

Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira

Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil

Régis Eric Maia Barros¹, Teng Chei Tung², Jair de Jesus Mari^{3,4}

¹ Divisão de Psiquiatria, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

² Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

³ Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

⁴ Instituto de Psiquiatria, Health Service and Population Research Department, King's College London, Londres, Reino Unido

Resumo

Objetivo: Revisão de dados da literatura relativos ao papel e à inserção de serviços de emergências psiquiátricas em redes de saúde mental. **Método:** Foi realizada uma busca em banco de dados (PubMed e SciELO) de artigos empíricos e revisões sobre serviços de emergências psiquiátricas e rede de serviços de saúde mental. **Resultados:** Serviços de emergências psiquiátricas constituem unidade central para o funcionamento adequado de redes de saúde mental, tanto pelo manejo de situações de emergências, como pela regulação da rede em que se insere. Os serviços de emergências psiquiátricas relacionam-se com todos os serviços hospitalares e extra-hospitalares, possibilitando a organização do fluxo das internações e evitando sobrecarga da rede de saúde mental. As funções dos serviços de emergências psiquiátricas são amplas e extrapolam o simples encaminhamento para internação integral, pois estabilização clínica e suporte psicossocial podem ser alcançados em serviços de emergências psiquiátricas bem estruturados. No Brasil, estas funções foram ampliadas após a Reforma da Assistência à Saúde Mental e a sobrecarga das redes de saúde mental provocadas pelas dificuldades e limitações dos serviços hospitalares e extra-hospitalares. **Conclusão:** Serviços de emergências psiquiátricas devem ser valorizados e ampliados, principalmente aqueles localizados em hospitais gerais. Recomenda-se que o investimento em emergências psiquiátricas seja prioridade das políticas de saúde pública brasileiras para o aprimoramento da atenção na saúde mental

Descritores: Serviços de emergência psiquiátrica; Serviços de saúde mental; Psiquiatria comunitária; Unidade hospitalar de psiquiatria

Abstract

Objective: To review the literature concerning the role and the inclusion of emergency psychiatric services in mental health networks. **Method:** We performed a search in online databases (PubMed and SciELO) of empirical articles and reviews about emergency psychiatric services and networks of mental health services. **Results:** Emergency psychiatric services are a core unit for a proper functioning of mental health networks, by both the management of emergencies itself, and the regulation of the network where it belongs. The emergency psychiatric services relate to all inpatient and outpatient services, allowing the organization of the flow of admissions and avoiding the overload of the network of mental health. The functions of emergency psychiatric services are broad and go beyond the simple referral for hospitalization, since clinical stabilization and psychosocial support can be reached in well structured emergency psychiatric services. In Brazil, these functions were expanded after the mental health reform and the burden of mental health network caused by difficulties and limitations of inpatient and outpatient services. **Conclusion:** Emergency psychiatric services should be recovered and expanded; especially those located in general hospitals. It is suggested that investment in psychiatric emergencies should be a priority of the Brazilian public health policies for improving the mental health care.

Descriptors: Emergency services, psychiatric; Mental health services; Community psychiatry; Psychiatric department, hospital

Introdução

Nas últimas décadas, a prática psiquiátrica passou por profundas mudanças, visando à criação de alternativas de tratamento em saúde mental que evitassem a permanência dos pacientes por

longos períodos em hospitais psiquiátricos. Dentro do objetivo de reforma da assistência em Saúde Mental foi organizada uma rede de serviços que visa, na medida do possível, manejar o paciente

Correspondência

Régis Eric Maia Barros
Divisão de Psiquiatria
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Av. Bandeirantes, 3900
14049-900 Ribeirão Preto, SP, Brasil
Tel.: (+55 16) 3602-2607 Fax: (+55 16) 3602-2544
E-mail: regisbarros@usp.br

psiquiátrico em nível extra-hospitalar, como os centros de atenção psicossocial, ambulatoriais especializados e serviços de atenção primária. Também fazem parte dessas tentativas: a implantação de serviços de internação parcial, como os hospitais-dia; a instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; e a ampliação das funções dos serviços de emergências psiquiátricas (SEPs) para o manejo do paciente em crise¹.

Nos Estados Unidos, os serviços especializados para atendimento psiquiátrico de emergência surgiram durante a década de 60 como um dos cinco serviços considerados essenciais pelas políticas locais para atendimento comunitário de saúde mental. Essa rede de atendimento deveria ser composta também por serviços ambulatoriais, internação integral, internação parcial e interconsulta. Na década seguinte mais sete programas de atendimento foram incluídos nesta lista de serviços essenciais².

