

DIFICULDADES NO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSQUIÁTRICAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Lucidio Clebeson de Oliveira¹, Richardson Augusto Rosendo da Silva², Francisca Patrícia Barreto de Carvalho³, Francisco Rafael Ribeiro Soares, Kamilla Miranda Nascimento de Sousa⁴, Lorrainy da Cruz Solano

Objetivo: Identificar as dificuldades existentes na implementação de uma assistência de emergência ao usuário em sofrimento psíquico no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Metodologia:** Pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa realizada com 34 profissionais da equipe de enfermagem do SAMU do município de Mossoró/RN, Brasil. O instrumento para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** A assistência de enfermagem ofertada aos usuários em situação de urgência e Emergência psiquiátrica é realizada de forma inadequada, principalmente pela falta de uma rede de serviços em saúde mental estruturada e resolutiva. **Conclusão:** A falta de uma rede de atendimento em saúde mental organizada e hierarquizada constitui entrave para que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica possam ser concretizadas na prática.

Descritores: Enfermagem, Saúde Mental, Urgência, Serviços de Emergência.

IMPEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN A LAS URGENCIAS Y A LAS EMERGENCIAS PSQUIÁTRICAS EN EL SERVICIO DE LA ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA

Objetivo: Identificar las dificultades existentes en la implementación de una atención de emergencia al usuario en sufrimiento psíquico en el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU). **Método:** Se trata de una investigación descriptiva, de carácter exploratorio, de naturaleza cualitativa. El estudio fue realizado con 22 profesionales del equipo de enfermería del SAMU del Municipality of Mossoró/RN, Brazil. El instrumento para la recolección de datos fue un guión de entrevista semiestruturado. Los datos fueron analizados por medio de la técnica de análisis temático de contenido propuesta por Bardin. **Resultados:** La asistencia de enfermería ofrecida a los usuarios en situación de urgencia y Emergencia psiquiátrica es realizada de forma inadecuada, debido principalmente a la falta de una red de servicios de salud mental estructurada y resolutiva. **Conclusión:** La falta de una red de atención en salud mental organizada y jerarquizada, se constituye en un obstáculo para que las directrices de la Reforma Psiquiátrica puedan concretarse en la práctica.

Descritores: Enfermagem, Salud Mental, Urgência, Servicios de emergencia

BARRIERS IN THE CARE OF EMERGENCIES AND PSYCHIATRIC EMERGENCIES IN THE URGENT MOBILE CARE SERVICES

Objective: To identify the difficulties that exist in the implementation of emergency assistance to the user in psychological distress in the Mobile Emergency Care Service (SAMU). **Method:** This is a descriptive, exploratory, qualitative research. The study was conducted with 22 professionals from the SAMU nursing team in the city of Mossoró / RN. The instrument for data collection was a semi-structured interview script. The data were analyzed using the thematic content analysis technique proposed by Bardin. **Results:** Nursing care offered to users in emergency and psychiatric emergencies is inadequately performed, mainly due to the lack of a structured and resolute network of mental health services. **Conclusion:** The lack of an organized and hierarchical mental health care network is an obstacle to the implementation of the Psychiatric Reform guidelines in practice.

Descriptors: Nursing, Mental Health, Urgency, Emergencies services.

¹ Universidade Estadual do Rio Grande do Norte-UERN- E-mail: lucidio@facenemossoro.com.br

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN.

³ Universidade Estadual do Rio Grande do Norte-UERN.

⁴ Faculdade de Enfermagem nova Esperança de Mossoró, FACENE/RN.

INTRODUÇÃO

Nos primórdios da enfermagem psiquiátrica, o modelo de tratamento utilizado com os usuários em sofrimento psíquico era realizado em instituições asilares, onde o cuidar se baseava na sujeição dos internos, predominando o confinamento e contando com relatos de maus-tratos e um atendimento desumano. As práticas desenvolvidas pelos profissionais da saúde e enfermagem constituíam-se na vigilância constante do sujeito em sofrimento psíquico. A assistência à saúde era focalizada na doença, na sintomatologia e em medicalização voltadas para o modelo tradicional hospitalocêntrico, baseado no modelo biologicista⁽¹⁾.

A Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil, no final da década de 70 e início da década de 80, aconteceu em decorrência da crise do modelo hospitalocêntrico, regido por métodos pragmáticos, restringindo o doente mental do convívio com a família e a sociedade e impossibilitando-o de exercer sua cidadania. O hospital psiquiátrico neste contexto arcaico era a única alternativa de tratamento, o qual facilitava a cronicidade e exclusão dos doentes mentais. Os esforços movidos pela sociedade, familiares e profissionais da saúde, possibilitaram a mudança da forma de cuidar, de tratar e conviver com a problemática da loucura⁽²⁾.

A RP foi um processo social e político, com pessoas, instituições e forças de diferentes locais, objetivando a desconstrução da lógica de exclusão manicomial em prol de novas estratégias de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico, ampliando a discussão sobre a Psiquiatria e seu modelo de assistência, bem como sobre os preconceitos e o estigma estabelecidos em torno do conceito de periculosidade do paciente psiquiátrico. As consequências desse processo estão evidenciadas na política, na legislação e nos serviços de atenção à saúde mental, atualmente, vigentes no Brasil⁽³⁾.

Diante desse cenário de desinstitucionalização, tornou-se necessária a criação de serviços para acolher o egresso das instituições psiquiátricas de volta à sociedade. Nessa perspectiva, sob a influência das diretrizes da Lei 10.216/2001, em articulação com as Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90, os serviços de saúde mental no país foram descentralizados e, atualmente, estão distribuídos em uma rede crescente e hierárquica de complexidade, composta por três níveis de atenção: atenção básica, de média e de alta complexidade⁽⁴⁾.

No entanto, essa transferência legal de responsabilidades atribuindo novas e específicas demandas para profissionais e serviços também deve ser acompanhada de preparação e capacitação do espaço assistencial, para que a atenção se torne resolutiva e integral, uma vez que a atuação frente aos sujeitos em sofrimento psíquico requer competências particulares.

No caso do SAMU, a capacitação da equipe, definida pela Portaria 2.048/GM, é realizada no momento em que o serviço é implantado no município. Nessa formação, somente duas horas de treinamento são dedicadas às intervenções de saúde mental. Esse momento é exclusivamente teórico, sem nenhum componente prático⁽⁵⁻⁵⁾.

Esta situação fica ainda mais grave, pois, historicamente, essa área da urgência e emergência nega ou não pratica aquilo de que a atenção à crise psíquica necessita, ou seja, empatia, diálogo, corresponsabilização, humanização, subjetividade e criatividade. Isso pode trazer consequências danosas ao sujeito em sofrimento psíquico, uma vez que o desprendimento com a realidade vivenciada naquele momento não implica a ausência de sensações, afetos e angústias próprias da sua condição humana, por mais estranha que a situação possa demonstrar⁽⁶⁾.

Essa é uma temática contempladora de contradições por agregar compreensões e conceitos de assistência que divergem em vários aspectos. De um lado a saúde mental, com suas prerrogativas de inclusão, respeito às singularidades, valorização do subjetivo, promoção de diálogo, intensificação das relações humanas como elemento terapêutico e luta pela construção de cidadania e justiça social para os usuários dos serviços. Do outro, o SAMU, setor de urgência em que se destaca a objetividade, otimização do tempo, valorização de equipamentos sofisticados, visão mecanicista e biológica do ser, compreensão das ações através do binômio causa-efeito e extrema formalização técnica⁽⁶⁾.

Esse estudo objetivou identificar as dificuldades existentes na realização de uma assistência às emergências psiquiátricas no SAMU em Mossoró/RN.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no SAMU de Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. O serviço foi escolhido em virtude de ser responsável por atender os usuários em situação de urgência e emergência psiquiátrica, respondendo assim ao objetivo proposto.

A pesquisa teve como população os profissionais de enfermagem do SAMU que atuam diretamente na assistência. Incluíram-se os trabalhadores que atuam no serviço por um período igual ou superior a um ano e que estão na assistência direta. Excluíram-se aqueles que estavam realizando atividades administrativas. A amostra foi constituída por 34 profissionais de enfermagem, sendo 9 enfermeiros e 25 técnicos de enfermagem.

Utilizou-se um roteiro de entrevista estruturada para a coleta de dados que aconteceu entre fevereiro e maio de 2013, na própria sede do SAMU durante os plantões dos profissionais.

