

## **IMPACTO DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO GERENCIAMENTO DE LEITOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: EXPERIÊNCIA EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**

**Autoria: Carolina Chomiski, Luiza Helena Giraud**

### **Resumo:**

O gerenciamento de leitos nas instituições de saúde é de extrema importância, principalmente considerando uma demanda constante e imprevisível como a de unidades de urgência e emergência. Responsáveis por grande taxa de ocupação e longo tempo de permanência, as internações psiquiátricas apresentam grande impacto no gerenciamento de leitos destas instituições, o que é demonstrado através desse estudo baseado em dados de unidades de pronto atendimento de um município da região metropolitana de Curitiba-PR. Embasado no contexto histórico da reforma psiquiátrica, a queda do número de leitos psiquiátricos torna lento o processo de transferência de pacientes portadores de transtornos mentais descompensados que aguardam nas portas de entrada do sistema único de saúde uma vaga para internamento hospitalar. Ajustes na rede de atenção psicossocial são necessários para um suporte adequado, ambulatorial e hospitalar, dos pacientes.

**Palavras-chave: gerenciamento de leitos; internações psiquiátricas; urgência e emergência; reforma psiquiátrica.**

### **1 INTRODUÇÃO:**

Uma importante porta de entrada do Sistema Único de Saúde do Brasil, as unidades de urgência e emergência atendem pacientes de todas as especialidades que se direcionam por meios próprios aos locais de atendimento, considerada uma procura direta, ou que são conduzidos pelo SAMU 198 para a assistência de seus quadros agudos. Pacientes que necessitam de internação hospitalar aguardam em leitos de observação o encaminhamento de acordo com a disponibilidade de leitos hospitalares vagos. Com frequência, as Unidades de Pronto Atendimento 24 (vinte e quatro) horas têm seus leitos de observação sobrecarregados pela falta de leitos para a transferência dos pacientes, o que é mais significativo em casos de pacientes com transtornos mentais. Demonstraremos através desse estudo o impacto das internações psiquiátrica no complexo gerenciamento de leitos de urgência e

emergência em duas UPAs de um município da região metropolitana de Curitiba-PR, considerando o quadro atual da Rede de Atenção Psicossocial do SUS estabelecida com a reforma psiquiátrica brasileira.

O estudo está estruturado em 5 (cinco) seções, que inicia por essa introdução. Em seguida, a 2ª (segunda) seção contém o referencial teórico que percorre o histórico das internações psiquiátricas no Brasil nos últimos anos e delimita o modelo de assistência do SUS, assim como sua Rede de Atenção Psicossocial e sua demanda de urgência e emergência. A 3ª (terceira) seção trata dos aspectos metodológicos da pesquisa e expõe em gráficos os principais dados coletados pertencentes às UPAs que tomamos como referências. Na 4ª (quarta) seção são analisados esses dados, apresentando os resultados da assistência de urgência e emergência embasados no contexto de toda a Rede de Atenção Psicossocial do município. Por fim, na 5ª (quinta) seção apresentam-se as conclusões e sugestões para a auxiliar na resolução de alguns problemas apresentados.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL**

A virada do século trouxe consigo um importante marco da história da psiquiatria brasileira, onde um modelo hospitalocêntrico de assistência deu lugar a uma busca constante pelo tratamento psiquiátrico sem retirar o paciente do seu âmbito familiar e do seu convívio social. Desde 1950, o antigo modelo manicomial de internações psiquiátricas começou a mostrar-se ineficiente no mundo, e muitas vezes até mais danoso ao paciente em vigência de uma descompensação de sua doença mental. A necessidade de uma humanização na assistência levou a um movimento político e social que almejava a desinstitucionalização psiquiátrica, onde o tratamento eficiente mantivesse os direitos civis e humanos dos pacientes sem a necessidade de internamentos desnecessários, isolantes e muitas vezes humilhantes.

