



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - RIMS

CAMILA PARAVISI FRIZZO

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO À CRISE EM
SAÚDE MENTAL NA EMERGÊNCIA ADULTO DO HU/UFSC**

FLORIANÓPOLIS
2019

CAMILA PARAVISI FRIZZO

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO À CRISE EM
SAÚDE MENTAL NA EMERGÊNCIA ADULTO DO HU/UFSC**

Trabalho de Conclusão de Curso da
Residência Multiprofissional Integrada em
Saúde como requisito para obtenção do título
de Especialista em Saúde com ênfase em
Atenção à Urgência e Emergência.

Orientadora: Ivania Jann Luna, Dra.

Coorientadora: Marina Menezes, Dra.

FLORIANÓPOLIS

2019

Possibilidades de atuação da Psicologia na atenção à crise em saúde mental na Emergência Adulto do HU/UFSC

Resumo

A atenção à crise em saúde mental é um dos objetivos atribuídos aos vários componentes da Rede de Atenção Psicossocial, sobretudo às unidades de urgência e emergência de hospitais gerais, que se constituem em portas de entrada de pessoas em sofrimento psíquico, físico e ético-político urgente, tendo em vista à irrupção repentina de vivências de separação, mudança e desequilíbrio ocasionadas por um evento estressor. Este artigo tem como objetivo relatar e discutir as possibilidades de atuação da Psicologia na atenção à crise em saúde mental na Emergência Adulto HU/UFSC. Para tanto, caracteriza-se a inserção da Psicologia na Unidade de Emergência Adulto HU/UFSC, apresentam-se os conceitos de crise, urgência e emergência, bem como se realizam reflexões sobre as demandas psicológicas atendidas e os recursos de intervenção relevantes para o cuidado psicossocial da pessoa em sofrimento. Discute-se a importância da equipe de psicologia e multiprofissional apropriarem-se da amplitude dos conceitos que englobam a atenção à crise em saúde mental, para que se possa garantir a manutenção do cuidado integral em saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde, por meio de ferramentas em comum como o acolhimento, postura empática e corresponsabilização do cuidado. Conclui-se que a Psicologia contribui com a construção contínua desde cuidado na medida em que promove a escuta qualificada e singular das demandas psicológicas e a propagação do conhecimento acerca do manejo da crise e em relação à saúde mental de forma ampla e aos demais membros da equipe multiprofissional. Palavras chave: crise; urgência; saúde mental; atendimento psicológico; cuidado integral.

Introdução

O conceito de crise em saúde mental, assim como o de loucura, sempre foi histórica e culturalmente construído a partir do contexto social em que se está inserido, variando em suas definições ao longo dos séculos. Da mesma maneira, a abordagem destes fenômenos transforma-se, o que conseqüentemente faz com que a compreensão destes conceitos influencie nas escolhas e ofertas de recursos de tratamento vigentes (Ferigato, Campos & Ballarin, 2007). De acordo com Dell'Acqua e Mezzina (1988), é difícil estabelecer uma única definição da crise no contexto da saúde mental. Qualquer tentativa de nomeá-la deve considerar a organização psiquiátrica existente na área e no momento histórico em questão.

No início do século XIX, a noção de crise no campo da psiquiatria é afetada pela intensificação dos estudos acerca da anatomia patológica na medicina tradicional, onde houve uma tentativa de individualização das partes do corpo em busca da loucura. A partir disso, o significado de crise vem atrelado ao diagnóstico de doença mental como prova de realidade para validação do psiquiatra enquanto médico, visto que tal demanda precisaria passar por este profissional visando posterior condução e internação. Como complemento, a “periculosidade social” vem a ser justificativa para o isolamento como tratamento do doente e

defesa social. Entretanto, esta abordagem suscitou questionamentos tanto sobre os direitos do paciente quanto aos custos financeiros de uma internação prolongada, contribuindo para o início do processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos (Jardim & Dimenstein, 2007).

A partir disso, estratégias de controle social passaram a ser consideradas mais efetivas, o que implica em prever e prevenir comportamentos para minimizar os riscos de agudização e cronificação do sofrimento psíquico. Assim, a Medicina Preventiva e, posteriormente, a Psiquiatria Preventiva surgem com o preceito de priorizar o cuidado em saúde mental ao invés do tratamento da doença mental. E, tendo em vista que a explicação da causa da doença mental é fundamentada na noção de crise, sua intervenção é baseada na prevenção desta, pois a crise seria “a responsável por deixar o indivíduo suscetível ao adoecimento psíquico, já que pressupõe um desequilíbrio que é o oposto do equilíbrio preconizado por essa concepção de saúde” (Jardim & Dimenstein, 2007, p.175).

O conceito de crise é polissêmico, pois está rodeado de significados e sentidos diversos, e com isso compõe o discurso de múltiplos espaços também (Martins, 2017). A origem grega da palavra crise (*krisis*) caracteriza um estado no qual uma decisão tem de ser tomada. Em sânscrito, a mesma é traduzida por *kri* ou *kir* – e significa “desembaraçar” ou “purificar” (Ferigato *et al.*, 2007). Slaikeu (1996) traz como exemplo o ideograma chinês correspondente à “crise”, o qual é representado por duas figuras: uma que significa “perigo” e outra “oportunidade”, mostrando que esta palavra remete a um “ponto de mudança”, em que é possível sanar ou adoecer, assim como melhorar ou piorar (Sá, Werlang & Paranhos, 2008). Deste modo, pode-se dizer que esta palavra está carregada de elementos que envolvem separação, mudança e desequilíbrio transitório com oportunidade de crescimento (Ferigato *et al.*, 2007).

Apesar de o momento da crise apresentar potencial de criação e inovação, a retirada do sujeito de seu estado habitual e necessidade de tomada de decisão gera incômodo, o que acarreta em sofrimento. Em uma sociedade onde há rigidez e cobrança acerca da identidade pessoal, profissional, entre outras, essa experiência é dolorosa (Martins, 2017). Em um momento difícil, há elevação de estresse enquanto nosso organismo estimula a busca de recursos psíquicos para obter equilíbrio. Caso sejam ineficientes as respostas, há mobilização de mais recursos, que podem levar à resignação, à aceitação e à adaptação, diminuindo o problema. Entretanto, se é mantido o nível de tensão pode haver eclosão da crise (Fialho, 2014).

A crise pode ser definida como um estado em que o sujeito paralisa diante de um obstáculo necessário para atingir uma meta importante de sua vida, pois lhe é impossível transpor este obstáculo com o uso de métodos rotineiros para a solução de problemas. Com isso, há uma “desorganização” seguida por um período de “transtorno” – a própria crise – durante o qual diferentes esforços se apresentam insatisfatórios para a resolução do conflito. A partir desta situação, encontra-se a possibilidade de adaptação para melhores ou piores resultados (Ferreira-Santos, 1997).

No mesmo sentido, Liria e Veja (2002) entendem que um período de crise possibilita uma ameaça à saúde mental ou uma oportunidade de mudanças que permita um funcionamento melhor do que anteriormente diante de um novo desencadeamento da crise. Com isso, se a crise é resolvida de forma satisfatória, pode auxiliar no desenvolvimento do indivíduo; caso contrário, constitui um risco e aumenta a vulnerabilidade para a estruturação de transtornos mentais. Portanto, a crise pode ser tida como uma condição de reação frente a uma situação de perigo, com capacidade de ameaça à integridade da pessoa e, com isso, os sinais e sintomas clínicos podem aparecer como resposta ao estado de crise (Sá *et al.*, 2008).