No Brasil, os pacientes em situações de crise raramente tiveram prioridade nas políticas de saúde pública. Até a reforma na assistência à saúde mental, que foi iniciada na década de 1980, a maioria destes 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. Alguns SEPs surgiram como iniciativas isoladas de alguns centros universitários ou hospitais públicos, principalmente nos grandes centros urbanos. Não havia a preocupação de integrar as poucas emergências psiquiátricas especializadas às demais unidades que faziam parte da rede de saúde mental. Mesmo atualmente, os dados relativos à atenção em emergências psiquiátricas são escassos, não havendo, até onde é do nosso conhecimento, informações relativas à distribuição destes SEPs em território brasileiro.

A definição dos aspectos essenciais que caracterizam as manifestações psiquiátricas que poderiam ser categorizadas como emergência, bem como as especificidades dos serviços destinados a esse tipo de atendimento, não é uma tarefa simples, havendo falta de concordância entre as diferentes conceituações e dificuldade de se estabelecer definições precisas. Além disso, a distinção entre urgência e emergência adotada para a medicina geral parece ser de pouca utilidade para a prática psiquiátrica³.

Emergências psiquiátricas podem ser caracterizadas como uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou à de outros⁴. Fazem parte dessa clientela tanto indivíduos que possuem história de um transtorno psiquiátrico crônico, que se apresentam num momento de recaída, como pacientes sem história psiquiátrica pregressa, apresentando uma crise aguda.

Emergências psiquiátricas também podem ser definidas como qualquer alteração de comportamento que não pode ser manejada de maneira rápida e adequada pelos serviços de saúde, sociais ou judiciários existentes na comunidade². Esta definição sugere que as emergências em psiquiatria não são função exclusiva de uma

determinada alteração psicopatológica, mas também do sistema de serviços oferecidos por uma determinada região, na qual o indivíduo está inserido.

A característica de agilidade no manejo do paciente – essencial para o adequado funcionamento de um serviço de emergência – pode implicar em algumas limitações, no que se refere tanto ao tratamento do paciente quanto à formação dos profissionais de saúde para a atuação neste tipo de serviço. Em geral, serviços de emergência psiquiátrica têm pouca disponibilidade de leitos para melhor observação e acompanhamento da evolução do quadro clínico, o que, muitas vezes, leva a uma decisão precoce de internação integral do paciente. Nem sempre os serviços extra-hospitalares dispõem de uma estrutura que ofereça a mesma agilidade encontrada na sala de emergência. Dificuldades de agendamento de consulta inicial após a alta da emergência psiquiátrica impedem uma integração efetiva nos programas terapêuticos, diminuindo a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentando o risco de recidiva do quadro clínico que justificou o atendimento na sala de emergência. Além disso, a equipe médica que atende o paciente em situação de emergência tem a possibilidade de realizar apenas uma avaliação transversal, perdendo o seguimento do paciente e, com isso, a possibilidade de observar a evolução do quadro e avaliar a eficácia das medidas tomadas no serviço. Alternativas para atenuar essas limitações incluem a ampliação de serviços de retaguarda para o atendimento de emergência, associada a uma efetiva integração entre as equipes de profissionais que atuam nos diferentes serviços que prestam atendimento ao paciente psiquiátrico.

Este artigo tem como objetivo realizar uma revisão analisando as relações entre SEPs e os demais serviços que compõem uma rede de saúde mental, avaliando as eventuais mudanças ocasionadas pelas diretrizes da Reforma da Assistência à Saúde Mental.

Emergência psiquiátrica e a Reforma da Assistência à Saúde Mental

Conforme comentado anteriormente, as reformas na assistência à Saúde Mental redirecionaram o modelo de atenção focado essencialmente em grandes manicômios para uma rede diversificada e articulada de atendimento extra-hospitalar, sendo as internações reservadas para casos agudos⁵. As mudanças nas políticas de saúde mental, com ênfase no tratamento extra-hospitalar, levaram ao aumento do número de pacientes na comunidade sujeitos a recaídas, por vezes repetitivas, demandando o uso crescente de SEPs⁶.