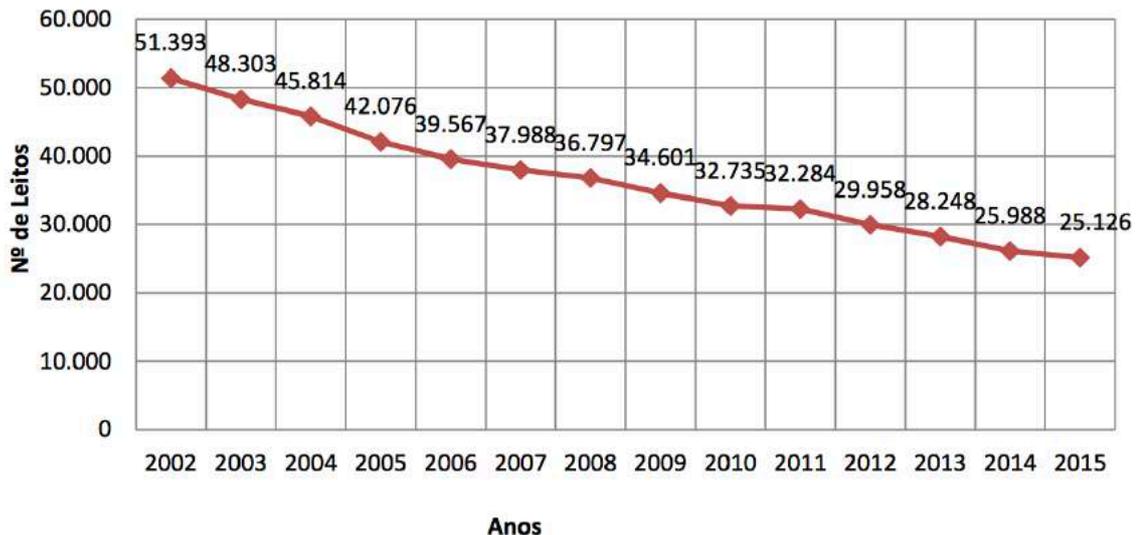
No Brasil, os maus tratos aos pacientes institucionalizados, as condições precárias de trabalho e o alto custo da assistência psiquiátrica privatizada contribuíram para que o movimento de reforma psiquiátrica iniciasse no final da década de 70. A 8ª (oitava) Conferência Nacional de Saúde, em 1986, apresentou

uma comissão com propostas para um novo modelo de assistência psiquiátrica, enfatizando a necessidade do atendimento integral e multiprofissional oferecido tanto em unidades básicas de saúde como em centros especializados. Nesse momento, surge a ideia do Centro de Atenção Psicossocial como local para atendimento ambulatorial integral de pacientes com transtornos mentais, incluindo dependentes químicos acolhidos em unidades específicas, em unidades classificadas de acordo com o porte, complexidade e abrangência populacional.

Em 2001, foi então publicada a Lei nº 10.216 que oficializou o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil, garantindo ao paciente o respeito, a segurança, a inserção social e a participação nas decisões do seu tratamento, tanto a nível de ambulatório, de hospital-dia ou de internação em leito de hospital geral, porém este somente após esgotados os recursos extra-hospitalares para a estabilização do paciente.

Com a reforma psiquiátrica, iniciou-se um processo constante de queda do número de leitos em hospitais psiquiátricos conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Leitos SUS em hospitais psiquiátricos brasileiros por ano, de 2002 a 2015.



Fonte: Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde, 2016.

## 2.2 ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS, o sistema público de saúde do Brasil, foi primeiramente descrito na Constituição Federal de 1988 porém só foi definitivamente instituída em 1990 com a Lei 8.080 que determinou o seu funcionamento. Detentor de princípios doutrinários e organizativos bem determinados, o SUS estabelece uma hierarquização dos seus níveis de complexidade assistenciais que garante a organização, articulação entre os níveis e distribuição de recursos adequados às necessidades da população de cada local.

A hierarquização do SUS determina os seguintes níveis de assistência e seus respectivos principais locais de atuação:

- Nível primário: unidade básica de saúde
- Nível secundário: ambulatório especializado de média complexidade e serviços de urgência e emergência.
- Nível terciário: hospitais de alta complexidade.