Os serviços de emergência psiquiátrica nascem com o objetivo de adaptar o indivíduo desajustado, promovendo o atendimento no momento crítico com o auxílio de fármacos e contenção, visando o retorno ao estado normalizado e prevenindo o agravamento da “doença mental”, “internações desnecessárias” e possíveis gastos financeiros. Mas após um período, a assistência psiquiátrica no Brasil passa a se encontrar em situação de superlotação e índices exorbitantes de mortalidade, o que resulta em investimento em soluções sanitárias para a rede de saúde pública, estruturação de níveis de atenção e implantação de serviços extra-hospitalares (Jardim & Dimenstein, 2007).

No entanto, a loucura fora dos muros dos hospitais segue incomodando, pois ela “quebra” a normalidade. Assim, a medicação instrumentaliza a norma e passa a ser ferramenta essencial para uma pseudoconvivência em sociedade, visto que o louco não é acolhido por ela, mas sobrevive à sua margem (Jardim & Dimenstein, 2007). Entende-se, com isso, a importância de compreender as particularidades de cada época e suas relações com os fenômenos clínicos atuais. Conhecer a história e perfil de uma população permite a construção de dispositivos alinhados às necessidades destes sujeitos de acordo com o período e contexto atual, o que, por sua vez, incide na eficácia do acolhimento e tratamento (Macêdo, Filho, Sotelo, Belaga & Santimaría, 2010).

Discussões sobre a cronificação dos usuários, o modelo biomédico, a violação dos direitos humanos e de cidadania ocasionaram no surgimento de novas iniciativas políticas,

científicas e sociais, pautadas em um novo modo de pensar sobre o processo saúde-doença (Zeferino, Cartana, Fialho, Huber & Bertoncello, 2016). Muito já se avançou na qualificação do cuidado em saúde mental com a Lei nº 10.216 da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001) e com a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que possibilitou a organização de ações e serviços de saúde voltados à integralidade do cuidado (Fialho, 2014).

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, compreende estratégias e diretrizes que visam organizar a atenção e assistência a pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental, isto é, relacionadas a transtornos mentais graves e persistentes e a quadros de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, buscando consolidar um modelo de tratamento do usuário direcionado ao convívio com a família e a comunidade, ao invés do isolamento. Deste modo, visando o acolhimento destas pessoas em sofrimento psíquico, foi preconizada a necessidade de uma rede de cuidados de base territorial, comunitária e intersetorial: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Ministério da Saúde, 2019b; Secretaria de Estado da Saúde, 2019; Fialho, 2014).

A RAPS foi instituída pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e a atenção de urgência e emergência (Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro) é um de seus componentes, assim como a atenção básica em saúde, a atenção psicossocial especializada, a atenção residencial de caráter transitório, a atenção hospitalar, as estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (Brasil, 2011). Recentemente foram incluídas novas resoluções e portarias em relação à composição da RAPS, que vão à contramão das propostas da Reforma Psiquiátrica e trazem implicações quanto ao cuidado da crise em saúde mental em contextos de emergência geral, estando previstos a inclusão do hospital psiquiátrico, hospital-dia e ambulatórios especializados na RAPS e o financiamento do Ministério da Saúde para a compra de aparelho de eletroconvulsoterapia (Ministério da Saúde, 2019c).

Tendo como propósito a valorização do cuidado ao sujeito, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), propõe a reorganização dos serviços de saúde mental de forma integrada, a ampliação e a diversificação das ações e equipamentos de saúde. Além disso, visa garantir acesso universal e cuidado integral com qualidade para pessoas em sofrimento psíquico. Este cuidado deve ser pensado como um espaço de estímulos e oportunidades ao sujeito, reconhecendo este como cidadão de direitos e implicado na produção de sua saúde, e

não apenas focado na realização de diagnósticos ou em práticas que limitem sua autonomia (Zeferino *et al.*, 2016).

A RAPS deve articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade (Ministério da Saúde, 2019a). Neste sentido, cita-se também a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que busca uma melhor organização da assistência em saúde, visando ampliação do acesso, acolhimento e atendimento aos usuários com quadros agudos em todas as portas de entrada de serviços de saúde do SUS, entre outras diretrizes (Fialho, 2014).

Discute-se muito a integralidade do cuidado entre outros dispositivos do campo da saúde mental, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto a articulação com o hospital geral é pouco abordada, apesar de este ser também considerado porta de entrada pela RAPS. A Portaria 2048/GM (Brasil, 2002) aponta que a atenção à crise em saúde mental é responsabilidade dos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais, e de outros dispositivos da RUE – como policlínicas e UPA's, devendo assumir uma posição estratégica no cuidado das pessoas em crise psíquica aguda e com transtornos psíquicos (Paulon, Chaves, Leite, Nogueira, Castro, Pereira, Londero & Trepte, 2012). Dito isso, o objetivo deste artigo consiste em relatar e discutir as possibilidades de atuação da Psicologia diante da crise em saúde mental na Emergência Adulto do HU/UFSC.

A escolha da autora pelo tema esteve permeada pelo interesse prévio no campo da crise em saúde mental, mas também acompanhada da necessidade de discussão deste tema no âmbito hospitalar, visto que a Emergência Adulto é uma unidade que lida diariamente com demandas relacionadas ao tema e, no entanto, percebe-se que muitas vezes pode haver uma dessensibilização e desconhecimento diante destas situações.

A Psicologia na Unidade de Emergência Adulto HU/UFSC

A descrição deste relato de experiência vem a partir da vivência de uma residente do segundo ano de Psicologia na área de Urgência e Emergência, especificamente na Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com inserção por meio da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS). A residente integra a equipe de Psicologia neste setor. Este programa de Residência Multiprofissional tem duração de dois anos e apresenta uma perspectiva teórico-pedagógica interligada aos princípios e diretrizes do SUS,

a partir de atividades teóricas e teórico-práticas atreladas à supervisão de preceptores e à responsabilidade de tutores (Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, 2013).

O HU/UFSC é uma instituição que tem como objetivo realizar atendimentos em saúde à comunidade e oferecer o aprendizado necessário a estudantes de vários cursos de graduação e pós-graduação da UFSC, caracterizando-se como um hospital escola. Atua nos três níveis de atenção secundária e terciária, assim como presta atendimentos nas mais diversas especialidades (Cabral, Camargo, Darosci, Marques & Silveira, 2017). É também referência no acolhimento a casos de intoxicação exógena, o que engloba situações de tentativa de suicídio por vários tipos de intoxicações – por medicamento, agrotóxico, veneno, álcool e outras drogas, além de intoxicações exógenas acidentais e casos de overdoses relacionados a situações de uso abusivo de álcool/drogas e dependência química.

O Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC) fica localizado dentro deste Hospital, e dá suporte laboratorial e assistencial a estes casos. Alguns profissionais deste serviço (CIATox/SC) visualizaram a relevância do Serviço de Psicologia especificamente direcionado para a Unidade de Emergência Adulto, considerando a quantidade significativa de casos de tentativa de suicídio – sendo esta uma demanda de atenção em saúde mental, e por consequência, de intervenção psicológica. A verificação desta necessidade contribuiu para o estabelecimento de uma equipe de Psicologia neste setor, fixa desde o ano de 2009. No entanto, apesar dos casos de tentativa de suicídio compreenderem maior parte da demanda para atendimento psicológico nesta unidade, há outras demandas de atendimento, que serão abordadas mais adiante neste artigo.