Conseqüentemente, os SEPs assumiram um novo papel na estruturação e funcionamento na rede de serviços de saúde mental, fomentando uma melhor relação entre eles². Os SEPs passaram a desempenhar um papel central na funcionalidade dos serviços de saúde mental, pois além de atuarem como principal porta de entrada no sistema⁷ e organizarem o fluxo das internações⁸, contribuíram para a redução de admissões hospitalares desnecessárias⁹ e possibilitaram uma melhor comunicação entre as diversas unidades do sistema de saúde¹⁰.

Tabela 1 - Principais mudanças na Rede de Saúde Mental brasileira entre os anos de 2002 a 2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Estimativa populacional brasileira	176.303.919	178.741.412	181.105.601	183.383.216	185.564.212	187.641.714	189.612.814	191.480.630
Número de CAPS	424	500	605	738	1010	1155	1326	1467
Número de leitos psiquiátricos	51.393	48.303	45.814	42.076	39.567	37.988	36.797	35.426
Gastos extra-hospitalares*	153.31	226.00	287.35	406.13	541.99	760.47	871.18	1012.35
Gastos hospitalares*	465.98	452.93	465.51	453.68	427.32	439.90	458.06	482.83
% gastos extra-hospitalares/gastos totais	24.76	33.29	38.17	47.23	55.92	63.35	65.54	67.71

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial; * em milhões de Reais

Essas mudanças na rede assistencial determinaram que os SEPs ampliassem suas funções. Assim, além de realizar triagem de casos para internação, passaram também a estabilizar e instituir o tratamento de casos agudos, além de proporcionar suporte psicossocial¹¹. Nesta nova conjuntura, os SEPs teriam como objetivo um atendimento rápido e ágil, buscando caracterizar aspectos diagnósticos, etiológicos e psicossociais do quadro apresentado pelo paciente, viabilizando seu tratamento em curto prazo e definindo o tipo de tratamento ao qual o paciente seria mais bem cuidado em médio e longo prazos.

Os SEPs são extremamente sensíveis à dinâmica da rede de serviços de Saúde Mental do qual fazem parte. A pouca disponibilidade de leitos para internações psiquiátricas e a inexistência e/ou inoperância de serviços extra-hospitalares podem aumentar a demanda nos SEPs, pois o acesso ao sistema de saúde pode ocorrer prioritariamente pelos setores de emergência, devido à maior facilidade de acesso nestas unidades¹². A demanda excessiva pode levar a uma maior rotatividade de pacientes nos SEPs, provocando erros diagnósticos, excesso de encaminhamento para internação integral¹³, além de aumento de reinternações¹⁴.

As políticas de Saúde Mental no Brasil foram pautadas numa modificação na organização da estrutura e das relações entre os serviços¹⁵. Em meados da década de 1980, o movimento conhecido como “Reforma Psiquiátrica” cresceu de maneira significativa¹⁶. Em consonância com diretrizes mundiais, um aspecto central do movimento brasileiro foi o fechamento e o descredenciamento progressivo dos leitos psiquiátricos¹⁷. Gradativamente, houve uma redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos, que deixaram de constituir o cerne do sistema assistencial, que passou a se basear, fundamentalmente, em uma rede de serviços extra-hospitalares de crescentes complexidades¹⁸. A Tabela 1 descreve as principais mudanças na rede de saúde mental brasileira nos últimos anos¹⁹.

Com essas mudanças nas políticas assistenciais, os SEPs também passaram a desempenhar um novo papel na rede de saúde mental. Inicialmente, assumiram a função de principal porta de entrada na rede de atendimento em saúde mental²⁰. Posteriormente, passaram a executar uma função de regulação da rede assistencial da saúde mental, evitando o uso desnecessário das internações hospitalares, reduzindo sobremaneira a sobrecarga nos leitos psiquiátricos²¹.

Em vários países, inclusive, no Brasil, a maioria dos casos de primeiro surto psicótico tem seu primeiro atendimento realizado em SEPs²². Desse modo, os SEPs podem assumir um papel importante no atendimento prioritário dos casos agudos de transtornos psicóticos, transtornos do humor, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e transtornos de personalidade²¹.