As unidades de urgência e emergência são representadas principalmente pela UPA que atende a maior parte da demanda de urgência e emergência de suas respectivas regiões cobertas. São responsáveis por prestar atendimento eficaz, e preferencialmente resolutivo, em condições clínicas agudas e realizar o primeiro atendimento em casos cirúrgicos e traumas, sendo então a ponte para a transferência desses pacientes ao atendimento hospitalar de alta complexidade. Como porta de entrada do SUS, as UPAs recebem também quadros agudos psiquiátricos para o manejo, atendendo ao seu princípio da universalidade.

As UPAs são classificadas em portes de acordo com a sua população da área de abrangência, sendo assim também determinada a quantidade de leitos de observação que a unidade deve possuir a fim de assistir o paciente que aguarda sua alta ou transferência para hospitais. Considerada uma porta de entrada do SUS para atendimento resolutivo ou estabilização de casos graves, o tempo de permanência do paciente na UPA não deve ultrapassar 24 (vinte e quatro) horas segundo a resolução 2.079/14 do Conselho Federal de Medicina, sendo então vedada a internação de pacientes nestas unidades. Desta maneira, o município é responsável

pela organização de uma rede de saúde que se articule de maneira a permitir o fluxo de pacientes, evitando o acúmulo destes nas UPAs.

### 2.3 INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS EM LEITOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seguindo o novo modelo de assistência psiquiátrica brasileira, o manejo a nível prioritariamente ambulatorial dos pacientes exige o planejamento de portas de entrada para quadros agudos ou crônicos descompensados. Poucos são os serviços de emergência especializados em psiquiatria no Brasil, levando a maioria dos pacientes ao atendimento em unidades gerais de urgência e emergência conforme já previsto no planejamento da Rede de Atenção Psicossocial, do Ministério da saúde, ilustrada na Figura 1.

Figura 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.



Fonte: Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde, 2016.

Uma vez atendidos em UPAs, os pacientes com transtornos psiquiátricos podem ser encaminhados para o seguimento ambulatorial especializado no CAPS, caso seu quadro agudo tenha sido estabilizado na unidade, ou mantido em observação enquanto aguarda vaga para internação em leitos em hospitais psiquiátricos ou leitos de saúde mental em hospitais gerais. O número crescente de CAPS no Brasil, que já atingiu o número de 2.328 (dois mil trezentos e vinte e oito) unidades em 2015, é seguido pela queda constante no número de leitos de internação psiquiátrica, muitas vezes então dificultando o encaminhamento de pacientes descompensados que necessitam da internação. Conforme demonstrado anteriormente, há uma importante redução contínua do número de leitos em hospitais psiquiátricos que está sendo acompanhado de um lento processo de habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais. Os dados no Ministério da Saúde de 2015 divulgam a existência de 1.005 (um mil e cinco) leitos de saúde mental habilitados em 206 (duzentos e seis) hospitais gerais, sendo 45% (quarenta e cinco por cento) deles localizados em municípios com menos de 15.000 (quinze mil) habitantes.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA**

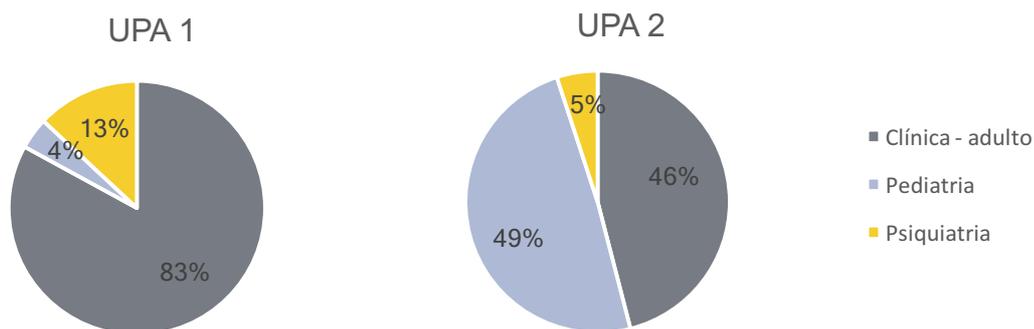
Foram coletados dados do ano de 2016 referente às internações psiquiátricas ocorridas nas UPAs de uma cidade da região metropolitana de Curitiba-PR com o objetivo de determinar o impacto das internações psiquiátricas no gerenciamento de leitos dessas unidades através de um estudo descritivo e qualitativo. Utilizaremos os termos “UPA 1” e “UPA 2” para distinguir as duas unidades do município uma vez que os fluxos delas diferem em alguns aspectos que serão abordados ao longo dos resultados.

