

## PROPOSTAS PARA O FUTURO: ESTRUTURA FÍSICA E EQUIPE IDEAL NAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

### PROPOSALS FOR THE FUTURE: PHYSICAL STRUCTURE AND THE IDEAL TEAM FOR PSYCHIATRIC EMERGENCIES

#### Resumo

Atualmente, o serviço de emergência psiquiátrica (SEP) possui papel fundamental na rede de serviços de saúde mental brasileira. Dele depende, muitas vezes, a definição de uma boa ou má evolução dos quadros psiquiátricos recém iniciados. Este artigo expõe conceitos e dados gerais sobre os SEP, apresenta sua situação atual, mundial e brasileira, e analisa tendências e propostas sobre medidas de planejamento e estruturação dos SEP. Experiências e modelos são analisados como possibilidades de mudanças nos SEP. Como conclusão, os autores salientam a importância da articulação e efetiva execução das prioridades na organização dos SEP no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Emergência psiquiátrica, suicídio, serviços de emergência psiquiátrica, equipe de emergência psiquiátrica, estrutura física.

#### Abstract

Currently, psychiatric emergency services play a key role in the Brazilian network of mental health services. The outcome of acute psychiatric conditions often depends on the performance of these services. This article presents concepts and general information on psychiatric emergency services, including Brazilian and worldwide perspectives, and analyzes trends and proposals on planning measures and service structuring. Experiences and models are analyzed as possibilities for changes in psychiatric emergency services. In conclusion, the authors reinforce the importance of articulating and effectively implementing priorities in the organization

of psychiatric emergency services in the context of the Brazilian public Unified Health System.

**Keywords:** Psychiatric emergency, suicide, psychiatric emergency services, psychiatric emergency team, physical structure.

#### INTRODUÇÃO

As emergências psiquiátricas se caracterizam por um comportamento ou condição percebido por alguém (muitas vezes não pelo próprio afetado) como potencial para uma evolução rapidamente catastrófica e onde recursos adequados para o seu manejo não estão disponíveis no momento da ocorrência. Trata-se de um evento grave, no qual a subjetividade é importante, além de ser não programado, com abordagem anterior ausente ou insuficiente e com apoio sociofamiliar ou profissional falho ou conflituoso<sup>1</sup>.

O impacto dos transtornos mentais na saúde pública é profundo e continua a crescer em importância. Além disso, o funcionamento ineficaz dos serviços ambulatoriais públicos de saúde mental tem forçado os serviços de emergência psiquiátrica (SEP) a se tornarem, de fato, os provedores de assistência mental aguda primordial não só no Brasil como em outros países<sup>2</sup>.

Nessa situação, os SEP constituem, em todo o mundo, um serviço fundamental na articulação de uma rede de saúde mental de qualidade. Historicamente, poucas mudanças nas estruturas e na conformação de um SEP têm ocorrido nas últimas décadas. O presente artigo tem o intuito de avaliar novas perspectivas em relação à estrutura física, equipe ideal e fluxos na constituição dos SEP.

<sup>1</sup> Médico assistente, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), São Paulo, SP. <sup>2</sup> Enfermeiro especialista em Saúde Mental pelo IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Mestre e doutorando em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. <sup>3</sup> Coordenador, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Professor colaborador do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, São Paulo, SP. Membro da Comissão Científica da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA). Doutorado em Psiquiatria pela FMUSP. Médico supervisor do IPq-HC-FMUSP.

## DEFINIÇÃO DO SEP

Um SEP pode ser definido como uma unidade de atendimento em saúde destinada a prestar as funções essenciais de acesso imediato para avaliação e tratamento, além de condições de manejo, dos mais severos casos psiquiátricos a qualquer hora. Seus serviços devem estar disponíveis a todo momento. Também é primordial haver acesso imediato a outros serviços de cuidados médicos, assim como é essencial a necessidade de leitos de observação para curta permanência<sup>1</sup>.

## HISTÓRICO E SITUAÇÃO ATUAL

A procura pelos SEP vem crescendo no mundo todo<sup>3,4</sup>, e tal fenômeno decorre da tendência a mudanças marcantes nas políticas de saúde mental, que desestimulam internações prolongadas e buscam soluções de tratamento que promovam maior integração do paciente psiquiátrico na comunidade.