Serviços de emergência psiquiátrica e unidades de internação psiquiátrica

As primeiras unidades de internação psiquiátrica brasileiras nasceram com objetivo de realizar cuidados sociais e humanitários aos chamados “alienados”. Essa função foi assumida, preferencialmente, pela ordem religiosa da Irmandade

de Misericórdia, por meio das Santas Casas, que tiveram um papel de destaque no aparecimento dos primeiros “manicômios” brasileiros²³. Até o início da década de 1990, a base do tratamento psiquiátrico era intensamente centrada em hospitais psiquiátricos e as opções não hospitalares de tratamento eram restritas²⁴. A maior parte do atendimento especializado em emergências psiquiátricas se restringia aos setores de admissão dos manicômios e, portanto, praticamente toda a demanda de pacientes em situação de emergência recebia tratamento no ambiente manicomial²⁵. Neste período, os SEPs tinham um papel secundário na rede de saúde mental, pois assumiam, na melhor das hipóteses, a função restrita de encaminhamento do paciente para internação integral²⁶. Como muitas internações nos hospitais psiquiátricos não necessitavam de encaminhamentos especializados, podendo ser decididas pelos próprios serviços hospitalares (as chamadas “internações de porta”), os SEPs não recebiam investimentos nem estímulos para ampliar suas funções²⁷.

A relação entre SEPs e unidades tradicionais de internação psiquiátrica se modificou com as políticas de “desinstitucionalização”. Os efeitos danosos de macro-hospitais, os escândalos envolvendo pacientes com doenças mentais, a postura de aumentar a liberdade e a qualidade de vida dos pacientes, assim como a busca por tratamentos mais humanizados justificaram o desmantelamento do modelo asilar^{28,29} e valorizaram SEPs como unidades habilitadas para o manejo de pacientes em quadros agudos³⁰.

Este manejo não se restringe ao controle dos problemas comportamentais que justificaram o atendimento emergencial e à tomada de decisão sobre a necessidade de admissão hospitalar. O atendimento nos SEP inclui uma avaliação diagnóstica acurada e instituição do tratamento adequado para o manejo da condição clínica subjacente às alterações psicopatológicas e comportamentais³¹. O uso sistemático de critérios exclusivamente técnicos para a indicação da necessidade ou não de internação em hospital psiquiátrico pode contribuir de maneira significativa para a redução de internações psiquiátricas desnecessárias²⁰. Além disso, internações breves em SEPs podem ser suficientes para o manejo de uma parcela significativa de pacientes em quadro agudo²¹, restringindo-se o uso de leitos em hospitais psiquiátricos para pacientes que realmente se beneficiariam de uma internação mais prolongada.

Serviços de emergência psiquiátrica e hospital geral

A necessidade de uma proposta terapêutica mais ampla e humanizada estimulou o surgimento de unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais (UIPHG)³². Esta proposta permitiu uma redução de estigmas e preconceitos³³, bem como uma aproximação com as outras especialidades médicas, determinando um cuidado mais universal aos pacientes³⁴. Por mais que as internações psiquiátricas em hospitais gerais tenham vantagens na avaliação diagnóstica e no manejo clínico dos pacientes em relação às internações tradicionais³⁵, ainda existem obstáculos para a implantação de UIPHG³⁶. No Brasil, a resistência à implantação das UIPHG era percebida na própria administração pública, bem como nos gestores e equipes médicas dos próprios

hospitais. Consequentemente, existem poucas UIPHG e a maioria destas se encontra nas regiões brasileiras mais desenvolvidas economicamente³⁷.

SEPs ligados a hospitais gerais incorporam esta proposta de tratamento mais amplo³⁸, mantendo um direcionamento baseado em evidências para os cuidados de saúde, pois avaliam e buscam o manejo de comorbidades clínicas, além dos transtornos psiquiátricos primários³⁹. SEPs em hospitais gerais são os serviços de escolha para o encaminhamento de casos que necessitem de um melhor suporte clínico e cirúrgico, como síndromes de abstinência alcoólica⁴⁰, tentativas de suicídios⁴¹, estados confusionais agudos, além de pacientes psiquiátricos acometidos por doenças clínicas e cirúrgicas que necessitem de retaguarda de unidades de tratamento semi-intensivo ou intensivo⁴².

Idealmente, uma rede de saúde mental estruturada deverá ter SEP e UIPHG conjugadas, preferencialmente na mesma unidade hospitalar. Esta relação pode individualizar o tratamento ofertado aos pacientes⁴³, como, por exemplo, priorizar o pronto-atendimento de casos de primeiro surto psicótico, evitando-se as sequelas de uma duração prolongada entre o início do surto e o início do tratamento⁴⁴. Entretanto, a carência de leitos disponíveis em hospitais gerais e a conseqüente falta de vagas para internação psiquiátrica⁴⁵ faz com que os SEPs que dão suporte às UIPHG fiquem sobrecarregados de casos com comorbidades clínicas, cujo tempo de internação é prolongado⁴⁶. Em grandes metrópoles, acompanhando o aumento da demanda das emergências de outras especialidades clínicas e cirúrgicas, os SEPs acabam funcionando como unidades hospitalares, ao manter pacientes internados por tempo mais prolongado que o convencional⁴⁷.