Durante o ano em análise, os atendimentos de urgência e emergência da cidade foram realizados principalmente nas duas UPAs e, em casos especiais, no Hospital Municipal onde há especialistas de plantão nas áreas de ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, pediatria e ortopedia. O fluxo principal desses atendimentos é direcionado às UPAs onde há médicos sem especialidade exigida para o atendimento de adultos e ao menos um pediatra para os pacientes com idade inferior a 13 (treze) anos. Ambas as unidades possuem os setores de atendimento previstos pelo Ministério da Saúde, havendo então atendimento em sala emergência para os casos que necessitam de atendimentos imediato segundo o protocolo de

Manchester aplicado na triagem de todos os pacientes que procuram o atendimento na UPA. Os demais casos são atendidos nos consultórios, seguindo a ordem determinada pela classificação de risco, podendo ser encaminhados para a soroterapia ou leitos de internamento caso haja necessidade da manutenção do paciente na unidade sem a perspectiva de transferência para hospitais naquele dia.

As UPAs do município do estudo realizaram um total de 233.904 (duzentos e trinta e três mil novecentos e quatro) atendimentos no ano de 2016, com uma média mensal de 7.984 (sete mil novecentos e oitenta e quatro) consultas na UPA 1 e 11.508 (onze mil quinhentos e oito) na UPA 2. A maioria dos pacientes tem o seu motivo da procura médica totalmente resolvidos ou conduzidos ambulatorialmente após a consulta na UPA. Já a parcela que necessita ser encaminhada aos leitos de observação, enquanto aguardam vaga hospitalar para transferência, é representada por uma média mensal de 263 (duzentos e sessenta e três) pacientes na UPA 1 e 413 (quatrocentos e treze) na UPA 2. Abaixo, o Gráfico 2 demonstra a proporção de cada grupo de pacientes (pediátricos, adultos clínicos e adultos psiquiátricos) nos leitos de internamento de cada unidade.

Gráfico 2 – Proporção média de pacientes internados nos leitos de observação das UPAs do município no ano de 2016.