A diminuição de leitos hospitalares promoveu uma demanda maior pelos SEP, na medida em que outros serviços de saúde mental, como ambulatórios e centros de atenção psicossocial (CAPS), não estavam disponíveis em quantidade suficiente para absorver essa demanda. No Brasil, os pacientes em situações de crise raramente tiveram prioridade nas políticas de saúde pública. Até a reforma na assistência à saúde mental, iniciada na década de 1980, a maioria desses pacientes era atendida nas portas de entrada dos manicômios, de forma improvisada nos diversos serviços de saúde não psiquiátricos ou, ainda, em abordagens não médicas, como serviços de polícia e religiosos. Em meados da década de 1980, o movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica cresceu de maneira significativa<sup>5</sup>. Gradativamente, houve uma redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos, que deixaram de constituir o cerne do sistema de assistência, o qual passou a se basear em uma rede de serviços extra-hospitalares de crescentes complexidades<sup>6</sup>. As mudanças nas políticas de saúde mental, com ênfase no tratamento extra-hospitalar, realizado de modo desarticulado, levaram ao aumento do número de pacientes na comunidade sujeitos a recaídas, por vezes repetitivas, demandando o uso crescente do SEP<sup>7</sup>. Nesse sentido, os SEP atuam como a entrada ao fenômeno de porta giratória,

caracterizado pela reincidência em internações psiquiátricas, num curto espaço de tempo entre uma internação e outra, devido à ausência de um sistema de saúde mental integrado<sup>7</sup>.

Dentre as emergências psiquiátricas mais comuns, temos: transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas, transtornos de humor, transtornos ansiosos, psicoses e tentativas de suicídio, sendo que o comportamento suicida tem apresentado tendência de crescimento, principalmente na faixa etária mais jovem.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), casos de emergência em saúde mental devem ser atendidos em 1º) hospitais gerais ou 2º) hospitais psiquiátricos. De acordo com o Ministério da Saúde<sup>8</sup>, os SEP devem funcionar diariamente durante 24 horas e contar com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo dos casos de urgência tem como objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social em curto período de tempo. A atual política brasileira de saúde mental propõe a extinção do hospital psiquiátrico<sup>9</sup>, atribuindo a atuação de serviços comunitários (CAPS) como principal substituição dos hospitais psiquiátricos. Observamos, no entanto, que tal política não é eficaz na prática, devido a uma articulação falha entre os serviços ambulatoriais em suas diferentes complexidades. Tal situação, somada ao fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos pelo descredenciamento dos mesmos pelo SUS, resultaram em um grande impacto na assistência psiquiátrica, com superlotação nos SEP e aumento de moradores de rua<sup>10</sup>.

## FUNCIONAMENTO DE UM SEP

O funcionamento de um SEP é, por sua própria natureza, inconstante, com momentos de menor demanda e outros de turbulência, em que muitos pacientes ficam aguardando o atendimento. Dessa maneira, idealmente, o seu funcionamento deve ser assegurado através de um conjunto de pontos essenciais a ser considerados, envolvendo estrutura física, recursos humanos e processos de atendimento. Todos esses itens serão discutidos dentro de uma perspectiva ideal, sendo que soluções específicas e adaptadas para cada realidade precisam ser buscadas.

## ESTRUTURA FÍSICA DE UM SEP

Em termos de estrutura física, diversos detalhes precisam ser observados<sup>1</sup>.

- A área física deve ser específica para o atendimento de pacientes psiquiátricos, para não misturá-los com pacientes clínicos ou cirúrgicos; é importante uma planta física que permita uma assistência adequada por parte de uma dedicada equipe de enfermagem, dispondo, por exemplo, de salas com ventilação e banheiro no local.
- Iluminação adequada e presença de orientadores, como relógios e calendários, que auxiliam na orientação de pacientes confusos ou desorientados.
- Ambiente provido de pouco estímulo, quieto e calmo, para não estimular indevidamente pacientes em agitação psicomotora.
- Instrumentos para emergência (cilindro de oxigênio, ambu, material de intubação, aspirador de secreção, vaporizador e nebulizador. Bandeja ou carro de parada devem estar facilmente disponíveis). Se o SEP estiver fisicamente localizado próximo a uma emergência clínico-cirúrgica, esses instrumentos podem ser dispensados.
- Material de contenção física, na forma de faixas e camas adequadas, como, por exemplo, camas fixadas no chão e adaptadas para faixas de restrição física.