Emergência psiquiátrica e os serviços extra-hospitalares

O funcionamento dos serviços extra-hospitalares influencia diretamente a dinâmica dos SEPs⁴⁸. Redes extra-hospitalares bem organizadas e eficientes, capazes de absorver rapidamente pacientes em quadros agudos, podem reduzir de maneira significativa os encaminhamentos feitos por SEPs para internação integral⁴⁹. Por outro lado, SEPs constituem a unidade de referência na inexistência ou insuficiência dos serviços não hospitalares⁵⁰, havendo uma associação significativa entre as dificuldades funcionais na rede de saúde mental extra-hospitalar e aumento no número de internações e reinternações⁵¹ e no número de visitas aos SEPs⁵². Como os SEPs funcionam 24 horas por dia e, geralmente, têm livre acesso, é natural que pacientes e familiares desassistidos sobrecarreguem os SEPs, que, por sua vez, absorvem a demanda excedente de serviços extra-hospitalares ineficientes⁵³. Fatores intrinsecamente ligados ao funcionamento dos serviços extra-hospitalares, como atendimento multiprofissional restrito⁵⁴, limitação de propostas terapêuticas⁵⁵, falta de vagas para atendimento⁵⁶, deficiência na disponibilidade de medicamentos e sobrecarga por demandas judiciais⁵⁷ determinam dificuldades de estabilização de pacientes em quadros agudos. Consequentemente, os SEPs apresentam efeito compensador destas carências com uma atuação que extrapola o atendimento convencional da emergência

psiquiátrica, pois assumem as funções de estabilização de casos agudos e de encaminhamentos para a rede de atenção primária e secundária⁵⁸.

Dentre as unidades substitutivas propostas na Reforma da Assistência à Saúde Mental Brasileira⁵⁹, merecem destaque os centros de atenção psicossocial (CAPS)⁶⁰. Existem poucos estudos para avaliar a relação deste serviço com a rede de saúde mental⁶¹, sendo pouco conhecido o impacto destes serviços nos SEPs. No entanto, merece destaque, no contexto de emergências psiquiátricas, o CAPS III, que executa uma função mais ampla de atender situações de emergência 24 horas ao dia, porém não está bem descrito na literatura nacional as vantagens e riscos deste atendimento em ambiente não hospitalar. Entretanto, devido à complexidade e ao alto custo da implantação deste tipo de serviço de saúde, poucos CAPS III estão efetivamente funcionando, mesmo em grandes centros. A dificuldade de implantação e de funcionalidade do CAPS III foi percebida no município de São Paulo, quando, no início de 2009, não existia nenhum CAPS III funcionando conforme as normatizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde⁶². Esse dado sugere que os CAPS III podem não ser uma solução para atender à demanda de pacientes psiquiátricos agudos, sendo necessário provisionar de forma planejada alternativas de atendimento emergencial que possam atender a esta demanda.

Emergência psiquiátrica e a atenção primária

Apesar do maior investimento em serviços especializados em saúde mental, uma parcela significativa de pacientes com acometimentos psiquiátricos frequenta a atenção primária⁶³.

A participação efetiva da atenção primária na rede de saúde mental permite uma menor sobrecarga desta rede bem como um escalonamento de gravidade dos casos nos serviços de saúde que a compõe⁶⁴. Uma rede eficaz com uma atenção primária fortalecida alivia os SEPs⁶⁵ para atender somente casos necessários, o que leva a uma melhor gestão dos casos emergenciais⁶⁶. Os instrumentos de atenção primária influenciam diretamente os SEPs, evitando agravamento de casos leves, permitindo o acesso de casos mais graves à atenção secundária e, assim, diminuindo internações desnecessárias^{67,68}.

A organização da rede de saúde mental poderá ser fortalecida na atenção primária com a atuação de equipes mínimas capazes de realizar atendimentos individuais e em grupos (psiquiatra, psicólogo e assistente social) nas unidades básicas de saúde, além da política de matriciamento⁶⁹. O apoio matricial caracteriza-se por um suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. A partir de discussões conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (atendimentos, visitas domiciliares e entrevistas com familiares), os profissionais de saúde mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção mais ampliada, sobretudo em questões relacionadas à saúde mental⁷⁰.