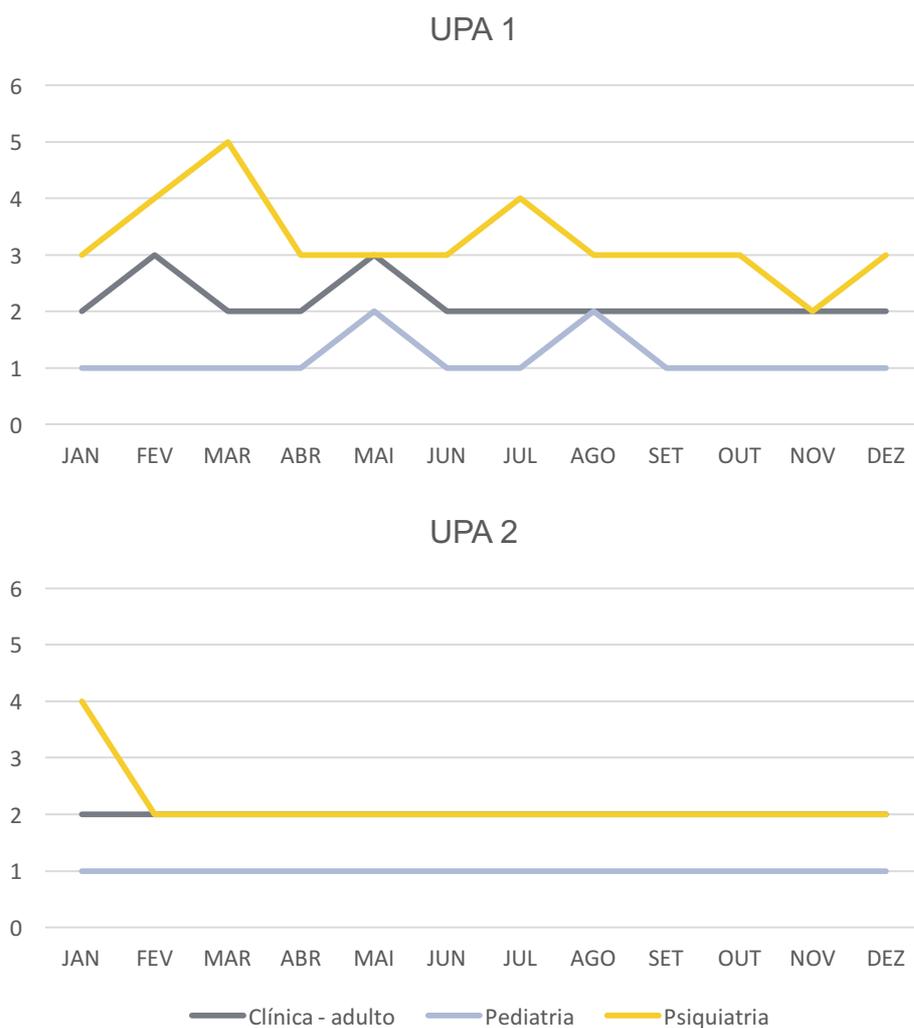


Fonte: as autoras, 2017.

Cada grupo acima nomeado tem suas taxas de permanência e transferência analisados separadamente devido aos diferentes leitos e hospitais aos quais são encaminhados. Todos os pacientes internados nos leitos de observação são desde o primeiro dia cadastrados e atualizados na central de leitos de Curitiba-PR e região

metropolitana para garantir a transferência imediata quando houverem leitos disponíveis. O Gráfico 3 representa o tempo médio de permanência na UPA dos pacientes que aguardam transferência, também divididos nos grupos já descritos.

Gráfico 3 – Tempo de permanência médio (em dias) dos pacientes internados em leitos de observação nas UPAs do município ao longo dos meses do ano de 2016.



Fonte: as autoras, 2017.

#### 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O município em estudo, pertencente a região metropolitana de Curitiba-PR, no ano de 2016 atendeu as recomendações do Ministério da Saúde mantendo o funcionamento de duas UPAs consideradas de porte III (três), sendo uma unidade desta necessária para o atendimento de uma área com população estimada de

200.001 (duzentos mil e um) a 300.000 (trezentos mil) habitantes. Excedendo o mínimo de 15 leitos exigidos para esse porte, a UPA 1 dispõe de 22 (vinte e dois) leitos adultos, sendo 3 (três) reservados para pacientes com transtornos psiquiátricos, e 4 (quatro) pediátricos e a UPA 2 possui 16 (dezesesseis) leitos, sendo 8 (oito) para cada grupo etário.