A equipe de Psicologia atualmente é composta por duas psicólogas efetivas, duas psicólogas residentes e uma estagiária graduanda em Psicologia. Esta equipe acompanha o paciente que apresenta demanda psicológica de urgência e sua rede de apoio durante todo o processo de acolhimento, observação e internação nesta unidade e articula o seguimento da assistência com a rede de atenção psicossocial. As atividades são compreendidas em: levantamento das demandas da unidade, levantamento de informações sobre o paciente a ser atendido, atendimento psicológico ao paciente e à rede de apoio (acolhimento, avaliação e intervenção), discussão do caso com a equipe do HU, definição de encaminhamentos, registro em prontuário e articulação com a rede de saúde e intersetorial, e contato posterior para monitoramento da adesão ao encaminhamento nos casos de tentativa de suicídio ou que configurem crise importante a ponto de necessidade de busca ativa (Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, 2015).

No contexto de atendimento psicológico às demandas psicológicas de pessoas em situação de crise, utilizaram-se, além dos princípios e diretrizes do SUS, outros recursos de intervenção que nortearam a atuação desta autora e as reflexões sobre as possibilidades de atuação da Psicologia na atenção à crise em saúde mental, como os conceitos da escuta psicanalítica, da psicoterapia de crise e na psicoeducação. A psicanálise tem como pontos centrais a escuta à subjetividade como ferramenta e a associação livre como instrumento de trabalho. Compreende que no contexto do hospital geral, a morte aparece como questão central, assim como as várias formas que o sujeito encontra para lidar com sua possibilidade. Assim, diante da urgência orgânica surge também uma urgência psíquica, e é nesse contexto que o trabalho será realizado, considerando três vertentes: paciente, família e equipe (Moura, 1996).

Além de a psicóloga residente ter como base a escuta psicanalítica, é importante ter em mente que as situações de crise em saúde mental demandam também intervenções mais ativas do profissional, considerando circunstâncias emergenciais, como a perturbação mental em que o paciente se encontra, a necessidade de avaliação do risco e a articulação da continuidade do cuidado. Para tanto, utilizam-se recursos da psicoterapia de crise – ou de apoio, e da psicoeducação. Neste momento, não há ênfase em mudanças de personalidade ou na abordagem de conflitos inconscientes. Na psicoterapia de crise, o foco da intervenção deve permanecer no que pode ser mudado para reduzir o sofrimento psíquico e para fortalecer os recursos protetivos àquele momento (Botega, 2015).

Como ferramenta da psicoterapia de crise, a psicoeducação é utilizada para trazer ao paciente de maneira diretiva algumas informações e orientações, com o objetivo de promover alívio e fornecer apoio neste momento de angústia. Lembrá-lo do caráter transitório dos sintomas depressivos, que trazem várias limitações na articulação do pensamento e da comunicação por palavras, pode ajudá-lo a compreender que não há problemas em não encontrar um sentido para a vida neste momento, e de que isso faz parte de uma experiência sofrida, porém limitada no tempo. O profissional deve estar pronto para emprestar sua esperança neste período de incertezas, e auxiliá-lo na condução de estratégias para a sua segurança e elaboração de alternativas possíveis (Botega, 2015).

Crise, urgência e emergência em saúde mental: definição dos conceitos

Antes de descrever as situações de crise em saúde mental e as possibilidades de atuação da Psicologia na Emergência Adulto do HU/UFSC, é necessário definir conceitos

que também estão atrelados ao trabalho psicológico no âmbito da urgência em saúde mental, uma vez que a psicologia atua em equipe multidisciplinar. Deste modo, torna-se necessária a compreensão dos conceitos de emergência/urgência psiquiátrica e risco psiquiátrico, oriundos do saber médico. É necessário também lançar um olhar crítico sobre esses conceitos visando buscar a complexidade da atuação da psicologia junto à equipe. Com isso, agrega-se o conceito de urgência subjetiva, que introduz a subjetividade no contexto da urgência em saúde mental e se pauta na visão do próprio sujeito que se vê em situação do sofrimento. Por ora, todos estes termos parecem estar intimamente relacionados, entretanto, é importante entender as diferenciações que os sustentam, para compreender a forma com que se relacionam.

Segundo a Resolução 1451/95, o Conselho Federal de Medicina (CFM) define *urgência* como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” Já o termo *emergência* seria “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”. Assim, no contexto de uma emergência geral, o emergencial é classificado como algo que ocorre subitamente e o urgente como aquilo que tem premência. Estão, portanto, estreitamente ligadas aos conceitos de imprevisibilidade e risco, porém demarcam-se pela variável do tempo, por uma exigir uma intervenção mais rápida do que a outra (Fialho, 2014).

De forma aproximada, as emergências psiquiátricas são vistas como uma condição que necessita atendimento imediato, tendo em vista o risco que muitas delas impõem à pessoa e ao seu entorno. Deste modo, as palavras *crise* e *urgência psiquiátrica* vêm associadas à ideia de um sofrimento psíquico grave, complicado ou por comorbidades clínicas, como depressão, esquizofrenia, bipolaridade, transtorno de personalidade borderline, entre outros. São, portanto, definidas como “uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente”, com o objetivo de prevenir riscos à saúde psíquica, física e social do indivíduo e a de outros (Fialho, 2014).

A relação da urgência psiquiátrica com a palavra *crise* vem a partir do reconhecimento de situações em que o denominador comum é o sofrimento psíquico grave, complicado ou não por comorbidades clínicas (Fialho, 2014). Sabe-se que o aspecto negativo atribuído ao sentido de crise no âmbito da psiquiatria apresenta prevalência neste meio, fazendo com que a mesma seja compreendida como um processo prejudicial que deve ser suprimido rapidamente (Ferigato *et al.*, 2007). Dell’Acqua e Mezzina (1988) sugerem que

existe um momento onde os fatores emocionais, psicológicos, relacionais e sociais assumem as características da crise e se tornam de interesse psiquiátrico específico. Assim, o ingresso da pessoa em crise no circuito psiquiátrico é definido de acordo com fatores relacionados aos sistemas de reconhecimento, aos limites de sofrimento e do distúrbio, à periculosidade social, à miséria individual, ao peso das relações familiares ou de trabalho, à diversidade de comportamentos, à intolerância e à violência da particularidade do tecido social em questão.

Fialho (2014) acredita que estas visões são influenciadas por uma compreensão biomédica dos fenômenos psíquicos, contendo uma percepção de crise pautada no patológico, acentuando o estereótipo de periculosidade ligado a pessoas com transtorno mental no imaginário social, além de legitimar a separação entre crise e a vida global do sujeito. Sugere também que esta abordagem pode resultar na dificuldade de acesso ao cuidado, a partir do momento em que o usuário precisa se enquadrar no que é ambivalentemente entendido como urgência/emergência com base no discurso biomédico.