Conclusão

Os SEPs relacionam-se com todos os serviços que compõem a rede de saúde mental, além de exercer um importante papel de organização do fluxo de pacientes dentro desta rede. Desse modo, as funções dos SEPs extrapolam a simples necessidade de estabilização de quadros psiquiátricos agudos ou de encaminhamentos para internação integral.

SEPs representam um marco central na estruturação das redes de saúde mental, podendo servir como termômetro do funcionamento adequado da atenção primária e secundária, além de servir como um sistema tampão provisório para suprir as demandas excedentes associadas às deficiências dos serviços extra-hospitalares. Por serem uma das principais portas de entrada para a rede de saúde mental, especialmente no caso dos pacientes em primeiro surto psicótico, SEPs seriam pontos-chave em programas de prevenção e de aprimoramento terapêutico dos novos casos psiquiátricos.

A melhor inserção da emergência psiquiátrica é introduzi-lo no âmbito das UIPHG, integrando a rede de CAPS, ambulatorios especializados e atenção primária dentro de uma assistência à saúde mental regionalizada e hierarquizada. A proposta dos CAPS III precisa ser mais bem investigada na sua eficácia, no seu custo benefício e na sua capacidade de funcionar, de fato, como estrutura adequada para atender a demanda por casos psiquiátricos em crise, particularmente nas grandes metrópoles.

Agradecimentos

Agradecemos à Profa. Dra. Cristina Marta Del-Ben (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo) pela importante contribuição na construção deste artigo de revisão.

JJM é pesquisador I-A do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento (processo 03/06383-7) ao projeto de pesquisa em políticas públicas cujo título é “emergências psiquiátricas do município de São Paulo: uma proposta para a avaliação da qualidade do atendimento e padronização das condutas clínicas”.

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrantes	Participação acionária	Consultor/ conselho consultivo	Outro ³
Régis Eric Maia Barros	FMRP-USP	FAPESP Fundação Waldemar Barnsley Pessoa	-	-	-	-	-
Teng Chei Tung	USP	FAPESP**	Abbott* Ache* Wyeth* Lilly* Roche* AstraZeneca* Torrent* Medley*	Ache* Torrent* Roche*	-	Torrent* Wyeth*	-
Jair de Jesus Mari	UNIFESP	FAPESP CNPq	-	AstraZeneca Eli-Lilly Janssen-Cilag	-	-	-

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: FMRP-USP = Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; USP = Universidade de São Paulo; UNIFESP = Universidade Federal de São Paulo; FAPESP = Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Mais informações consultar as Instruções aos Autores.

