



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Reyjane Barreira de Macedo Soares

A PSICOLOGIA E A ATUAÇÃO EM EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS: uma revisão
bibliográfica

Palmas – TO
2020

Reyjane Barreira de Macedo Soares

A PSICOLOGIA E A ATUAÇÃO EM EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS: uma revisão
bibliográfica

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como resultado parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.^a Me. Izabela Querido.

Reyjane Barreira de Macedo Soares

A PSICOLOGIA E A ATUAÇÃO EM EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS: uma revisão
bibliográfica

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado e
apresentado como requisito parcial para aprovação na
disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC
II) do curso de bacharel em Psicologia pelo Centro
Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.^a Me. Izabela Querido

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me. Izabela Almeida Querido
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.^a Dr.^a Ana Beatriz Dupré Silva
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.^a Me. Lauriane dos Santos Moreira
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO
2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos, Daniel, Maria Eduarda e Ana Laura pelo carinho e compreensão. E ao meu esposo Adonilton pelo apoio e por me ajudar a concretizar esse sonho. Amo vocês

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por me conceder saúde, sabedoria e paciência para enfrentar as dificuldades encontradas ao decorrer desse caminho.

Aos meus pais (Idelta e Adimar), e ao meu esposo (Adonilton) e filhos (Daniel, Maria Eduarda e Ana Laura) meu agradecimento eterno pelo apoio nos piores e, principalmente, nos melhores momentos. Sem vocês, eu certamente não teria enfrentado metade das adversidades surgidas nesse caminho. Aprendi a ser forte da melhor maneira possível, tendo exemplo dentro de casa. Obrigada mãe, pelas ligações diárias, sempre me confortando, que apesar de longe sempre pude sentir seu amparo.

Agradecimentos ainda aos meus irmãos (Juliana, Clerston e Dulce) pelo suporte, pelas palavras de encorajamento, quando pensava em desistir pelo caminho.

Homenagens à minha família e parentes, pelo suporte (principalmente meu tio Izael, tia Dena e prima Sarah) e todos os outros que de alguma forma me apoiaram e sempre me foram reconfortantes.

Aos amigos da faculdade, que se tornaram minha segunda família, tenho minha sincera gratidão. Não teria melhores pessoas para me acompanharem durante este período que tanto nos solicitou. Apesar das dificuldades pessoais e acadêmicas conseguimos tornar dias letivos mais leves, engraçados e felizes. Estávamos no mesmo barco em todas as ocasiões, principalmente nas ruins, no qual sempre fortalecemos uns aos outros.

À minha orientadora, Me Izabela Querido, pelo ensino e orientação dados para a realização deste trabalho. Seu apoio e compreensão foram imprescindíveis para a conclusão desta pesquisa, muito obrigada.

*“A nossa maneira de pensar, em grande parte,
determina se alcançaremos nossos objetivos”.*

Aaron Beck

RESUMO

SOARES, Reyjane Barreira de Macedo. **A psicologia e a atuação em emergências psiquiátricas**: uma revisão bibliográfica. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2020.

A atuação do psicólogo tem se tornado imprescindível dentro das redes de atenção à saúde. Na Rede de Atenção Psicossocial, especialmente nas emergências psiquiátricas, esse profissional é parte indispensável da equipe que atua nesse campo ainda que se configure em evento que ameace a integridade ou a vida. Objetivando aproximar à temática esse trabalho discute a atuação da (o) psicólogo (a) em emergências psiquiátricas, desde a sua inserção na saúde ao cuidado a ser realizado tanto na atenção hospitalar e na atenção estratégica. A proposta metodológica deste trabalho foi desenvolvida numa revisão bibliográfica narrativa de materiais publicados sobre o tema (livros, artigos científicos, dissertações e teses) para o levantamento de dados sobre as emergências psiquiátricas e a discussão da atuação do psicólogo e outros temas importantes ao cenário. No primeiro capítulo foi abordado as emergências psiquiátricas, apontando a definição do fenômeno, além de realçar os tipos de atendimentos realizados e a forma como é feito o manejo de situações dentro das emergências psiquiátricas. O segundo capítulo dedicou-se a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde, com o objetivo narrar como se deu esse processo em pontos julgados importantes pelo pesquisador e explanando acerca da importância do SUS para a atuação do psicólogo. No terceiro capítulo foi discutido sobre a Rede de Atenção Psicossocial e o abuso de drogas, visto que grande parte da demanda das emergências psiquiátricas são acolhidas e tratadas no Sistema Público de Saúde e grande parte da demanda é proveniente de abuso de drogas, além de que é nesta rede que estão centrados todos os nossos modelos e diretrizes para o cuidado em saúde mental. O quarto capítulo abordou a atuação e inserção do psicólogo na saúde, especialmente sua chegada pela saúde mental. No quinto capítulo é discutido sobre a atuação do psicólogo nas emergências psiquiátricas, perpassando por impasses e questões legais e aspectos éticos. O sexto e último capítulo contou com as discussões sobre impasses nas emergências psiquiátricas e aspectos éticos, onde foi possível perceber como atuação do psicólogo nesse cenário é permeado por tensões, além da discussão sobre a legislação que direciona a prática profissional. Foi possível observar como a presença do psicólogo nas emergências psiquiátricas é essencial, e que sua atuação precisa ser norteada pela legislação para que o profissional não pratique ações que possam ferir o Código de Ética profissional ou os direitos humanos.