A análise do Gráfico 2 permite já diferenciarmos o perfil de cada UPA uma vez que o número, tanto absoluto quanto relativo, de atendimentos psiquiátricos da UPA 1 é significativamente superior a UPA 2. Isso pode ser explicado pelo serviço de pedido de consulta psiquiátrica que a primeira oferece através do convênio com a equipe de residência médica psiquiátrica do hospital municipal da cidade. Desta maneira, há todos os dias úteis uma visita da equipe composta por residentes e preceptor que auxilia nas condutas psiquiátricas dos pacientes atendidos na UPA 1. Sabendo disso, ocorre uma preferência de encaminhamentos dos pacientes da especialidade que são conduzidos, geralmente com maior gravidade, pelo SAMU 192 para a UPA 1, além da própria procura direta maior pelo conhecimento dos familiares dos pacientes, principalmente dos que frequentemente internam, sobre o oferecimento deste serviço especializado na unidade. Os pacientes com transtornos psiquiátricos da UPA 2 também podem ser atendidos pela equipe especializada, porém devem ser encaminhados a UPA 1 no momento específico de cada dia, o que muitas vezes dificulta esse fluxo.

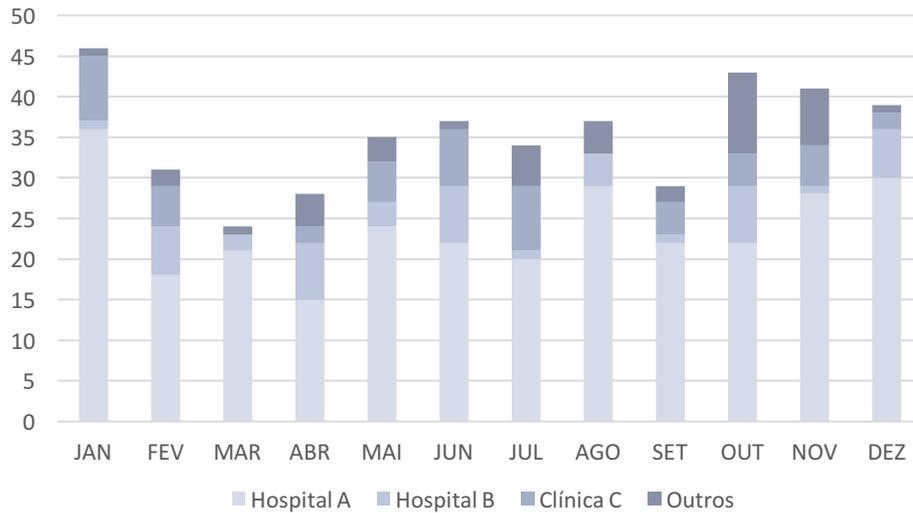
Os pacientes com doenças mentais possuem um maior tempo de permanência internado, o que é bem representado no gráfico 3 referente a UPA 1. A ausência de correspondência significativa desse quesito no gráfico da UPA 2 pode ser explicada pela menor complexidade dos pacientes ali atendidos, considerando haver somente procura psiquiátrica direta pelo paciente, além do maior fluxo de pacientes gerais que exige muitas vezes do médico não especialista uma maior agilidade na alta. Esses pacientes com transtornos mentais podem necessitar de um período mais prolongado de internamento para uma estabilização que possibilite a alta com posterior acompanhamento ambulatorial programado.

Porém, o maior tempo de permanência internado dos pacientes com transtornos psiquiátricos tem grande influência do baixo número de leitos disponíveis para a transferência desses pacientes, diferentemente do que ocorre com pacientes pediátricos ou adultos com comorbidades clínicas ou cirúrgicas. A reforma psiquiátrica tem, ao longo do tempo, tornado a atenção ao paciente com doença

mental principalmente ambulatorial, aumentando a cada ano o número de CAPS. Porém, a redução do número de leitos hospitalares psiquiátricos teve uma queda muito brusca diante das necessidades de internação que os pacientes ainda têm nesse longo período de transição. A UPA 1 possui 3 (três) leitos exclusivos para internações psiquiátricas, que muitas vezes exigem o isolamento do paciente. Porém, frequentemente esses leitos não eram suficientes para atender a demanda de pacientes que descompensavam suas afecções em parte por ainda não estarem inseridos no plano de atenção ao paciente com doença mental do município ou por fazerem parte da assistência porém ainda não otimizada, com atrasos nas consultas de retorno e perdas de seguimento. Sem dúvidas, os mais de 40.000 (quarenta mil) atendimentos realizados nos CAPS disponíveis no município (CAPS AD – álcool e drogas, CAPS i – infantil e CAPS TM – transtornos mentais) no ano de 2016, sendo 5% (cinco por cento) de novos pacientes, representam a eficiência do programa. Contudo, a falta de leitos psiquiátricos na cidade torna morosa a resolução dos quadros agudos de pacientes que necessitam de internamento e aguardam na UPA uma vaga de leito psiquiátrico através da central de leitos do Paraná. Há com isso uma interferência direta na gestão dos leitos de observação das UPAs, uma vez que os leitos específicos frequentemente não são suficientes, o que por vezes afeta o fluxo das demais especialidades.