Referências

- Thornicroft G, Alem A, Santos RAD, Barley E, Drake R, Gregorio G, Hanlon C, Ito H, Latimer E, Law A, Mari JJ, McGeorge P, Padmavati R, Razzouk D, Semrau M, Setoya Y, Thara R, Wondimagegn D. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*. 2010;9(2):67-77.
- Hillard JR. The past and future of psychiatric emergency services in the U.S. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45(6):541-3.
- Munizza C, Furlan PM, d'Elia A, D'Onofrio MR, Leggero P, Punzo F, Vidini N, Villari V. Emergency psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;374(Suppl):1-51.
- Friedmann CT, Lesser IM, Auerbach E. Psychiatric urgency as assessed by patients and their therapists at an adult outpatient clinic. *Hosp Community Psychiatry*. 1982;33(8):663-4.
- Segal SP, Egle L, Watson MA, Miller L, Goldfinger SM. Factors in the quality of patient evaluations in general hospital psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv*. 1995;46(11):1144-8.
- Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*. 2002;1(2):84-90.
- Campos DT, Gieser MT. The psychiatric emergency/crisis disposition and community networks. *Emerg Health Serv Rev*. 1985;3(1):117-28.
- Oyewumi LK, Odejide O, Kazarian SS. Psychiatric emergency services in a Canadian city: I. Prevalence and patterns of use. *Can J Psychiatry*. 1992;37(2):91-5.
- Kropp S, Andreis C, te Wildt B, Reulbach U, Ohlmeier M, Auffarth I, Ziegenbein M. Psychiatric patients turnaround times in the emergency department. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;13:1-27.
- Holloway F. Need in community psychiatry: a consensus is required. *Psychiatr Bull*. 1994;18:321-23.
- Forster P, King J. Definitive treatment of patients with serious mental disorders in an emergency service, Part I. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45(9):867-9.
- Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Emergency psychiatry in the 21st century: critical issues for the future. *Eur J Emerg Med*. 2008;15(5):276-8.
- Woo BK, Sevilla CC, Obrocea GV. Factors influencing the stability of psychiatric diagnoses in the emergency setting: review of 934 consecutively inpatient admissions. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(5):434-6.
- Oldham JM, Lin A, Breslin L. Comprehensive psychiatric emergency services. *Psychiatr Q*. 1990;61(1):57-67.
- Hirdes A. The psychiatric reform in Brazil: a (re)view. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):297-305.
- Dalgalarondo P, Botega NJ, Banzato CE. Patients who benefit from psychiatric admission in the general hospital. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):629-34.
- Caldas de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: An overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatr Serv*. 2010;61(3):218-21.
- Kilsztajn S, Lopes Ede S, Lima LZ, Rocha PA, Carmo MS. Hospital beds and mental health reform in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(10):2354-62.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico [citado 20 jun 2010]. Brasília; 2010.
- Del-Ben CM, Marques JM, Sponholz A Jr, Zuardi AW. Mental health policies and service in emergency service demand. *Rev Saude Publica*. 1999;33(5):470-6.
- Barros RE, Marques JM, Carlotti IP, Zuardi AW, Del-Ben CM. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(2):145-51.
- Menezes PR, Scazufca M, Busatto G, Coutinho LM, McGuire PK, Murray RM. Incidence of first-contact psychosis in Sao Paulo, Brazil. *Br J Psychiatry*. 2007; 191 (Suppl 51):102-106.
- Oda AMGR; Dalgalarondo P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2005;12(3):983-1010.
- Larrobela C, Botega NJ. Psychiatric care policies and deinstitutionalization in South America. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28(1):22-30.
- Burti L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2001;410:41-6.
- Cougnard A, Grolleau S, Lamarque F, Beitz C, Brugère S, Verdoux H. Psychotic disorders among homeless subjects attending a psychiatric emergency service. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(11):904-10.
- Breslow RE, Erickson BJ, Cavanaugh KC. The psychiatric emergency service: where we've been and where we're going. *Psychiatr Q*. 2000;71(2):101-21.
- Gilligan J. The last mental hospital. *Psychiatr Q*. 2001;72(1):45-61.
- Finnane M. Opening up and closing down: notes on the end of an asylum. *Health History*. 2009;11(1):9-24.
- Russell V, Mai F, Busby K, Attwood D, Davis M, Brown M. Acute day hospitalization as an alternative to inpatient treatment. *Can J Psychiatry*. 1996;41(10):629-37.
- Mulder CL, Koopmans GT, Lyons JS. Determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv*. 2005;56(4):452-7.