Idealmente, a unidade de emergência psiquiátrica deve estar próxima das instalações de uma emergência clínico-cirúrgica, dada a alta incidência de complicações clínicas em pacientes psiquiátricos. O acesso à unidade deve promover o controle de possíveis fugas dos pacientes, sendo sugeridas apenas uma entrada para o fluxo de pacientes e uma porta fechada a chave para o fluxo de profissionais.

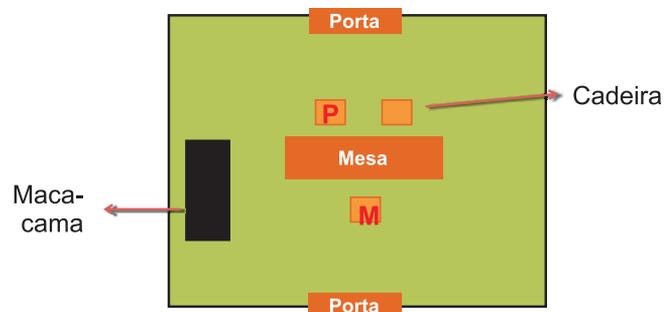
## LOCAL DE ATENDIMENTO: SALA DE CONSULTA

Os móveis devem ser escolhidos e dispostos nos cômodos de tal forma que não possam ser utilizados como armas. Na sala de consulta, os móveis devem ser postos de maneira específica, sendo que a cadeira do médico deve estar próxima a uma porta, para que esta não possa ser bloqueada por um paciente agressivo, e a cadeira do paciente deve ser posicionada de tal maneira

que ele não se sinta acuado ou ameaçado (Figura 1). De preferência, todos os móveis devem ser fixados no chão, incluindo cadeiras e mesas. A sala deve ter consultório privativo, porém não isolado, com rota de fuga caso necessário. É importante que tenha recursos que possam favorecer a assistência aos pacientes sem risco para os mesmos nem para a equipe de saúde.

Quando um paciente já está em agitação psicomotora, pode não ser adequado encaminhá-lo para uma sala de atendimento. Neste caso, algumas condições e orientações devem ser seguidas:

1. Procurar o local com maior privacidade possível.
2. Certificar-se de que o local é seguro.
3. Facilitar o acesso de outros profissionais de saúde ao local de atendimento se o paciente estiver ou tornar-se violento.
4. Medicação para quadros de agitação psicomotora disponíveis rapidamente.
5. Material para contenção física de fácil acesso.
6. Equipe treinada para o atendimento.
7. Ter acesso a serviços de diagnósticos e contar com auxílio de outros especialistas.



**Figura 1** - Esquema de sala de atendimento psiquiátrico ideal. P = paciente; M = médico. Fonte: Baldaçara<sup>11</sup>.

## OBSERVAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Os SEP devem dispor de leitos de observação para curta permanência, quando localizados em serviços de emergência (prontos-socorros gerais) ou de permanência mais longa, quando situados dentro de hospitais gerais (enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais). Esses leitos deverão ser diferentes dos leitos comuns de

<sup>1</sup> Médico assistente, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), São Paulo, SP. <sup>2</sup> Enfermeiro especialista em Saúde Mental pelo IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Mestre e doutorando em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. <sup>3</sup> Coordenador, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Professor colaborador do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, São Paulo, SP. Membro da Comissão Científica da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA). Doutorado em Psiquiatria pela FMUSP. Médico supervisor do IPq-HC-FMUSP.

enfermarias de clínicas gerais ou cirúrgicas, pois precisam ser mais simples, de estrutura reforçada e presos ao chão de forma que nenhum indivíduo seja capaz de tirá-lo do lugar. Obviamente, o uso de macas não é recomendado, porém na ausência de leitos adequados, podem-se usar macas/cama com presilhas para fixar ao nível do chão, para prevenir quedas, principalmente em situações de contenção. É importante que haja leitos separados para homens e mulheres, para limitar situações de conflitos e abusos físicos ou sexuais.