Palavras chave: emergências psiquiátricas; atuação do psicólogo; urgência.

ABSTRACT

SOARES, Reyjane Barreira de Macedo. **A psicologia e a atuação em emergências psiquiátricas**: uma revisão bibliográfica. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2020.

The role of the psychologist has become essential in psychiatric emergencies, and this professional is an indispensable part of the team working in this field. Therefore, this work aimed to identify how the psychologist works in psychiatric emergencies attended in hospital care and strategic care. Having as specific objectives: to discuss how psychological suffering can lead the individual to experience a psychiatric emergency; Check within the national mental health care policy for assistance such as psychiatric emergencies the legislation and use within CAPS and hospitals; Delimit the recommended multidisciplinary treatment in cases of psychiatric emergencies; A proposal for this work was developed in a non-systematic bibliographic review or narrative of materials published on the topic for collecting data on a professional practice of psychologist in psychiatric emergencies. No first chapter was approached as psychiatric emergencies, it changed the definition and composition of these units, in addition to carrying out the types of care provided and the way in which situations are handled within psychiatric emergencies. No second chapter was addressed in the creation and consolidation of the Unified Health System, with the objective of conceding how this process took place and explaining the importance of SUS for the psychologist's performance. No third chapter was discussed as the Important Psychosocial Care Network, since most of the demands for psychiatric emergencies have demands that can later be referred for care. No fourth chapter was treated about a psychologist's performance in mental health, covering the public and private sphere of practice. It was possible to observe how the presence of the psychologist in psychiatric emergencies is essential and paramount and his performance needs to be monitored by legislation for professionals who do not practice unethical actions, who can access the professional Code of Ethics or human rights.

KEY-WORDS: psychiatric emergencies; psychologist's performance; urgency.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	11
2. EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS	14
3. A CRIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	17
3.1 Política de saúde mental no brasil	19
3.2 A rede de atenção psicossocial e o abuso de drogas	21
4. INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA	25
5. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS E IMPASSES DA ASSISTÊNCIA EM EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS.....	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	43

1. INTRODUÇÃO

Durante muito tempo o atendimento ao paciente com transtorno mental estava relacionado unicamente ao modelo hospitalar no Brasil, que consistia em internações hospitalares de longa duração, de modo que o paciente ficava longe da família e do ambiente social. Entretanto em 1970 houve a discussão sobre o modelo asilar, resultando na reforma psiquiátrica e em políticas de saúde mental (PEREIRA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Os transtornos mentais correspondem a 12% do total de doenças e incapacidades do mundo, e por volta de 25% dessas pessoas serão acometidas por algum transtorno mental em algum momento do ciclo vital, de modo que a incapacitação ocasionada por transtornos mentais tem se tornado um problema de saúde pública (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 2001).

Conforme a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), os transtornos mentais correspondem a alterações na forma de pensar, no humor, e comportamento que produzem prejuízos no desempenho global do sujeito na esfera pessoal, social, ocupacional e familiar. Para Dalgarrondo (2008) os transtornos mentais comuns encontram-se diferenciados por questões de gênero, visto que mulheres apresentam mais transtornos de ansiedade, transtornos de humor e transtornos somatoformes, em contrapartida, homens apresentam maior prevalência de transtornos que envolvem o uso de substâncias psicoativas.