Os resultados foram estudados através da análise temática de conteúdo proposta por Bardin. Dessa análise surgiram várias unidades temáticas que puderam ser agrupadas em uma única categoria: Dificuldades encontradas na assistência ao usuário em sofrimento psiquiátrico no serviço móvel de urgência.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob o CAAE: 17326513.0.0000.5537 e protocolo 348.977. Os aspectos éticos e legais que embasam essa pesquisa estão de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas, sendo esta, respaldada na resolução 466/12(8), assim como a resolução 311/2007(9) do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

RESULTADOS

As principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais estão associadas à gestão, especialmente na falta de integração entre os serviços dificultando a realização de uma assistência resolutiva.

Os profissionais apontaram dificuldades de agendamento de consulta inicial após a alta da emergência psiquiátrica que 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 emergencial. Além disso, a equipe 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.

Essa realidade está clara quando os entrevistados relatam as dificuldades de direcionamento do paciente em urgências e emergências psiquiátricas após a realização do atendimento.

Principalmente a falta de ter para onde referenciar [...], pois quando atendemos um paciente temos que levar para o Tarcísio Maia, que é um hospital geral, pois o São Camilo [Hospital psiquiátrico] não recebe sem um encaminhamento e o Tarcísio não possui leitos psiquiátricos. (Enf 2)

Sem dúvida a falta de uma organização dos serviços de saúde, CAPs 24 horas, referência e contra referência, sem contar dos problemas crônicos como os trotes, o trânsito... (Téc Enf 11)

Ao atender as urgências psiquiátricas o SAMU pode articular suas intervenções juntamente com qualquer serviço da rede de assistência em saúde. Não faz sentido continuar pensando no hospital psiquiátrico como destino prioritário para os pacientes em crise psíquica. Esse cenário ficou claro nas falas dos entrevistados, quando estes referem à dificuldade

de continuação ao atendimento, acreditando ser o hospital psiquiátrico o melhor direcionamento para esses pacientes.

O pior é não ter para onde levar, pois o São Camilo não atende esses pacientes, só recebem quando já foi avaliado e encaminhado pelo psiquiatra, mas só tem psiquiatra até às 13:00, aí quando é em outro horário o paciente é encaminhado para o hospital geral ou para as UPAs e aí muitas vezes ficam sedados. (Enf 9)

Se o São Camilo recebesse era bom, mas muitas vezes somos acionados para realizar urgências lá, porque lá não têm sala de estabilização, a UPA, muitas vezes, não quer receber e no Hospital Tarcísio Maia não temos a quem passar o paciente. (Enf 6)

Evidenciou-se a redução da RP apenas a uma diminuição de leitos dessa área de atendimento e a insatisfação dos profissionais com a inadequação dos serviços e a ausência de uma Rede de Atenção eficiente e eficaz para satisfazer as necessidades de saúde de pessoas em situação de emergência psiquiátrica.

De acordo com o que entendo sobre a reforma psiquiátrica, vejo que esta prega que tenhamos uma diminuição dos leitos psiquiátricos e o aumento de outros serviços para atender a esses pacientes como por exemplo o SAMU, os CAPs etc. (Enf 8)

Acredito que o SAMU sim, mas como já disse os outros serviços não conseguiram [se adequar à Reforma Psiquiátrica], nem o São Camilo que deveria ter diminuído seus leitos e não foi feito, aqui não tem o CAPs 24 horas, o Tarcísio [Hospital Geral] não tem leitos psiquiátricos, isso dificulta o nosso trabalho. (Téc Enf 13)

Eu não tenho muitas leituras, pois não gosto muito dessa área, mas sei que a reforma busca uma reorganização dos serviços e uma diminuição dos leitos psiquiátricos. (Tec enf 14)

DISCUSSÃO

A área de Urgência e Emergência compreende a assistência pré-hospitalar (APS) cujo atendimento é prestado nos locais onde a vítima se encontra, isso exige profissionais qualificados, com controle emocional e habilidade para agir com raciocínio lógico e rápido, evitando danos maiores e irreparáveis⁽¹⁰⁾.

Além disso, esse atendimento pressupõe uma continuidade através de serviços de suporte que integram a resposta às necessidades de saúde da pessoa atendida numa rede de atenção integrada e de complexidade crescente.

Na realidade estudada não existia um sistema de referência eficaz, o que torna difícil a continuidade do cuidado e essa dificuldade foi apontada pelos profissionais como sendo a maior que enfrentavam nos atendimentos psiquiátricos.

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⁽¹⁰⁾.