Alguns cuidados são necessários em relação a objetos que podem ser facilmente destruídos. Nesses casos, eles precisam ser acondicionados em estruturas protetoras adequadas. Objetos elétricos, medicamentos e equipamentos médicos devem ser guardados em armários com trancas seguras. Faixas específicas de contenção física em leito precisam ser projetadas para evitar lesões ao paciente durante uma contenção física prolongada.

### RECURSOS HUMANOS DE UM SEP

Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais que funcionam diariamente durante 24 horas devem dispor de uma equipe com um médico psiquiatra, ou um médico clínico e um psicólogo; um assistente social; um enfermeiro; e profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades<sup>8</sup>. Entendemos que, na equipe ideal de um SEP, deve obrigatoriamente haver a presença de médico psiquiatra, contrariamente à regulamentação que possibilita a presença de um clínico ao invés de um psiquiatra.

No treinamento da equipe, devem existir protocolos para a abordagem terapêutica de pacientes agitados, de pacientes desacompanhados que necessitam de suporte familiar e de pacientes sem nenhum suporte social, como moradores de rua ou pacientes desorientados.

Protocolos específicos, como programas para abordagem do paciente suicida, de primeiro surto ou de abuso e dependência de drogas, precisam ser estabelecidos com um treinamento adequado e com o fluxo de procedimentos e encaminhamentos bem definido e previamente ajustado com outros serviços de saúde na área de captação do SEP.

Esses protocolos devem estabelecer todas as etapas dos atendimentos, especificando o papel de

cada profissional, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, para a resolução dos problemas. O SEP deve ter como diretriz um atendimento que funcione em rede com outros pontos de atenção.

### OUTROS PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS

Muitas vezes, casos que não são devidamente avaliados por profissionais não médicos, devido a alterações comportamentais, são trazidos para os SEP para serem diretamente avaliados pela psiquiatria. O maior exemplo são policiais que pressupõem que determinado caso deva ser tratado pela psiquiatria. Nesses casos, é essencial uma triagem adequada por equipe de saúde (enfermeiros) para o devido encaminhamento do caso, principalmente quando existe a suspeita de um diagnóstico de alguma patologia não psiquiátrica que deve ser excluída inicialmente. É importante a implantação de algum sistema de classificação de risco no atendimento inicial, como, por exemplo, o protocolo de Manchester<sup>12</sup>.

No SEP, é comum a necessidade de contenção física de pacientes. Tal procedimento, em geral, é realizado pela equipe de enfermagem e médica, mas também pode contar com o auxílio de outros profissionais, tais como os agentes de segurança da instituição. Nesses casos, é necessário o treinamento de tais profissionais, que não são da área da saúde, para uma atuação correta nos casos de contenção física e, sobretudo, no manejo comportamental dos casos de agitação psicomotora.

### PROCESSOS DE ATENDIMENTO

A equipe de um SEP possui atribuições que demandam muito de si e que requerem um equilíbrio complexo entre as necessidades e a segurança do paciente e da comunidade, os recursos disponíveis do sistema de saúde mental, além da definição dos papéis de cada equipamento e de cada participante no processo de atendimento do paciente psiquiátrico em crise.

As atividades principais dos SEP incluem intervenções em crises, avaliação de riscos e atendimento de pessoas que procuram o serviço por inúmeros problemas médicos e sociais urgentes ou não urgentes. Aos SEP recai muitas vezes a decisão de internar um paciente involuntariamente, sendo a emergência psiquiátrica uma das poucas áreas remanescentes de coerção clínica e eticamente justificável em medicina<sup>13</sup>.

## **BURNOUT DA EQUIPE**

O esgotamento da equipe é um fato reconhecido, tanto que a atuação do médico psiquiatra nos SEP não é vista como uma carreira de longo prazo. Poucos da equipe permanecem por mais de 3 ou 4 anos, sendo que os que permanecem são considerados por seus colegas como de menor *status* profissional, pois a expectativa mais comum é a de que abandonem essa posição<sup>13</sup>. Poucos estudos no Brasil investigam a situação dos profissionais dos SEP, e os estudos existentes evidenciam a dicotomia entre a teoria e a prática profissionais<sup>14</sup>, com a identificação do profissional com o estigma do doente mental, que tem como último recurso o atendimento em um SEP, não raro apresentando contratransferências que prejudicam a abordagem correta e adequada dos pacientes.