Tanto em vigência de acompanhamento ambulatorial como de internação em leito de urgência e emergência, uma vez necessária a internação psiquiátrica voluntária, involuntária ou compulsória, todos os casos são transferidos para fora do município por não haver nenhum leito para a especialidade nos hospitais da cidade. O Gráfico 4 expõe o número de pacientes encaminhados para internações psiquiátricas ao longo do ano, subdivididos de acordo com a instituição de destino do estado do Paraná. Nota-se que a grande maioria dos pacientes foram encaminhados para o “Hospital A”, localizado em outro município da região metropolitana de Curitiba-PR e pertencente a uma associação filantrópica, destinada a pacientes masculinos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos, que fornece 390 (trezentos e noventa) leitos psiquiátricos integrados com o SUS.

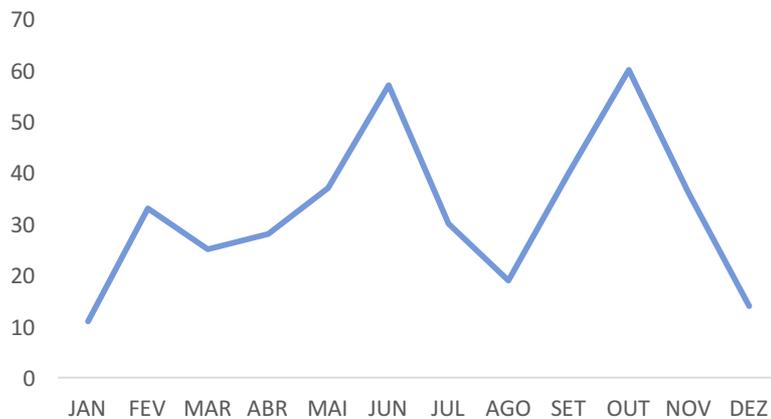
Gráfico 4 – Número de pacientes do município encaminhados para internações psiquiátricas nos meses de 2016, de acordo com as instituições de destino no estado do Paraná.



Fonte: as autoras, 2017.

Em conjunto com as demais 14 (quatorze) instituições esparsas pelo Estado que receberam pacientes do município para internações psiquiátricas, o tempo de espera para a efetivar a transferência chegou a 60 (sessenta) dias no ano de 2016, conforme demonstrado no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Tempo máximo de espera (em dias) para obtenção de vaga para internação psiquiátrica de pacientes do município nos meses de 2016.



Fonte: as autoras, 2017

Esse longo tempo máximo de espera por vaga em leito psiquiátrico, demonstrado no quadro acima, diz respeito principalmente a pacientes ambulatoriais, porém que reflete diretamente no fluxo de pacientes de urgência e emergência. A existência de pacientes necessitando internação, seja ela voluntária, involuntária ou compulsória, já representa uma parcela da demanda de pacientes com doenças mentais das UPAs já que seus motivos para internação frequentemente levam a necessidade de um atendimento de urgência e emergência nos casos de descompensações mais graves.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O fluxo de pacientes da rede de atenção psicossocial interfere diretamente no gerenciamento de leitos de urgência e emergência do SUS considerando a demanda expressiva para compensações de quadros agudos psiquiátricos e o deficiente suporte de leitos de internação para a transferência dos pacientes que necessitam de um acompanhamento hospitalar naquele momento. As UPAs são as portas de entradas para o atendimento de urgência e emergência no Brasil, inclusive de casos psiquiátricos, apresentando o intuito de prestar uma assistência resolutiva na maioria dos casos e um atendimento inicial com posterior transferência do paciente para a assistência hospitalar nos casos mais graves. Com isso, torna-se essencial para o gerenciamento de leitos dessas unidades uma ampla rede de leitos hospitalares disponíveis como retaguarda. No ambiente desse nosso estudo, a transferência de pacientes adultos clínicos e pediátricos se mostrou eficiente no ano de 2016, apresentando somente algumas dificuldades pontuais. Já a assistência hospitalar psiquiátrica foi deficiente, refletindo uma realidade nacional.