Segundo a Portaria 2.048/GM, uma das funções do SAMU durante o atendimento é "reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH (vítimas agressivas em situações de risco para si e para os outros)"^(11,76).

Assim, o encaminhamento dos sujeitos em situação de urgência e emergência psiquiátrica para o hospital psiquiátrico, sem levar em consideração as possibilidades assistenciais oferecidas pelos serviços substitutivos em saúde mental, criados a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, nos remete às características do atendimento prestado durante os primórdios da psiquiatria clássica⁽¹⁰⁾.

Segundo os princípios e diretrizes do SUS, a atenção primária em saúde deve contar com profissionais generalistas na promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse nível encontramos a Estratégia Saúde da Família, que articuladamente com os CAPS, Residências Terapêuticas, centros de convivência e cultura, equipes matriciais de referência e o Programa de Volta para Casa compõem o cenário da atenção primária em saúde mental⁽¹⁰⁾.

A efetiva integração de um serviço de emergência psiquiátrica com os demais serviços de saúde mental disponíveis na região é um fator decisivo para o bom funcionamento tanto da unidade de emergência como de todo o sistema de atendimento psiquiátrico. Dentro de uma rede articulada de saúde mental, a emergência psiquiátrica tem um papel relevante nas tomadas de decisão quanto à indicação do tratamento necessário para cada caso, desempenhando ao mesmo tempo a função de triar os novos casos, inserindo-os na rede de atendimentos disponíveis, e a função de retaguarda para os demais serviços, no caso de pacientes já incluídos no sistema de atenção à saúde mental⁽¹²⁾.

Torna-se evidente a necessidade da elaboração e estabelecimento de diretrizes para o aprimoramento estrutural e técnico das emergências psiquiátricas que sejam aplicáveis à realidade de cada serviço, tendo em vista que esse serviço está voltado para as emergências clínicas e traumatológicas.

Na realidade estudada evidenciou-se uma grande dificuldade na utilização de estratégias para uma assistência integral, tendo em vista, o pouco conhecimento dos profissionais da organização dos serviços em rede, bem como os entraves enfrentados pela desarticulação desses e a falta de serviços essenciais como o CAPS III, tornam a assistência fragmentada e pouco resolutiva.

É sabido que uma infra-estrutura pobre se constitui em barreira para a prestação de serviços e essa é uma realidade no cenário estudado que, aliada à desarticulação dos serviços e à falta de conhecimento em saúde mental por

parte dos profissionais evidenciada pelos procedimentos e falas, compromete a assistência eficaz¹³.

O CAPS III tem o poder mais incisivo no atendimento em urgências e emergências psiquiátricas porque funciona durante todos os dias da semana durante as 24 horas e conta com leitos de observação, nos quais os pacientes permanecem por um curto intervalo de tempo até que sejam desconstruídas as manifestações da urgência que estejam prejudicando a integridade dos mesmos⁽¹⁰⁾.

Quando se fala em uma abordagem pautada na integralidade, pensa-se em práticas baseadas na articulação entre clínica e saúde coletiva em todos os níveis de atenção do SUS, tanto nos serviços de atenção à saúde em geral, como nos setores especializados de saúde mental, com o mote central no atendimento das necessidades do usuário⁽¹⁰⁾.

É importante ressaltar que a RP não se trata apenas de uma mudança na teoria e sim, da reconstrução da prática, por novos apoios, novos suportes, novos conceitos de saúde e de doença, de normalidade e de loucura. Não se limita a criação de sistemas ambulatoriais, mas, envolve a criação de espaços e formas de atenção à saúde⁽¹⁴⁾.

Neste contexto se apresenta a proposta do atendimento em rede que abrange vários serviços, tanto na rede básica, como em hospitais gerais, pronto-socorro e assistência pré-hospitalar. Estes serviços devem ser articulados para prestar um atendimento voltado para a complexidade do indivíduo em situação de urgência e emergência psiquiátrica⁽¹²⁾.

O Ministério da Saúde considera que a rede de saúde mental deve ser constituída por vários serviços assistenciais de acordo com os critérios populacionais e as demandas do município. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatorios dentre outros⁽¹⁴⁾.

Essa situação prejudica a realização de uma assistência integral, tendo em vista, que para que tenhamos uma atenção de qualidade faz-se necessário que a rede de serviços de saúde mental sejam organizadas e hierarquizadas de forma a garantir a continuidade do atendimento e assim a resolutividade da assistência.