## **PROCESSOS ENTRE PACIENTES E PROFISSIONAIS NO SEP: FLUXOS E AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL**

Em termos de processos entre pacientes e profissionais, os objetivos de um SEP são:

- Atender pacientes em crise aguda com alteração de comportamento, podendo ser pacientes que já estão sendo atendidos no sistema de saúde mental ou pacientes em primeira crise.
- Diagnosticar eventuais transtornos psiquiátricos, além de problemas psicológicos e sociais.
- Definir estratégias de solução de problemas, de acordo com os diagnósticos realizados.
- Encaminhar o paciente para os serviços adequados, para seguimento do processo de resolução dos problemas.

A forma de atuação do SEP é basicamente pontual e não abrange a resolução da problemática completa dos pacientes que o procuram. Sua função principal seria definir os problemas e direcionar os pacientes para as soluções disponíveis mais adequadas. Pelo caráter heterogêneo da demanda de um SEP, uma forma de organizar melhores processos envolvidos no atendimento seria por meio da definição de tipos de pacientes que buscam ajuda nessas unidades. Os principais tipos de pacientes seriam:

- Pacientes submetidos pela primeira vez a tratamento, que buscam o SEP como porta de entrada do sistema de saúde mental.

- Pacientes que já estão em tratamento no sistema de saúde mental, preferencialmente em um ambulatório de saúde mental, ou em um serviço de complexidade secundária, como hospital-dia.
- Pacientes que são trazidos contra a sua vontade, por acompanhantes ou policiais, por conta de alterações de comportamento.
- Pacientes com problemas sociais, que buscam abrigo e comida não encontrados nos serviços de apoio social da região.

## **PROCESSOS INTERNOS DO SEP E A RELAÇÃO ENTRE PACIENTES E PROFISSIONAIS**

No fluxo de atendimento interno de um SEP ideal, é importante a estruturação de procedimentos de acolhimento do paciente, na forma de uma pré-consulta psiquiátrica, feita por um profissional enfermeiro treinado, para observar de imediato as queixas iniciais, fazer a triagem de eventuais sintomas que sinalizem quadro de alta gravidade, obter as informações médicas e sociais, dar orientações básicas sobre o funcionamento da equipe do SEP e a previsão de tempo de atendimento pelo médico, de acordo com a demanda daquele momento. Essa triagem poderia encaminhar o paciente para uma avaliação psiquiátrica, de clínica médica ou diretamente para o serviço social. A convocação de familiares ou pessoas relevantes para o paciente em crise é uma prioridade, e essa convocação precisa ser incluída na rotina dos pacientes que chegam desacompanhados, podendo ser feita a critério médico. Os profissionais das equipes precisam estar em contato frequente para definir as condutas e os encaminhamentos mais adequados para cada paciente. Esse contato deve ser feito através de procedimentos padronizados de encaminhamento em caso de necessidade para interconsultas de outras especialidades médicas e para outros serviços, como a psicologia ou o serviço social. Após a resolução da situação de crise aguda, também é necessária a padronização do processo de encaminhamento do paciente para os serviços de saúde psiquiátricos e não psiquiátricos, que pode ser feito por uma equipe de pós-consulta, devendo-se incluir sempre uma orientação do enfermeiro e do serviço de assistência social.

<sup>1</sup> Médico assistente, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), São Paulo, SP. <sup>2</sup> Enfermeiro especialista em Saúde Mental pelo IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Mestre e doutorando em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. <sup>3</sup> Coordenador, Serviços de Interconsultas e Pronto-Socorro, IPq-HC-FMUSP, São Paulo, SP. Professor colaborador do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, São Paulo, SP. Membro da Comissão Científica da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA). Doutorado em Psiquiatria pela FMUSP. Médico supervisor do IPq-HC-FMUSP.

### SOLICITAÇÕES DE AVALIAÇÃO DE CRISES E TRIAGEM TELEFÔNICA

Idealmente, os SEP deveriam dispor da possibilidade de acesso a profissionais de saúde mental treinados na avaliação e manejo de ligações de pacientes em crise, capacitados para avaliar a prioridade da chamada e providenciar intervenções através do acionamento de serviços extra-hospitalares, tais como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). As ligações devem ser capazes de possibilitar a identificação e a localização (*tracking*)<sup>1</sup> do paciente e de obter informações mínimas da situação de crise, para avaliar a necessidade de se chamar também um apoio policial caso haja um vislumbre de situação de violência.