Ainda no que tange a prevalência de transtornos mentais no Brasil, o marcador da idade também aparece entre 25-54 anos representando a maior parte dos acometidos com transtornos mentais. Porém questões que envolvem problemáticas socioeconômicas, tais como grau de instrução, estado civil, habitação, vínculo empregatício ou desemprego, acesso ou falta de acesso aos bens de consumo aparecem como possíveis determinantes para os dados de prevalência (POUBEL, 2014).

Kaplan e Sadock (2017, p. 761) definem emergência psiquiátrica como: “qualquer perturbação nos pensamentos, sentimentos ou ações para qual a intervenção terapêutica imediata é necessária”. Para Barros, Tung e Mari (2010), os pacientes que são atendidos nas emergências psiquiátricas apresentam história prévia de algum tipo de transtorno psiquiátrico crônico, podendo estar num episódio compreendido como recaída, e pacientes que não possuem histórico psiquiátrico progressivo, porém denotam uma crise de nível agudo.

O cuidado da Psicologia é de suma importância dentro da atenção à saúde mental. Na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS destaca-se a atuação do psicólogo na atenção estratégica (Centro de Apoio Psicossocial – CAPS) e na atenção hospitalar (leitos de

internação psiquiátrica em Hospitais Gerais). Assim, o presente trabalho norteou-se na busca do que a literatura fala sobre a atuação do psicólogo em emergências psiquiátricas. Corroborou ainda para o problema da pesquisa as ideias de que o uso de protocolos baseados em sintomas dos casos pode auxiliar no manejo do atendimento; a humanização da equipe multidisciplinar no atendimento de emergências psiquiátricas pode impactar no processo de internação do usuário; e de como cada profissional pode agir de acordo com o caso dentro das unidades de emergências psiquiátricas (BEN *et al.*, 2017).

Dentro deste trabalho procurou-se também abrir espaço para a discussão acerca do modo que o sofrimento psíquico pode levar o indivíduo a experimentar uma emergência psiquiátrica, além de verificar dentro da política nacional de atenção à saúde mental a assistência às emergências psiquiátricas a legislação e dinâmica dentro do CAPS e hospitais; bem como delimitar os tratamentos multidisciplinares recomendados nos casos das emergências psiquiátricas.

Este trabalho contribui para a divulgação de informações aos profissionais que atuam na área de saúde mental, especificamente os psicólogos que estão atuando em unidades que atendam emergências psiquiátricas, e também aos acadêmicos que demonstram interesse sobre a temática. No que tange a relevância social, esse trabalho é de suma importância como um compilado de materiais que irão auxiliar numa melhor assistência à saúde mental, de modo que a prestação de serviços aos usuários seja realizada de forma não institucionalizada, mas apartando-se desses moldes e visando o atendimento e manejo adequado das crises-sequelas e redução do sofrimento.

Esta foi uma pesquisa de revisão bibliográfica, com o objetivo metodológico descritivo e exploratório. Através de uma revisão bibliográfica não sistemática com enfoque narrativo, teve como objeto de estudo os registros bibliográficos da atuação do psicólogo na emergência psiquiátrica nos últimos 20 anos, ou seja, de 2000 a 2020. Utilizou as bases de dados: Portal de Periódicos CAPES, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*; PubMed, Google Acadêmico, e livros de Psiquiatria e Psicologia que se vinculam ao tema.

As seguintes palavras foram usadas para as buscas: emergências psiquiátricas, urgência psiquiátrica, psicólogo emergência psiquiátrica e psicologia e emergência psiquiátrica. Foram feitas combinações de palavras com esses descritores, adequadas para cada base de dados, a fim de encontrar e selecionar materiais adequados e que correspondem ao objetivo da pesquisa. Verificados título e resumo desses estudos, eliminaram-se os estudos que se mostraram potencialmente irrelevantes ao objetivo dessa pesquisa. Vale ressaltar que, quando o resumo apresentava pouca ou informação de baixa qualidade que permitisse decidir

se o material bibliográfico era relevante ao estudo, fez-se necessário a leitura da introdução e conclusão. Foram selecionados materiais que foram publicados entre 2000 e 2020.

2. EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Conforme Kaplan e Sadock (2017, p. 761) denotam: “emergência psiquiátrica é qualquer perturbação nos pensamentos, sentimentos ou ações para qual a intervenção terapêutica imediata é necessária”. Para Barros, Tung e Mari (2010), os pacientes que são atendidos nas emergências psiquiátricas apresentam história prévia de algum tipo de transtorno psiquiátrico crônico, podendo estar num episódio compreendido como recaída, e também pacientes que não possuem histórico psiquiátrico pregresso, porém denotam uma crise de nível agudo.

É possível encontrar outra definição de emergência psiquiátrica que consiste em qualquer tipo de alteração comportamental que não seja possível de ser atendida de forma ágil e apropriada pelos serviços de saúde, serviços de esfera social ou judicial presente na comunidade. Diante disso, as emergências psiquiátricas não pertencem somente a alterações psicopatológicas, mas abarcam outros serviços que são ofertados numa região específica que o sujeito faz parte (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

De acordo com Poubel (2014), o atendimento prestado na emergência psiquiátrica deve atender aos critérios que preconize intervenções e manejos rápidos, de forma que seja preservada a integridade física e psíquica do paciente. No que tange o atendimento oferecido pelo SUS, os transtornos psiquiátricos agudos equivalem a 10% de todos os atendimentos de urgência e emergência oferecidos em hospitais gerais e nas unidades de pronto atendimento (BRASIL, 2011).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), é a porta de entrada que controla as demandas de saúde mental para encaminhá-las para os serviços apropriados, pois é através do SAMU que muitos pacientes recebem o atendimento psiquiátrico inicial e imediato (POUBEL, 2014). Ao observarmos os serviços de emergência psiquiátrica devemos estar atentos para não reduzirmos esses serviços somente para o manejo de situações que levaram até o atendimento emergencial, pois esses serviços muitas vezes são a porta de acesso para a rede de atenção à saúde, tendo como atributos caracterizar dimensões diagnósticas, etiológicas e psicossociais do paciente e encaixá-lo no tratamento adequado (BEN *et al.*, 2017).

De acordo com Kaplan e Sadock (2007, 761):

por uma variedade de razões – como a crescente incidência de violência, a maior apreciação do papel de uma doença orgânica em alteração do estado mental, e a epidemia de dependência de álcool e outros transtornos relacionados a substâncias – o número de pacientes de emergências está aumentando.

Diante desse aumento, é importante que os profissionais de saúde mental que atuam nas emergências psiquiátricas estejam devidamente preparados para realizar o atendimento de forma rápida e eficaz.

A abrangência ampliada da psiquiatria de emergência vai além da prática psiquiátrica geral para incluir problemas especializados como o abuso de substâncias, da criança, e do cônjuge; violência na forma de suicídio, homicídio e estupro; e questões sociais como falta de moradia, envelhecimento (...) (KAPLAN; SADOCK, 2007, p.761).

Conforme o que os autores denotam, a prática dentro do atendimento em emergências psiquiátricas deve ir além dos moldes pré-estruturados da psiquiatria, devendo compreender outros aspectos e segmentos da vida do paciente, sendo de extrema importância que o profissional esteja atento e atualizado.

Quando se trata da avaliação psiquiátrica de emergência podemos notar algumas especificidades que a diferencia de outras avaliações realizadas em consultas facultativas, segundo Ben *et al.* (2017, p. 99):

O tempo para a avaliação de emergência, em geral, é limitado, devido às próprias características clínicas do paciente em situação de emergência, que exige tomada de decisão e intervenções rápidas. Portanto, a entrevista psiquiátrica na situação de emergência acaba sendo uma entrevista dirigida, na qual o médico deve buscar ativamente por informações sobre o motivo de procura de atendimento naquele momento e ao mesmo tempo caracterizar sinais e sintomas que permitam a elaboração do diagnóstico de base.