Giglio-Jacquemot (2005) identifica critérios utilizados por trabalhadores de serviços de ponto-atendimento construídos com o tempo e experiência no serviço, para avaliar os usuários a partir de graus de hierarquização de risco, como: capacidade de deambular, grau de nervosismo e “poder de mobilização” do usuário e sua rede social. A compreensão do que é urgente ou emergente também perpassa por uma série de julgamentos morais, muitas vezes pautados na possível veracidade destas urgências, na diferença de tratamento a partir de diferenças socioculturais, no menosprezo de doenças crônicas, entre outros. Esta autora ainda destaca o descrédito das equipes ao que se é considerado “psicológico”, tanto o sofrimento físico quanto moral, além do negligenciamento da importância da produção de vínculo e da responsabilidade na integralidade do processo de produção de saúde (Fialho, 2014).

Paulon *et al.* (2012) apontam que esse risco que abrange o conceito de emergência – sendo ele tão eminente, contribui para que outros aspectos primordiais do cuidado sejam esquecidos, entendendo que a produção de vínculo, por exemplo, não seria uma prioridade neste momento. Em contrapartida, Le Coutour (1991) propõe um conceito ampliado de *urgência*, sinalizando que para os usuários ou familiares ela está associada a uma ruptura de ordem do curso da vida e relacionada ao imprevisível e inesperável, enquanto que para os profissionais de saúde sua dimensão se relaciona ao prognóstico vital em certo intervalo de tempo, e para as instituições corresponde a uma perturbação de sua organização e ao que não pode ser previsto.

Portanto, considerando as divergências diante das terminologias, o Manual de Regulação Médica de Urgências (Brasil, 2006) propõe a adoção do termo *urgência* para todos

os casos agudos que necessitem de cuidados, indicando avaliação multifatorial por meio de níveis de urgência de prioridades absoluta, moderada, baixa e mínima ou por graus de urgência pautados pela gravidade do caso, atenção, valência e tempo para iniciar tratamento (Fialho, 2014).

O caráter súbito, o tensionamento contrário à ideia de permanência e estabilidade e a necessidade de cuidado imediato são instâncias que unem os conceitos de urgência e crise. A introdução da dimensão da subjetividade no atendimento das urgências dá um novo significado à crise, fazendo a urgência de restabelecimento de equilíbrio dar lugar a um momento privilegiado no qual o sujeito pode ter acesso a novas formas de organização para si e seu cotidiano. Com isso, o sintoma que frequentemente é apagado pela equipe de saúde, passa a ser escutado e pode ser reelaborado (Fialho, 2014).

Jardim e Dimenstein (2007) destacam que a crise se torna urgência psiquiátrica a partir da avaliação dos responsáveis pelo indivíduo que, ao perceberem sintomas de sofrimento, acionam o serviço de saúde mental. Uma urgência psiquiátrica caracteriza-se por uma situação de transtorno de afeto, pensamento e comportamento de tal forma disruptiva que o sujeito, familiares ou sociedade consideram a necessidade de cuidado imediato. Assim, a crise transmuta-se em urgência na medida em que interfere, de forma incisiva, na rotina familiar, do responsável e mesmo do serviço de saúde a ele vinculado (Campos, 2015). Deste modo, cabe à psicologia reconhecer a crise que está se definindo no contexto vital do sujeito, lembrando que a disrupção implica em sofrimento intenso e risco para o paciente, caso venha acompanhado de uma comorbidade clínica. O psicólogo não pode ignorar comorbidades clínicas e os riscos associados às urgências psiquiátricas. Por isso, na emergência geral, busca-se a avaliação psiquiátrica sempre que necessário.

Segundo Ferigato *et al.* (2007), “a crise pode ser designada como uma experiência em que há algo insuportável, no sentido literal de não haver suporte”, onde também não há representação, e tampouco um nome. Neste sentido, entende-se que há algo que extravasa o delimitado, rompendo a capacidade de simbolização. No mesmo sentido, Sotelo (2005) utiliza o termo “urgência subjetiva” como equivalente de crise, definindo a dimensão psíquica da urgência como algo que não necessariamente aparece de forma imediata e que está ligado à maneira particular com que o “horror” chegou a cada pessoa. O termo em destaque está ligado à noção de trauma, que designa uma vivência onde há um grande aumento da excitação da vida psíquica em um curto espaço de tempo, tendo como característica o fracasso de sua liquidação por meios habituais. É definido pela intensidade e incapacidade que o sujeito se encontra ao responder de forma adequada, pelo transtorno e

pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica (Ferigato *et al.*, 2007).

A psicologia deve sempre ter o olhar direcionado para estes conceitos mencionados, desde quando a pessoa entra na emergência, mesmo que ela não tenha sido encaminhada para a psicologia. Ainda que no acolhimento e classificação de risco da enfermagem este olhar não apareça, é necessário que a psicologia busque construir esse olhar junto à equipe, sempre que possível. Por isso, mais adiante, foram eleitas várias situações de crise em saúde mental, não se restringindo o trabalho da psicóloga às urgências psiquiátricas que são visadas pelo saber médico.

A respeito de diretrizes e estratégias de cuidado da crise em saúde mental na RAPS, Campos (2015) traz recomendações para a abordagem e a intervenção no momento da crise, que também podem ser utilizadas na emergência geral, sendo elas: a leitura da crise em termos de risco e vulnerabilidade – que contempla avaliações clínicas do estado físico e mental, a sequência de verificação de funções vitais, e a situação do nível de gravidade, urgência e prioridade clínica do caso; e a continência – que é um conjunto de ações que visam modular, atenuar e reduzir o risco, a tensão, o conflito e o sofrimento ali presentes. Esta prática visa não individualizar o sofrimento, mas intervir de modo amplo, de maneira a não ignorar os riscos e vulnerabilidades para novas crises e agravos a saúde.

Na leitura da cena, devem-se articular fatores de risco e vulnerabilidade, compreendendo que o risco é definido como “risco para si e para outrem”, em termos de agressão e violência, e se encaixa como eixo principal para determinar o grau de urgência da situação. Nesta avaliação, o risco deve complementar-se com a vulnerabilidade da pessoa em sofrimento mental, considerando seu contexto e realidade. A vulnerabilidade está relacionada à probabilidade de o paciente ter sofrido violência (sexual, física, psicológica, doméstica, moral), porém neste contexto de atuação também está relacionada a fatores de risco envolvendo suicídio, autoagressão em geral, negligência e autonegligência, fenômenos que envolvam preconceito, discriminação e outros processos de exclusão. Este último conceito expressa de forma mais ampliada o contexto da experiência histórica e social da pessoa em sofrimento mental na sociedade (Campos, 2015).

Situações de crise em saúde mental: reflexões e recursos de intervenção acerca das demandas psicológicas atendidas na Emergência Adulto do HU/UFSC

Após as definições dos conceitos de crise, urgência e emergência, neste tópico relatam-se as situações de crise em saúde mental, assim como as possibilidades de intervenção psicológica com pessoas em sofrimento. Para tanto, foram elencados dez temáticas principais que compõem o âmbito do setor “Emergência Adulto” do HU/UFSC: crise suicida; violência; vulnerabilidade psicossocial (sofrimento ético-político); uso abusivo de álcool/substâncias; comunicação de más notícias; dor total/crise do morrer; luto; reações psíquicas agudas; transtornos mentais; e comportamentos autolesivos. Existem outras situações que também apresentam demandas psicológicas, entretanto estas foram selecionadas por caracterizarem o perfil de maiores demandas em saúde mental, e que são percebidas, encaminhadas e triadas pela equipe de saúde multiprofissional e pelo setor de Psicologia.