### CONCLUSÃO

O SEP é fundamental para um funcionamento eficaz de um sistema de saúde mental, que deve considerar sempre a ocorrência inevitável de pacientes em primeira crise, que ainda não foram diagnosticados nem tratados, e de pacientes já em acompanhamento ambulatorial, mas que encontram-se em crise. É muito importante que os SEP tenham modelos padronizados de estrutura física e atendimento, para que seu objetivo seja alcançado de forma adequada e efetiva, evitando condutas e procedimentos improvisados, que dependam das experiências e condutas heterogêneas dos diversos profissionais envolvidos. Estes modelos padronizados precisam estar disponíveis para os gestores de saúde pública, para que possam orientar a instalação de novos serviços e ajustar os já existentes, sempre buscando o aperfeiçoamento. Novas soluções precisam ser sugeridas e testadas, pois poucos estudos existem sobre este tema.

Artigo submetido em 07/03/2016, aceito em 28/04/2016. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo. Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Teng Chei Tung, Av. Ovídio Pires de Campos, 785, Cerqueira César, CEP 05403-903, São Paulo, SP. E-mail: tengct@hotmail.com

### Referências

1. Breslow RE. Structure and function of psychiatric emergency services. In: Allem HM, editor.

- Emergency psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002. p. 1-33.
2. Larkin GL, Beautrais AL, Spirito A, Kirrane BM, Lippman MJ, Milzman DP. Mental health and emergency medicine: a research agenda. *Acad Emerg Med*. 2009;16:1110-9.
3. Barros RE, Tung TC, Mari Jde J. [Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32:S71-7.
4. Del-Ben CM, Marques JM, Sponholz A Jr, Zuardi AW. [Mental health policies and changes in emergency service demand]. *Rev Saude Publica*. 1999;33:470-6.
5. Dalgarrondo P, Botega NJ, Banzato CEM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev Saude Publica*. 2003;37:629-34.
6. Kilsztajn S, Lopes Ede S, Lima LZ, Rocha PA, Carmos MS. [Hospital beds and mental health reform in Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008;24:2354-62.
7. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*. 2002;1:84-90.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria SNAS 224, de 29 de janeiro de 1992 [Internet]. 1992 [cited 2016 Jun 27]. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf)
9. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde [Internet]. 2006 [cited 2016 May 05]. [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf)
10. Tamai S. O hospital psiquiátrico. In: Nardi AE, Silva AG, Quevedo JL, organizadores. PROPSIQ Programa de atualização em psiquiatria: Ciclo 5. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 9-22.
11. Baldaçara LR. PEC - Emergências psiquiátricas [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 27]. <http://www.abp.org.br/portal/pec-emergencias-psiquiaticas/>
12. Azeredo TR, Guedes HM, Rebelo de Almeida RA, Chianca TC, Martins JC. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int Emerg Nurs*. 2015;23:47-52.

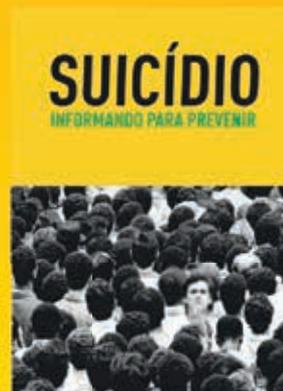
# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

DANIEL KAWAKAMI  
JOSÉ GILBERTO PRATES  
CHEI TUNG TENG

# ARTIGO

13. Lincoln AK, White A, Aldsworth C, Johnson P, Strunin L. Observing the work of an urban safety-net psychiatric emergency room: managing the unmanageable. *Sociol Health Illn.* 2010;32:437-51.
14. Kondo EH, Vilella JC, Borba LO, Paes MR, Maftum MA. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45:501-7.

## SETEMBRO AMARELO



*Divulgue a mensagem em defesa da vida.*

*Baixe a cartilha no Portal da Psiquiatria: [www.abp.org.br](http://www.abp.org.br)*