Torna-se necessário, portanto, avançar na compreensão da urgência e emergência psiquiátrica enquanto evento que demanda acolhimento, diálogo, aproximação entre os sujeitos envolvidos e respeito às necessidades subjetivas e particularidades de cada usuário dos serviços de saúde. Avançar em direção a um cuidado integral em saúde compreendido como o produto das relações entre usuários, profissionais e instituições, podendo ser manifestado no acolhimento, no vínculo e no tratamento digno e respeitoso. Nesse tipo de cuidado, as relações são horizontais, de

sujeito para sujeito. Assim, o cuidado integral é tomado como uma ação de responsabilidade para com o outro, sem tutela ou infantilização⁽¹³⁾.

Para tanto, se faz necessária a articulação entre o SAMU e a rede de saúde mental, na perspectiva de construir instrumentos, saberes e práticas para a consolidação efetiva de uma abordagem integral e humanizada que tenha o acolhimento como tecnologia do cuidado eficiente para reorganizar o atendimento tendo como centro o próprio usuário⁽¹²⁾.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Sendo um estudo qualitativo, esse trabalho não pode ser estendido a todas as realidades, no entanto, serve de alerta para locais com as mesmas condições relacionadas à atenção à saúde mental.

CONCLUSÃO

As urgências e emergências psiquiátricas são cada dia mais frequentes o que aumenta a necessidade da oferta de uma assistência de enfermagem adequada para atender a essa clientela de forma resolutiva e humanizada.

Neste sentido, os profissionais que lidam com esses pacientes devem ter uma capacitação adequada para a realização de um cuidado apropriado, pois o grau de cuidados necessários não se dá com tecnologias avançadas e sim com o contato humano adequado.

Com a relação à rede de serviços em saúde mental no município estudado, encontrou-se uma assistência fragmentada, não existindo uma rede organizada e hierarquizada, dificultando a realização de uma assistência humanizada e resolutiva.

REFERÊNCIAS

- Oliveira LC, Silva RAR, Medeiros MN, Oueiroz JC, Guimarães J. Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental. *J. res.: fundam. care. online* [periódico online]. 2015; 7(1):174-82. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-26691>.
- Lima ICS, Guimarães AB. Perfil das emergências psiquiátricas atendidas em serviços de urgência e emergência hospitalar. *R. Interd.* [periódico online]. 2015; 8(2): 181-90. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/61>.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma dos Psiquiátricos e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília, nov. 2005.
- Del-Ben CM, Teng CT. Psychiatric emergency: challenges and vicissitudes. *Rev*
- Bonfada D, Guimaraes J, Miranda FANA, Brito AAC de. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. *Esc. Anna Nery* [periódico online]. 2013; 17(2): 227-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200004&script=sci_abstract&tlng=pt
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011, 279 p.
- Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 23 de dezembro de 2013. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 466. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/466/res466_23_12_2013.html
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Resolução Nº 311 de 08 de janeiro de 2007. Revoga a resolução COFEN Nº 240/2000 e aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
- Silva DS, Azevedo DM. A Reforma Psiquiátrica na visão de quem cuida: Percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico online]. 2011;15(3):587-94. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a21v15_n3.pdf
- Lofchy J, Boyles P, Delwo J. Emergency Psychiatry: Clinical and Training Approaches. *The Canadian Journal of Psychiatry* [periódico online]. 2015; 60(6): 1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500189/pdf/cjp-2015-vol60-june-positionpaper-online-eng.pdf>.
- Minóia NP, Minozzo F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. *PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO* [periódico online]. 2015; 35(4): 1340-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n4/1982-3703-35-4-1340.pdf>
- Gwaikolo WS, Kohrt BA, Cooper JL. Health system preparedness for integration of mental health services in rural Liberia. *BMC Health Services Research*. [periódico online]; 2017; 17:508-517. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5531097/pdf/12913_2017_Article_2447.pdf
- Santos MS, Coimbra VCC, Ribeiro JP. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. *J Nurs UFPE on line* [periódico online]. 2011; 5(9):2197-205. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1890/pdf_689 DOI: 10.5205/revuol.1262-12560-1-LE.0509201117
- Silva G, Iglesias A, Dalbello-Araujo M, Badaró-Moreira M. (2017) Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão* [periódico online]. 2017; 37(2): 404-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>

RECEBIDO EM: 17/08/2017.

ACEITE EM: 12/07/2018.