Há características tanto similares quanto singulares no atendimento psicológico às temáticas elencadas, e para tanto são utilizados procedimentos e ferramentas de acordo com as especificidades de cada situação. Porém, o conceito de *intervenção psicológica* é um dos grandes norteadores da atuação, uma vez que é um procedimento que propõe atuar por meio de ferramentas como o acolhimento, escuta qualificada, reflexões, apontamentos, avaliação e orientações durante o período de desequilíbrio, facilitando e aliviando o impacto direto do evento traumático (Sá *et al.*, 2008).

Tem como objetivo resgatar a parte saudável preservada da pessoa, assim como seus recursos psicossociais, para que se possa buscar um ajustamento diante dos efeitos do estresse. Busca-se facilitar as condições necessárias para que a própria pessoa se implique ativamente em um novo modo de enfrentamento diante das situações difíceis. No momento da crise, as defesas deste sujeito podem estar reduzidas, e se este for o caso, possivelmente ele se encontra mais receptivo a buscar e aceitar auxílio, o que pode proporcionar resultados mais efetivos diante destes esforços (Sá *et al.*, 2008).

A temática de maior demanda psicológica encontrada durante período de residência foi a *crise suicida*. Botega (2015) utiliza este termo para abranger todos os componentes que envolvem o fenômeno do suicídio: pensamentos de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio. O que se percebe neste momento de crise é “um sujeito diante do impossível de suportar e é isto que precisa ser escutado” (Baroni & Kahhale, 2011, p.59). Por este motivo, a postura do profissional deve ser fundamentada na postura de suporte, que significa afirmar a realidade do acontecimento da crise, sustentando sua força destrutiva para que o sujeito encontre destinos mais criativos (Ferigato *et al.*, 2007).

Este momento exige do psicoterapeuta um papel mais proativo em suas intervenções, considerando que na crise suicida os recursos egoicos e a esperança do paciente encontram-se enfraquecidos. Busca-se reforçar mecanismos de defesa adaptativos e aspectos sadios da personalidade, afastar pressões ambientais que estejam incrementando a crise, adotar medidas que visem ao alívio de sintomas e de condutas impulsivas, reforçar e estimular a autoestima do paciente, e restabelecer habilidades adaptativas a um nível aceitável e seguro de funcionamento (Botega, 2015).

É importante ressaltar que a abordagem psicanalítica diante da urgência pode ser pensada considerando o sujeito e suas produções subjetivas frente ao encontro com o Real, ou seja, com a realidade de fato. Nesse sentido, a urgência pode ser tida como uma oportunidade para uma nova tomada de posição do sujeito frente às suas questões, dando-o a oportunidade de lidar com elas de forma inédita e diferente do que a anterior. Desta forma, a proximidade com a morte incita à resignificação da vida (Baroni & Kahhale, 2011). O sujeito não tem registro simbólico do que é a morte, portanto, o que se encontra geralmente na experiência prática a partir desta escuta é o objetivo deste sujeito de querer parar de sofrer e não o de querer propriamente morrer. Considerando a fragilização de recursos de enfrentamento, a tentativa de suicídio se configura como último recurso psíquico encontrado no momento em um ato de desespero.

Assim como a tentativa de suicídio – uma forma de autoagressão (violência contra si), pode ser compreendida como um recurso psíquico de enfrentamento fragilizado em um momento de crise, do mesmo modo o sofrimento psíquico pode encontrar outra via, a heteroagressão (violência contra o outro). A *violência*, assim como a crise suicida, é um fenômeno que envolve desde o desejo de agressão ao outro, ideação homicida a diversos tipos de violência. Na Emergência Adulto, chegam situações por violência de forma explícita ou implícita, assim como também é possível identificar violências simbólicas, psicológicas, físicas, sexuais, verbais, conjugais, intrafamiliares, policiais, entre outras, a partir de relatos durante atendimento.

Assim como na crise suicida, quando se identifica um sofrimento atrelado a um contexto de violência, o profissional deve dar suporte emocional e escutá-lo de forma atenta a identificar possíveis fatores de risco e de proteção. Neste âmbito, há a oportunidade de compartilhar e organizar o cuidado de forma mais constante com a equipe do Serviço Social. Os casos que envolvem a crise suicida e a violência demandam bastante agilidade, conhecimento e responsabilidade dos profissionais para articular condutas com a equipe do hospital e outros componentes da rede de saúde e atenção psicossocial. É importante destacar

que esta responsabilização não termina com a alta hospitalar do paciente, compreendendo que o hospital faz parte de uma rede que deve visar à integralidade do cuidado desde a promoção de saúde e prevenção de novas internações.

As situações de violência remetem ao terceiro tema elencado, a *vulnerabilidade psicossocial*. Nestes casos, são visualizados contextos em que o sujeito se encontra vulnerável psicologicamente e socialmente, podendo compreender a situação de rua, a pobreza, o uso abusivo de álcool/substâncias psicoativas, e a violência como exemplos de fatores de risco para uma situação de vulnerabilidade psicossocial. Especialmente nestes casos, é fundamental que o sujeito ou família estejam vinculados a serviços que acompanhem de forma mais efetiva o território, como a Unidade Básica de Saúde (UBS), Abordagem de Rua e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Durante a observação ou internação hospitalar deste paciente, o profissional pode entrar em contato com a equipe que lhe acompanha para repassar e discutir o caso ou solicitar busca ativa em seu território, visando o fortalecimento de vínculos e a prevenção de situações de risco.

Entende-se que a vulnerabilidade psicossocial não é um fenômeno isolado e desprendido do contexto social, histórico, cultural e político de cada região. Está relacionada diretamente à desigualdade social construída e mantida historicamente em nosso país. Sawaia (1999) utiliza o termo *sofrimento ético-político* como conceito-chave para a compreensão da dimensão psicossocial do processo de exclusão/inclusão em contextos sócio históricos de desigualdade social. Entende-se que este sofrimento não é um sofrimento de ordem individual, advindo de desajustamentos e adaptações, mas sim um sofrimento determinado pela situação social, o que limita significativamente a possibilidade de luta contra os efeitos deste contexto em que esta pessoa está inserida (Bertini, 2014).

Em relação aos casos na Emergência Adulto que englobam o *uso abusivo de álcool/substâncias*, há uma amplitude de circunstâncias em que o sujeito pode se encontrar: intoxicação exógena acidental ou sem dimensão da gravidade do risco, intoxicação exógena proposital e com ideação suicida, dependência química, encefalopatia hepática, agudização de doenças crônicas e/ou necessidade de transplante de fígado em decorrência do uso, abuso e dependência, entre outras. Cada situação englobará características próprias e demandas diferentes, que exigem conseqüentemente manejos diferentes no momento do atendimento.

No entanto, em comum aos atendimentos que abordam o uso abusivo de álcool/substâncias, deve-se considerar que a droga em questão apresenta uma função na relação deste sujeito com ela, e que simplesmente retirá-la, pode ocasionar efeitos mais negativos do que positivos. Ao ver este uso como sintoma do sujeito, é possível compreendê-

lo em sua integralidade, e com isso propor uma intervenção não somente baseada em aspectos fisiológicos. Em casos de possibilidade e disponibilidade do paciente para acompanhamento ambulatorial, é importante explicar o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (CAPSad) tanto ao paciente como aos familiares.

