2010).

A portaria 3088 (BRASIL, 2011), que institui a rede de atenção psicossocial, preconiza os seguintes pontos de atenção como integrantes da rede de atenção de urgência e emergência: “SAMU; Sala de Estabilização; UPA 24 horas;

portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros (BRASIL, p.2, 2011) .

Dessa forma, o SAMU faz parte da rede assistencial ao usuário de serviços em saúde mental, já que este agora é considerado parte deste serviço. Por conseguinte, o SAMU também deve seguir as diretrizes para funcionamento da assistência psicossocial; dentre elas podem-se citar: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; combate a estigmas e preconceitos; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas. (BRASIL, 2011).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As medidas em políticas públicas antimanicomiais visam a substituição do tratamento hospitalar, que tem início e fim, a um tratamento comunitário psicossocial que não tem data de término e sim a continuidade e atenção integral dentro da comunidade em que aquele usuário está inserido.

Com a redução das internações em hospitais psiquiátricos também aumentou a demanda de serviços alternativos já que os usuários destes serviços agora voltavam às suas residenciais e à dinâmica social da sua comunidade. Foi necessário, pois, a reconfiguração dos serviços para atender essa nova demanda consequência das medidas antimanicomiais, como vista na portaria 2088.

Porém, tais mudanças não ocorrem de forma rápida. O próprio processo de mudança pode demorar anos, e ela inicia com a mudança de pensamento. Ficou clara a partir da discussão dos artigos e periódicos a necessidade de redefinição da representação social dos “transtornos mentais” e até da própria “psiquiatria”.

Durante anos o pensamento predominante sobre os usuários de serviços em saúde mental foi segregante e minimalista, o próprio interesse pela área entre os profissionais da área da saúde reflete como esta é vista. Poucos são os profissionais que escolhem a área da Saúde Mental por afinidade ou reconhecer a necessidade de recursos humanos qualificados (VILELLA, 2009).

Pôde-se perceber, durante a coleta de material para a pesquisa, a escassez de produção científica foi notável, sendo necessária redefinição de palavras-chaves mais abrangentes para contemplar os objetivos iniciais da pesquisa. Isso indica a importância que a área da Psiquiatria ocupa no cenário acadêmico atual. Tal importância faz-se

menor ainda se o foco da pesquisa focar apenas na produção de outros profissionais da saúde fora o psicólogo.

Além disso, os artigos que focam a atenção ao paciente em situação de risco (urgência e emergência psiquiátrica) são menos numerosos ainda. Fica claro a necessidade de maior exploração de tal assunto, uma vez que este faz-se presente no continuum de tratamento e acompanhamento do paciente psiquiátrico.



## REFERÊNCIAS

ARANTES, Evalda Caçado; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; STEFANELLI, Maguida Costa. O enfermeiro em Emergência Psiquiátrica: Intervenção em Crise. In: **Enfermagem Psiquiátrica**: em suas dimensões assistenciais. Barueri: Manole, 2008b. (série Enfermagem).

ARANTES, Evalda Caçado; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; STEFANELLI, Maguida Costa. Evolução histórica da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. . In: **Enfermagem Psiquiátrica**: em suas dimensões assistenciais. Barueri: Manole, 2008a. (série Enfermagem).

CATALÃO. Secretaria de saúde oferece o curso de contenção física. [online]. **Catalão Notícias**. Disponível em: <<http://www.catalaonoticias.com.br/noticias/index.php?Secao=NoticiasVer&id=MTE4NDE>>. Publicado em: 19 Jan. 2012. Acesso em: 20 Nov. 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. [online]. **Lex**: Resolução. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012\\_9146.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html)>. Acesso em: 10 Nov. 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de relatora N.º 032/2009. **Contenção Mecânica**. [online]. Disponível em: <<http://www.coren-df.org.br/portal/index.php/pareceres/80-pareceres-cofen/688-parecer-de-relatora-no-0322009>>. Acesso em: 10 Nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. [online]. **Lex**: Portaria. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 15 Out. 2013.

BRASIL. 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). [online]. **Lex**: Portaria. Disponível em: <[https://docs.google.com/file/d/0B\\_HpM8Lq6o5MNDUxMGI3ZTQtNzExNy00NThiLThhMWYtZjhkYzY1OGU5MzZl/edit?pli=1](https://docs.google.com/file/d/0B_HpM8Lq6o5MNDUxMGI3ZTQtNzExNy00NThiLThhMWYtZjhkYzY1OGU5MzZl/edit?pli=1)>. Acesso em: 15 Out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no 10.216, de 6 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. **Lex**: Leis. [online]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 13 Out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 7.** Edição Especial, Brasília. 5(7), 2010.