Os autores ainda apontam que:

A objetividade na avaliação visa, fundamentalmente, o controle da situação de risco que trouxe o paciente para atendimento de emergência e o estabelecimento do diagnóstico e a terapêutica adequada com a maior brevidade possível. No entanto, é importante realçar que avaliação com agilidade não significa ausência de observação do paciente. Uma única avaliação, em corte transversal, não permite o estabelecimento de diagnóstico e conduta consistentes. Além disso, algumas horas de permanência do paciente no serviço favorecem a observação da evolução de sintomas, caracterização mínima de suporte social, verificação de resposta terapêutica inicial e a observação da ocorrência de possíveis efeitos adversos. Por outro lado, esse período de observação não deve se estender excessivamente, tendo-se em vista a alta demanda assistencial, inerente a serviços de emergência e a consequente necessidade de alta rotatividade (BEN *et al.*, 2007, p. 99).

Conforme Kaplan e Sadock (2007), não há diferenciação de gênero nas salas de emergência psiquiátrica, entretanto os autores afirmam que pacientes solteiros representam maioria em relação aos casados, e que 20% dos pacientes estão dentro do fenômeno do suicídio e 10% correspondem a quadros violentos.

Os diagnósticos que mais aparecem nas emergências psiquiátricas são de transtornos de humor, transtornos esquizofrênicos e dependência de álcool (KAPLAN; SADOCK, 2007). No caso de pacientes agitados é importante que a equipe esteja atenta às ameaças à integridade física e também de outros pacientes que estão sob os cuidados da equipe, diante

disso é de extrema relevância que: “o médico deve estar atento aos próprios sentimentos, avaliar o quanto que esses sentimentos de fato refletem a situação real e, principalmente, reconhecer que os comportamentos ameaçadores e hostis são manifestações clínicas de um transtorno mental” (BEN *et al.*, 2017, p. 108).

Os atendimentos dentro das emergências psiquiátricas podem ser feitos no SUS, e outros serviços de saúde mental também são oferecidos pelo SUS, entretanto de acordo com a demanda deverá seguir o fluxo recomendado. As emergências psiquiátricas por exemplo, não estão presentes no nível primário e/ou atenção básica (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

3. A CRIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

É no art. nº 196 da Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 2017) que podemos encontrar que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Desse modo, deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas que tenham como objetivo reduzir o risco de doença e de outros desdobramentos e também o acesso universal e igualitário às ações e serviços que promovem, protegem e recuperam à saúde.

No ano de 1988 a partir da publicação da nova Constituição Federal, o Brasil retornou para os moldes da democracia, e diante de tal cenário, era fundamental buscar que o estado possibilitasse o acesso à saúde, visto que, a saúde passou então a ser considerada como um direito, o que já significava que os primeiros sinais da criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde estava por vir (BOTEGA, 2012).

Entretanto, podemos verificar que antes da promulgação da nova Constituição Federal já existiam outros movimentos que visavam o acesso à saúde e a ampliação da oferta. De acordo com Almeida e Malagris (2011), em 1970 o Movimento Sanitário ganhou força, pois objetivava uma reforma dentro do sistema de saúde, de modo que adotasse uma perspectiva de caráter histórico-estrutural, afastando-se dessa forma do modelo biologicista, pois dessa maneira determinantes socioeconômicos e políticos seriam incluídos e considerados. Em contrapartida a esta concepção, o Estado então estaria incumbido de promover saúde, regulamentar o sistema e ofertar serviços, de modo que a democratização do acesso à saúde e a reformulação do sistema de serviços se tornariam impreteríveis.

Conforme às modificações e transformações dentro do sistema de saúde alguns impasses pertinentes à época foram enfrentados, como a divisão que existia entre a saúde pública e previdenciária (BOTEGA, 2012). A saúde previdenciária possuía mais força, mais recursos e maior estabilidade, em contrapartida a saúde pública não era priorizada, nem passível de recursos suficientes para aqueles que não eram contribuintes da previdência.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) detinha os recursos previdenciários e controle sobre a administração e finanças, de modo que os serviços médicos abrangiam os trabalhadores que eram segurados pela previdência, e o acesso à saúde acontecia com direcionamento para o serviço privado de saúde. Nessa conformidade a assistência médica individual e especializada era mais visada e beneficiada pelo então Ministério da Previdência e Assistência Social, e ao Ministério da Saúde estava destinada à responsabilidade de promover ações no âmbito da prevenção, visto que as empresas optavam por contratar serviços de saúde para os colaboradores (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Diante desse cenário, existiam com grande força, políticas de saúde provenientes dos governos militares nas quais era incitado que o setor privado de saúde fosse ampliado cada vez mais. E perante essa estrutura social houve a expansão da compra de serviços por meio da previdência social que promovia incentivos fiscais às empresas com a finalidade de que elas pudessem contratar mais serviços de saúde no âmbito privado para fornecer atendimento médico aos funcionários, aumentando dessa forma os convênios médicos empresariais (BOTEGA, 2012).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde resultou como base para que os então deputados constituintes implementassem o artigo 196 da Constituição Federal, que foi intitulado como o artigo da saúde. Tal marco foi disparador para que a saúde ganhasse um novo direcionamento com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