Outro tema recorrente na Emergência Adulto, que pode estar permeado por um momento de crise, é a *comunicação de más notícias*. O paciente chega a um contexto de urgência e emergência, ficando em observação e/ou internado para a equipe médica investigar do que se tratam seus sintomas. Enquanto o paciente aguarda alguma confirmação da equipe a respeito de um diagnóstico e prognóstico, podem surgir hipóteses que lhe tragam uma série de sentimentos ou a ausência deles, ocasionando na manifestação de estratégias de enfrentamento e de mecanismos de defesa. Durante esta investigação, o psicólogo deve se certificar antes, durante e após atendimento ao paciente, se há clareza e compreensão do mesmo acerca de seu quadro de saúde, por meio de discussão do caso com a equipe, levantamento de informações em prontuário, questionamentos e reflexões com o paciente e sua rede de apoio e monitoramento durante permanência no hospital.

A forma com que a equipe médica comunica a notícia do diagnóstico e prognóstico pode influenciar na reação do paciente, por isso é importante também que o psicólogo acompanhe a evolução dos casos para nortear suas possibilidades de intervenção. Por vezes apenas o paciente está ciente, ou apenas a família – dependendo do grau de lucidez do paciente, assim como há situações em que o paciente não quer que a família seja comunicada, e vice-versa. É importante que a Psicologia acompanhe estes casos e promova reflexões entre paciente, família e equipe, prezando pela autonomia e outros direitos do paciente.

O sexto tema elencado é a *dor total/crise do morrer*, que se constitui por um estado complexo de sentimentos dolorosos no paciente terminal. Saunders (1991) identifica como seus componentes: dor física; dor psíquica (medo do sofrimento e da morte, tristeza, raiva, revolta, insegurança, desespero, depressão); dor social (rejeição, dependência, inutilidade); dor espiritual (falta de sentido na vida e na morte, medo do pós-morte, culpas perante Deus). Posteriormente, foram acrescentadas pelo autor novas dimensões da dor: dor financeira (perdas e dificuldades); dor interpessoal (isolamento, estigma); dor familiar (mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia) (Carvalho, 2009).

Geralmente pacientes com este perfil se encontram em cuidados paliativos, que consistem em uma abordagem multiprofissional que visa à promoção do alívio, controle de sintomas e qualidade de vida. Os cuidados paliativos não têm o intuito de prolongar a vida e,

sim, favorecer qualquer tratamento que promova a qualidade de vida (Kóvacs, 1999). Esta abordagem implica de maneira significativa no cuidado compartilhado, onde a comunicação entre equipe, paciente e família é essencial para promover ao máximo qualidade de vida ao paciente.

Em relação ao tema do *luto*, é possível dizer que este faz parte do âmbito hospitalar de diversas formas, considerando que o processo de elaboração do luto não compreende apenas a morte, mas também a perda de saúde, de um membro amputado, da função renal, de qualidade de vida, da possibilidade de realizar uma atividade, entre outros. O luto inicia antes mesmo desta perda significativa, estando rodeado de significados em torno da possibilidade da falta até que esta se concretize, levando a um estado de luto antecipatório. No atendimento psicológico, deve-se estar atento se este luto antecipatório é saudável e se há uma organização familiar para tanto, ou se configura em um processo de luto complicado. Sendo este um momento de crise, é fundamental mapear os recursos de enfrentamento dos integrantes desta situação, assim como a assertividade da comunicação intrafamiliar, e construir em conjunto estratégias para atravessar este momento da melhor forma possível.

As dores do luto acabam por se confundir com as dores físicas, e todas elas interagem no processo de sofrimento (Fonseca, 2004). Este quadro de sofrimento pode levar em alguns casos à crise suicida, primeiro tema mencionado. O psicólogo deve estar atento à interpretação deste apelo caso ele ocorra, compreendendo a ideação suicida como um pedido de ajuda, de alívio do sofrimento da dor total (Dias, 1991). Para Parkes (1998), o desejo de não sofrer, de manter o controle, de ser lembrado por quem o ama do jeito que as coisas eram antes motiva algumas pessoas ao desejo de escolherem a hora da própria morte. Ao lidar com a dor total de um paciente em seu momento final de vida, o profissional pode se deparar com as possibilidades de dor ou aceitação da morte, mas sem dúvidas estará diante da dor da perda da vida, pois o sentimento de finitude traz dor (Carvalho, 2009).

Há situações de morte inesperada, devido a uma doença ou acidente, em que não há tempo possível para os mais próximos elaborarem este sofrimento de forma saudável. Lindemann e seus colegas do Hospital Geral de Massachussets introduziram novos conceitos sobre situações de crise a partir de reações agudas e tardias de sobreviventes e familiares das vítimas de um incêndio em uma boate, observando que o sofrimento apresentado era uma reação normal a uma situação angustiante, composta pelos seguintes sintomas: angústia somática, preocupação com a imagem do falecido, culpa, reações hostis e mudança nos padrões de comportamento. Por vezes, pessoas em crise podem apresentar reações de luto

distorcidas ou atrasadas. O processo de luto inclui conseguir emancipação do falecido, reorganização do ambiente e formação de novos relacionamentos (Fialho, 2014).

Em situações difíceis e inesperadas, é condição própria do ser humano vivenciar *reações psíquicas agudas* de ansiedade, tristeza, luto, raiva e desorganização psíquica. Estas reações podem emergir apenas uma vez ou de forma esporádica ao longo da vida, de acordo com o contexto e situação experienciada. O psicólogo deve ter disponibilidade interna para o atendimento e estar preparado para ouvir com atenção e sem julgamentos, tolerar sentimentos como a ambivalência, respeitar momentos de silêncio e choro, à medida que auxilia o paciente a visualizar outras alternativas e fatores de proteção à situação de crise (Botega, 2015).

Até o momento, fica claro que a crise tanto significa oportunidade de crescimento quanto representa vulnerabilidade para doenças mentais no momento em que há deficiência de recursos psíquicos (Caplan, 1980). Sintomas como tristeza, ansiedade, problemas para dormir, cansaço, sintomas somáticos, fazem parte da experiência da vida. É apenas quando esses sintomas estão agrupados em um padrão reconhecível, persistem ao longo do tempo e causam sofrimento ou comprometimento clinicamente significativos que se realiza um diagnóstico de transtorno mental (Frances, 2015).

Exemplos de *transtornos mentais* encontrados na Emergência Adulto são transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos bipolares, espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos relacionados a substâncias e comportamentos aditivos, transtornos neurocognitivos, transtornos da personalidade, transtornos alimentares e transtornos relacionados a sintomas físicos (Frances, 2015). Não necessariamente um paciente vem a esta unidade por complicações em função do transtorno, mas também por outros processos de adoecimento, tendo o transtorno mental como comorbidade.

É pertinente pontuar algumas especificidades dos transtornos mentais, como os transtornos neurocognitivos, que podem englobar quadros de *delirium*, que diferem do delírio, sintoma de quadros psicóticos. O *delirium* está associado a uma questão orgânica devido a uma doença crônica agudizada ou induzida por álcool/substâncias. O delírio consiste em crenças ilusórias que tomam uma falsa premissa e conduzem a uma conclusão sem lógica, e apresentam resistência a argumentos racionais e a evidências contraditórias convincentes (Frances, 2015). A confusão e perturbação mental, seja de qual origem for, podem afetar os familiares/acompanhantes por desconhecerem estes fenômenos e não saberem como reagir em relação a eles. O psicólogo deve estar atento para a necessidade de acolhimento, escuta e orientações nestes casos.