BRASIL. 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. [online]. **Lex:** Portaria. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 11 Out. 2013.

CASTRO, Aldemar Araújo. O Que é Necessário para Fazer uma Revisão Sistemática. **Revisão sistemática com ou sem metanálise.** São Paulo: AAC; 2001.

BONFADA, D. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Assistência às Urgências Psiquiátricas.** 2010. 147f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2010.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista.** Belo Horizonte, 13(1):169-90, jun. 2007a

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. **Urgência Psiquiátrica: Loucura-Periculosidade fundamentando as práticas do SAMU.** In: XIV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2007b. Rio de Janeiro. *Anais...* Disponível em: <[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab\\_completo\\_77.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_77.pdf)>. Acesso em: 15 Out. 2013.

MARIZ, Nataly Netchaeva. Desconstruindo estigmas: o espaço da internação na Reforma Psiquiátrica. **Praxis e Formação.** RJ, 1 (1): 1-5. 2008.

MARQUES, Flávia de Souza Verdugo; CRISPIM, Natália de Freitas; SILVA, Rose Mary Santana. **Relato de experiência:** Gerenciamento de Caso com Dependentes Químicos em situação de Rua em um CAPS III AD. In: Congresso Brasileiro sobre Saúde Mental e Dependência Química, 2013. João pessoa, PB. *Anais...* João Pessoa: Editora da UFPB, 2013.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva.** 14(1):159-64, 2009.

OSINAGA, Vera Lucia Mendiondo; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Licio Ferreira. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Rev Latino-am Enfermagem.** 15(1): 1-9, Jan./Fev. 2007.

PINTO, Alessandra Teixeira Marques; FERREIRA, Arthur Arruda Leal. Problematicando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo.** Maringá, 15 (1): 27-34, jan./mar. 2010.

PROJETO Região Oeste. **Educação para Profissionais da Saúde.** [online]. Disponível em: <<http://pro.fm.usp.br/cursos-de-contrapartida/>>. Publica em: 26 Mar 2012. Acesso em: 20 Nov. 2013.

RABELO, Ionara Vieira Moura; TORRES, Ana Raquel Rosas. Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. **Estud. psicol.** 23(3): 219-28. Jul./Set. 2006.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e psiquiatria clínica.** 9. ed. Tradução: Claudia Doenelles. Porto Alegre: Artmed, 2007.

STEFANELLI, Maguida Costa. Enfermagem Psiquiátrica no Séc XXI. In: **Enfermagem Psiquiátrica: em suas dimensões assistenciais.** Barueri: Manole, 2008a. (série Enfermagem).

TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos e Cuidados.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

VILLELA, J. C. **O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem na perspectiva do estudante.** 2009. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Paraná. 2009.

VOLPE, Fernando Madalena et al. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. **J Bras Psiquiatr.** 59(3): 203-209, 2010.

## ANEXOS

## ANEXO 01 – Regras de publicação da Revista Nursing.

Publique seu artigo científico na revista Nursing

Foi determinado, no último mês de maio de 2010, que apenas UM autor do trabalho deverá ser assinante do periódico. É necessário que o autor assinante seja profissional de enfermagem. A revista Nursing, edição brasileira, tem por objetivo ser o veículo de divulgação de assuntos de enfermagem, promovendo o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais.

Indexação: BANCO DE DADOS DE ENFERMAGEM-LILACS, BDEFN, CUIDEN, CABI e Global Health.

A Revista Nursing é Qualis B3.

O trabalho para publicação deverá atender as seguintes normas:

- 01 Deve vir acompanhado de solicitação para publicação, por escrito, feita pelo autor.
- 02 Um dos autores deve ser profissional de enfermagem e assinante da revista.
- 03 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação ou revista nacional.
- 04 Ter, no máximo, 10 páginas de texto, incluindo resumo (português, inglês e espanhol) com até 600 toques c/espaco, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em CD ROM, no programa Word e uma via impressa.
- 05 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.
- 06 As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados à revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).
- 07 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.
- 08 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), e-mail e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.
- 09 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.
- 10 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.
- 11 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.
- 12 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados por Editorial Bolina/Nursing e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.
- 13 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 196/96).
- 14 Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.
- 15 Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.
- 16 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: NURSING – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO, Alameda Pucuruí, 51-59 - Bloco B - 1º andar, cj.1030 - Tamboré - Barueri - SP - CEP 06460-100.