32. Walkup J. The early case for caring for the insane in general hospitals. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45(12):1224-8.
33. de Mendonça Lima CA, Levav I, Jacobsson L, Rutz W. Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18(8):679-82.
34. Eytan A, Bovet L, Gex-Fabry M, Alberque C, Ferrero F. Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *Eur Psychiatry*. 2004;19(8):499-501.
35. Hallak JE, Crippa JA, Vansan G, Zuardi AW. Diagnostic profile of inpatients as a determinant of length of stay in a general hospital psychiatric unit. *Braz J Med Biol Res*. 2003;36(9):1233-40.
36. Lipsitt DR. Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty. *World Psychiatry*. 2003;2(2):87-92.
37. Botega NJ, Schechtman A. A National Survey of General Hospital Psychiatric Services in Brazil: I. Present status and trends. *Rev ABP-APAL*. 1997;19(3):79-86.
38. Hatta K, Nakamura H, Usui C, Kobayashi T, Kamijo Y, Hirata T, Awata S, Kishi Y, Arai H, Kurosawa H. Medical and psychiatric comorbidity in psychiatric beds in general hospitals: a cross-sectional study in Tokyo. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;63(3):329-35.
39. Lipowski ZJ. The interface of psychiatry and medicine: towards integrated health care. *Can J Psychiatry*. 1987;32(9):743-8.
40. Repper-DeLisi J, Stern TA, Mitchell M, Lussier-Cushing M, Lakatos B, Fricchione GL, Quinlan J, Kane M, Berube R, Blais M, Capasso V, Pathan F, Karson A, Bierer M. Successful implementation of an alcohol-withdrawal pathway in a general hospital. *Psychosomatics*. 2008;49(4):292-9.
41. Suominen K, Lönnqvist J. Determinants of psychiatric hospitalization after attempted suicide. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(5):424-30.
42. Abiodun OA. Physical morbidity in a psychiatric population in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22(3):195-9.
43. Mazeh D, Melamed Y, Barak Y. Emergency psychiatry: Treatment of referred psychiatric patients by general hospital emergency department physicians. *Psychiatr Serv*. 2003;54(9):1221-2.
44. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1785-804.
45. Barra A, Daini S, Tonioni F, Bria P. Organizational models of emergency psychiatric intervention: state of the art. *Clin Ter*. 2007;158(5):435-9.
46. Mai FM, Gosselin JY, Varan L, Bourgon L, Navarro JR. Effects of treatment and alternative care on length of stay on a general hospital psychiatric unit-results of an audit. *Can J Psychiatry*. 1993;38(1):39-45.
47. Paradis M, Woogh C, Marcotte D, Chaput Y. Is psychiatric emergency service (PES) use increasing over time? *Int J Ment Health Syst*. 2009;3(1):3.
48. Wierdsma AI, Mulder CL. Does mental health service integration affect compulsory admissions? *Int J Integr Care*. 2009;9:90.
49. Santos ME, do Amor JA, Del-Ben CM, Zuardi AW. Psychiatric emergency service in a university general hospital: a prospective study. *Rev Saude Publica*. 2000;34(5):468-74.
50. Kates N, Eaman S, Santone J, Didemus C, Steiner M, Craven M. An integrated regional emergency psychiatry service. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996;18(4):251-6.
51. Wierdsma AI, Poodt HD, Mulder CL. Effects of community-care networks on psychiatric emergency contacts, hospitalization and involuntary admission. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(7):613-8.
52. Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv*. 2005;56(6):678-84.
53. Bennett MI. Emergency/outpatient services. *New Dir Ment Health Serv*. 1988;(39):65-72.
54. Piippo J, Aaltonen J. Mental health: integrated network and family-oriented model for co-operation between mental health patients, adult mental health services and social services. *J Clin Nurs*. 2004;13(7):876-85.
55. Mayou R, Simkin S, Cobb A. Use of psychiatric services by patients referred to a consultation unit. *Gen Hosp Psychiatry*. 1994;16(5):354-7.
56. Blay SL, Fillenbaum GG, Andreoli SB, Gastal FL. Equity of access to outpatient care and hospitalization among older community residents in Brazil. *Med Care*. 2008;46(9):930-7.
57. Gerbasi JB, Bonnie RJ, Binder RL. Resource document on mandatory outpatient treatment. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2000;28(2):127-44.
58. Ellison JM, Wharff EA. More than a gateway: the role of the emergency psychiatry service in the community mental health network. *Hosp Community Psychiatry*. 1985;36(2):180-5.
59. Borges CF, Baptista TW. The mental health care model in Brazil: a history of policy development from 1990 to 2004. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):456-68.
60. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MD, Mari Jde J. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):43-6.
61. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J, Goihman S, Razzouk D, Rodriguez J, Weber R, Andreoli SB, Saxena S. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst*. 2008;2(1):12.
62. Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saude Publica*. 2009;43(Suppl 1):8-15.
63. Verhaak PF. Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1993;43(370):203-8.
64. Hull SA, Jones C, Tissier JM, Eldridge S, Maclaren D. Relationship style between GPs and community mental health teams affects referral rates. *Br J Gen Pract*. 2002;52(475):101-7.
65. Spurrell M, Hatfield B, Perry A. Characteristics of patients presenting for emergency psychiatric assessment at an English hospital. *Psychiatr Serv*. 2003;54(2):240-5.
66. Saarento O, Hakko H, Joukamaa M. Repeated use of psychiatric emergency out-patient services among new patients: a 3-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;98(4):276-82.
67. Griswold KS, Servoss TJ, Leonard KE, Pastore PA, Smith SJ, Wagner C, Stephan M, Thrust M. Connections to primary medical care after psychiatric crisis. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(3):166-72.
68. Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Soc Psychiatry*. 1987;22(3):129-38.
69. Campos GWS. Local reference teams and specialized matrix support: an essay about reorganizing work in health services. *Cien Saude Coletiva*. 1999;4(2):393-403.
70. Figueiredo MD, Campos RO. Mental health in the primary care system of Campinas, SP: network or spider's web? *Cien Saude Coletiva*. 2009;14(1):129-38.