Outra especificidade que precisa ser destacada são as crises ou transtornos relacionados a sintomas físicos, que englobam transtornos somáticos e conversivos. Na Emergência Adulto, são atendidas situações em que há episódio conversivo, havendo demanda da equipe para discernir entre crise conversiva ou convulsiva. Frequentemente a Psicologia é chamada para esta avaliação, além da investigação médica. Entretanto, há diferentes diagnósticos de transtorno conversivo, podendo conter sintomas motores, sintomas sensoriais, convulsões e apresentação mista. O transtorno conversivo se dá quando a pessoa tem sintomas neurológicos que não podem ser explicados após uma investigação neurológica completa. Os sintomas mais comuns são convulsões, paralisia, problemas de movimentação e dificuldade para falar ou engolir e geralmente se manifestam após um evento estressante, expressam um conflito psicológico ou conferem um ganho secundário (Frances, 2015).

Considerando que esta unidade recebe adolescentes a partir dos quinze anos de idade, o último tema a ser refletido é de relevância significativa e consiste nos *comportamentos autolesivos*, que são comportamentos intencionais envolvendo agressão direta ao corpo, sem intenção consciente de suicídio, não aceitos socialmente e culturalmente. A autolesão sem intenção suicida pode acontecer em todas as idades, porém é mais frequente entre adolescentes, e dentro deste grupo, em mulheres. São exemplos mais comuns os cortes superficiais na pele, arranhões, mordidas, queimaduras, bater partes do corpo contra a parede e enfiar objetos pontiagudos no corpo. Atualmente, a quinta versão do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5) traz a autolesão não suicida como uma dimensão diagnóstica independente, e a coloca na categoria dos transtornos que necessitam de mais pesquisas e revisão de seus critérios diagnósticos (Fonseca, Silva, Araújo & Botti, 2018).

Características da personalidade, transtornos psiquiátricos, problemas sociais, problemas familiares, uso de substâncias psicoativas são considerados fatores de risco para estes comportamentos. Há dimensões intrapessoais e sociais atreladas à autolesão, podendo ter como função: remover sentimentos ruins, aliviar estresse e tensão, gerar sensação agradável, ser aceito em um grupo, chamar atenção para algo, esquivar-se de responsabilidades, entre outros. Apesar de não ser acompanhada ativamente por intenção de suicídio, a autolesão pode ser um fato preditor para o comportamento suicida (Fonseca *et al.*, 2018).

Entretanto, um paciente que venha a ser atendido na Emergência Adulto por tentativa de suicídio, pode utilizar como método a autolesão. Neste caso, os dois comportamentos estão associados de forma consciente. É importante mencionar que havendo ou não ideação

suicida no comportamento autolesivo, este está relacionado a uma dificuldade de encontrar recursos de enfrentamento funcionais para buscar outras alternativas neste momento de crise, o que implica na necessidade de compreensão e não julgamento dos profissionais de saúde que o acompanharem, e no fortalecimento de uma rede de apoio efetiva.

Tendo como base esta experiência na Emergência Adulto, em situações de risco iminente e fragilidade importante de rede de apoio realizam-se encaminhamentos ao Instituto de Psiquiatria (IPQ), pois não há em Florianópolis um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), modelo substitutivo proposto pela Reforma Psiquiátrica como referência nestes casos. Portanto, sendo o último nível antes da internação psiquiátrica, o serviço de urgência e emergência ocupa um lugar importante, por se tornar um observatório do sistema de saúde, lugar privilegiado para perceber os pontos em que o fluxo da rede estanca detectar problemas e desenvolver estratégias mais resolutivas (Jardim & Dimenstein, 2007).

Considerações finais

Destaca-se que apesar da escolha dos temas discutidos, há diversas outras possibilidades de apresentação de uma crise. A urgência subjetiva por vezes se confunde com a urgência orgânica, pois estas não podem estar separadas. A crise que irrompe no corpo, caracterizando urgência de atendimento, assim como a crise que se apresenta pelo ato, buscam uma superação pela palavra (Lacan, 1962-1963). A agudização do sofrimento e do adoecimento estão atreladas, e muitas vezes é difícil para a equipe, paciente e família compreenderem isso.

Quando se parte da compreensão de um sintoma de origem orgânica pré-estabelecida, não se questiona a origem psíquica desta somatização. Quando se tem uma situação considerada psicológica ou psiquiátrica, o sofrimento é minimizado e, por vezes, banalizado. A superação da visão cartesiana de separação entre mente e corpo e os julgamentos morais a partir desta compreensão se constituem em um desafio não somente no âmbito hospitalar e de trabalho, mas também no contexto sociocultural em que cada sujeito está inserido.

Apesar das reflexões acerca da crise em saúde mental terem sido discutidas a partir do olhar e atuação da Psicologia, há muito em comum entre as diferentes práxis, constituindo os campos de atuação multiprofissional, multidisciplinar e transversal. O profissional de saúde deve estar atento à necessidade de acolhimento e postura empática, visto que estas características não são de domínio exclusivo da Psicologia. No entanto, é papel do psicólogo verificar se há dificuldades, e intervir a partir de possibilidades de trabalho com a equipe,

atuando na propagação do conhecimento e capacitação de profissionais diante do manejo da crise e em relação à saúde mental de forma ampla.

Um indivíduo fora de si, sem controle, que apresenta risco para si e para outros, representa a corporificação do louco perigoso. Esta é a alusão mais comum à crise em saúde mental em todos os espaços, não somente no hospital. Os profissionais de saúde que atuam no hospital também são personagens desse imaginário social, compondo e subjetivando-se como trabalhadores constituídos e constituintes do mesmo poder normalizador. A partir dele, operam práticas de cuidados, definem diagnósticos, classificam riscos, caracterizam as necessidades daqueles que chegam ao hospital.

Não se pode ignorar o risco envolvido na agudização do sofrimento, porém é necessário atenção para que este serviço não se torne voltado somente para processos individuais, em detrimento de processos sociais de responsabilização e cogestão dos processos de saúde-doença. O olhar para o processo individual envolve compreender o diagnóstico subjacente ao sofrimento apresentado pelo paciente, porém, este olhar não deve ignorar os processos sociais, como estigmas e violências simbólicas, que estão expostos os pacientes em sofrimento psíquico. Deste modo, intervir no contexto de vida do sujeito, de sua família e de todo o seu contexto social é também um aspecto de extrema relevância na emergência geral.

É nessa direção que a problematização da organização social e reflexão acerca dos motivos que trouxeram este sujeito até ali deve ir, e não sucumbir a uma modalidade de atendimento que visa colocar os corpos “de volta aos seus lugares” (Paulon *et al.*, 2012). Pois ao individualizar a crise, inviabiliza-se esta problematização e o entendimento de que ela denuncia algo que vai além do sujeito, além da agudização de sintomas. A insistência do foco da crise no indivíduo diz respeito à impossibilidade dos serviços de se colocarem também em crise e de questionarem sobre sua dimensão e complexidade (Martins, 2017).