A reforma psiquiátrica conquistou a importante desinstitucionalização da assistência dos pacientes com transtornos mentais, levando a abolição dos manicômios, fechamento de leitos psiquiátricos e ao redirecionamento da atenção ao paciente com transtorno mental prioritariamente para UBSs, ambulatórios e CAPS. Já o atendimento hospitalar ficou resguardado pelos leitos psiquiátricos ainda restantes, em constante redução, e pelos leitos em hospitais gerais que lentamente são estabelecidos. Com isso, a assistência hospitalar tornou-se escassa e pacientes com descompensações de seus quadros psiquiátricos aguardam dias uma vaga para sua transferência ocupando leitos de urgência e emergência do SUS que

teoricamente teriam o papel de leitos de observação para assistência do paciente com transferência programada em, idealmente, menos de 24 (vinte e quatro) horas.

Portanto, a rede de atenção psicossocial do SUS necessita de alguns ajustes para que não haja essa sobrecarga das unidades de urgência e emergência. Os importantes méritos da reforma psiquiátrica foram essenciais para o estabelecimento de uma rede humanizada de assistência aos pacientes com transtornos mentais, principalmente de forma ambulatorial com o surgimento dos CAPS. Porém, a assistência hospitalar ainda caminha em passos lentos buscando priorização de leitos de saúde mental em hospitais gerais e isso afeta diretamente o manejo de pacientes com descompensações de seus quadros que são atendidos principalmente nas UPAs de todo Brasil. Há uma necessidade imediata da criação desses leitos em hospitais gerais para que os leitos de urgência e emergência não fiquem sobrecarregados pela demanda psiquiátrica. Além de não serem os ambientes ideais para o manejo desses pacientes, as UPAs necessitam de um rápido giro de leitos de observação para que haja um atendimento adequado de toda a demanda, de todas as especialidades.

## **GLOSSÁRIO**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CFM – Conselho Federal de Medicina.

SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

## **REFERÊNCIAS**

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < [http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf)> Acesso em: 26 fev. 2017.

BARROS, Régis Eric Maia; TUNG, Teng Chei; MARI, Jair de Jesus. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, s. II, p. S71-77, 2010.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônica Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 66-78, 2011.

BEZERRA JR, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2016.

BRASIL. Lei n<sup>o</sup> 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. 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: 26 fev. 2017.

BRASIL. Lei n<sup>o</sup> 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 26 fev. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM 2.079/14**: Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Brasília, 2014.

GONZÁLEZ-JUÁREZ, Carlos; et al. Factores asociados con la resolución de las urgencias psiquiátricas. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria**, Madrid, v. 28, n. 101, p. 27-41, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Secretaria Executiva, 2000. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2011-2015: Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2016.

NETO, Fuad Kyrillos. Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. **Mental**, Barbacena, n. 1, p. 71-82, 2003.

QUINDERÉ, Paulo Henrique; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; SILVA, Cezar Augusto Ferreira; OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, 2010.

### **Endereço dos autores:**

Carolina Chomiski

Aluna do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar e de Serviços de Saúde da Escola de Negócios PUCPR no ano de 2016.

E-mail: carolina\_chomiski@yahoo.com.br

Luiza Helena Giraud

Prof. da Escola de Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

E-mail: luiza.giraud@pucpr.br