Abordar a crise em um contexto de urgência e emergência de um hospital-escola público, proveniente do SUS, implica relacionar e articular este com outros pontos de atenção da RAPS e da RUE. Isto significa que a assistência oferecida deve ser articulada com o restante da rede do SUS, desde o momento em que o paciente entra na instituição até sua saída. Verificar registros de atendimento anteriores na própria unidade e em outras é essencial para auxiliar na construção do projeto de continuidade do cuidado. Fala-se em construção de um projeto, pois este é definido conjuntamente com o paciente, de acordo com seu desejo e corresponsabilidade no tratamento.

O cenário vigente pode enfraquecer a perspectiva da integralidade e interdisciplinariedade do cuidado à crise em saúde mental, dependendo do direcionamento e ênfase que são dados às novas discussões em pauta, considerando a inclusão de novas portarias na RAPS a respeito da implantação de ambulatórios especializados de psiquiatria, do incentivo ao tratamento no hospital psiquiátrico e hospital-dia – o que vai à contramão da desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica, e do retorno da discussão sobre o tratamento em saúde mental com eletroconvulsoterapia. Neste último, é importante frisar, que em casos específicos como depressões profundas e em quadros catatônicos, sem resposta a nenhum outro tratamento, há indicação (Silva & Caldas, 2008). Entretanto, este deve ser o último recurso, e não correr risco de banalização quando há outras alternativas de tratamento possíveis.

Apesar dos esforços dos profissionais de saúde do SUS para o avanço, resgate e manutenção das propostas da Reforma Psiquiátrica, a estruturação dessa rede de serviços, cuja função é evitar o hospitalismo e favorecer a reinserção social, torna-se problemática exatamente por ainda manter o hospital psiquiátrico como espaço privilegiado, não dando ênfase às intervenções fora desta instituição.

Por fim, esta reflexão teórica a partir da experiência profissional da residente visou contribuir para o resgate da discussão acerca da importância do cuidado integral à pessoa em crise e do hospital geral como dispositivo fortalecedor da RAPS e da Reforma Psiquiátrica, considerando a reflexão crítica acerca das possibilidades de atuação dos profissionais de saúde no contexto de urgência e emergência como estratégia para a manutenção contínua deste cuidado. Considera-se que este debate é extremamente pertinente no âmbito da Psicologia, Residência Multiprofissional e Saúde Pública como um todo, considerando o desafio da manutenção dos princípios do SUS como norteadores do cuidado no cenário atual.

Referências

- Baroni, C. S. F. & Kahhale, E. M. P. (2011). Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. *Psicologia Hospitalar*, 9 (2), 53-74. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v9n2/v9n2a04.pdf>.
- Bertini, F. M. A. (2014). Sofrimento ético-político: uma análise do estado da arte. *Psicologia & Sociedade*, 26 (n. spe. 2), 60-69.
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: avaliação e manejo*. 302p. Porto Alegre: Artmed.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf

Brasil. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Cabral, S. B., Camargo, M., Darosci, M., Marques, A. A., & Silveira, S. R. (2017). *O serviço social na alta complexidade em saúde: reflexões sobre a ação profissional*. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180207/101_00527.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Campos, P. J de. (2015). A rede de atenção psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência. In: M. T. Zeferino. *Crise e Urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado* / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 3ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3303/Modulo2-Crise-2015-2_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.

Carvalho, M. M. M. J. (2009). A dor do adoecer e do morrer. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 322-328, dez. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200009&lng=pt&nrm=iso.

Dell'Acqua, G., Mezzina, R. (1988). *Resposta à Crise*. Revista Per la Salute Mentale – Pratiche Ricerche Culture dell'innovazione, Volume I, nº 1, Trieste, Itália.

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4553274/mod_resource/content/2/Texto%20Resposta%20a%20crise.pdf.

- Dias, M.L. (1991). *Suicídio: testemunhos do adeus*. São Paulo, SP: Editora Brasiliense.
- Ferigato, S. H., Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1). <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoacrise.pdf>.
- Ferreira-Santos, E. (1997). Teoria da crise. In: E. Ferreira-Santos. *Psicoterapia breve: abordagem sistematizada de situações de crise*. Editora Àgora, São Paulo.
- Fialho, M. B. (2014). Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: M. T. Zeferino. *Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental* / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3303/Modulo2-Crise-2015-2_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Fonseca, J. P. (2004). *Luto antecipatório*. Campinas, SP: Editora Livro Pleno.
- Fonseca, P. H. N. da, Silva, A. C., Araújo, L. M., C. de, & Botti, N. C. L. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 246-258. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&nrm=iso.
- Frances, A. (2015). *Fundamentos do diagnóstico psiquiátrico: respondendo às mudanças do DSM-5* / Allen Frances; tradução: Marcelo de Abreu Almeida; revisão técnica: Neury José Botega. 216p. – Porto Alegre: Artmed.
- Giglio-Jacquemot, A. (2005). *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. (2015). *Procedimento Operacional Padrão (POP) nº13 – PSI/HU*. Serviço de Psicologia. Unidade de Emergência Adulto. Florianópolis. <http://www.hu.ufsc.br/pops/pop-externo/download?id=159>.
- Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. (2013). *Residência Integrada Multiprofissional em Saúde*. Florianópolis. <http://www.hu.ufsc.br/setores/rims/>.

- Jardim, K. & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 13, p. 169-189.
- Kóvac, M.J. (1999). Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte. In Carvalho, M.M.M.J. (org.) *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo, SP: Summus Editorial.
- Lacan, J. (1962-63). *O seminário. Livro 10. A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- Le Coutour, X. (1991). *L'urgence en Basse-Normandie*. Caen: UFR de Médecine.
- Liria, A. F. & Veja, B. R. (2002). *Intervención en Crisis*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Martins, A. G. (2017). A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental*, 11(20), 226-242. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100012&lng=pt&tlng=pt.
- Macêdo, L. F., Filho, J. A. P., Sotelo, M. I., Belaga, G., & Santimaría, L. (2010). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.16, n.1, p. 1-16, abr.
- Ministério da Saúde. (2019a). Rede de Atenção Psicossocial. <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-de-atencao-psicossocial-raps>.
- Ministério da Saúde, (2019b). Saúde Mental. <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>.
- Ministério da Saúde, (2019c). Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Moura, M. D. de. (org). (1996). *Psicanálise e Hospital*. Livraria e Editora RevinteR Ltda.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo, SP: Summus Editorial.
- Paulon, S. M., Chaves, A. G. C. R., Leite, A.L., Nogueira, C. S., Castro, D. D. de, Pereira, L. C. D. V., Londero, M. F. P., Trepte, R. F. (2012). O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. *Polis e Psique*, vol. 2.
- Sá, S. D., Werlang, B. S. G., & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Volume 4, Número 1. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a08.pdf>.
- Saunders, C. (1991). *Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach*. Londres. Edward Arnold.

- Sawaia, B. B. (Org.). (1999). *As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Secretaria de Estado da Saúde. (2019). Governo do Estado de São Paulo. *Saúde Mental*. Humanização. <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental>
- Slaikau, K. A. (1996). *Intervención en Crisis: manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Silva, M. L. B. e, & Caldas, M. T. (2008). Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 344-361. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000200010>.
- Sotelo, I. (2005). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires, Argentina.
- Zeferino, M. T., Cartana, M. do H. F., Fialho, M. B., Huber, M. Z., & Bertoncello, K. C. G. (2016). Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. *Esc Anna Nery*, Santa Catarina, v. 20, n. 3, p.2-200, jun. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160059.pdf>.