A Lei 8080/1990 institui o SUS a partir de princípios e diretrizes: “universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa” (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011, p. 2). A instituição do SUS foi um grande marco na história da saúde no Brasil, pois possibilitou o acesso de todos aos serviços de saúde, não somente dos contribuintes previdenciários.

No ano de 1990 a partir da Lei 8.142, que confere e garante a participação da comunidade na gestão do SUS, que prevê que aconteçam conferências e conselhos de saúde, garantindo o que foi defendido durante a reforma sanitária, ou seja, a participação e poder social dentro do sistema de saúde (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011). O SUS se solidifica e os níveis de atenção em saúde se dividem, de forma que cada um possui suas especificidades dentro da rede.

Numa visão global, o SUS é visto como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, sendo elogiado por diversos países e sonhado por inúmeras pessoas de outras partes do mundo. Para se estruturar e formar-se, o SUS possui princípios básicos para a sua organização e manutenção do sistema, tais como a universalidade, que prescreve a saúde como um direito de todos e demanda ao Estado garanti-la; a equidade, que preconiza diminuir as desigualdades, visto que apesar dos direitos iguais, existem indivíduos com necessidades diferentes e que devem ser atendidos de acordo com elas; a integralidade dos serviços e de atendimento, de forma que a rede funcione de forma interdependente; a participação da comunidade, pois através de conselhos a população poderá participar e contribuir nas decisões e rumos do sistema; a descentralização do poder entre outros (BRASIL, 2002).

O SUS possui diversas políticas de saúde que contemplam vários âmbitos, e dentro delas existe a política de saúde mental. A política de saúde mental é de suma importância, pois sem ela não existiriam as emergências psiquiátricas, tampouco a estruturação de atendimento e trabalho dos profissionais da saúde que estão envolvidos, como o psicólogo.

3.1 Política de saúde mental no Brasil

O progresso da Política de Saúde Mental no Brasil possui relação muito próxima e se entrelaça com a criação do SUS, com o engajamento dos profissionais, com o processo de descentralização da administração da saúde, e com as transformações socioculturais que estavam acontecendo por volta do final da década de 1970. Nesse período, a criação e implementação de uma política de saúde mental era imprescindível, pois os hospitais psiquiátricos se alastravam, e situações de violação dos direitos humanos, atendimento de qualidade inferior e outros problemas estavam em evidência no país (ALMEIDA, 2019).

Esse período de grande crescimento dos hospitais psiquiátricos, que isolavam pessoas com transtorno mental, e as colocava em situações de violação de direitos, tratamentos violentos etc., ficou conhecido como a indústria da loucura. É relevante frisar que, nesse momento da história entre 1964 e 1974, no período do golpe militar, houve uma enorme oferta de leitos que deu mais força para o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. O INPS possuía vínculo com o setor privado, o que dificultou o estabelecimento de programas de assistência psiquiátrica que atuassem de forma complementar, e não asilar como era o modelo utilizado (APARECIDA, 2002).

Era incontestável que o momento estava prestes a culminar numa reforma dos serviços de saúde mental, e então surgiram a implementação das primeiras reformas, que ocorreram em Santos – São Paulo, e provocaram um forte impacto no progresso de um novo modelo que atendesse às necessidades e especificidades do país (ALMEIDA, 2019). Além disso, o modelo de saúde do Brasil estava em crise tanto no que tange a perspectiva financeira quanto a ideológica. O desemprego crescia no Brasil, e a população passou a se opor e a criticar a estruturação do sistema de saúde previdenciário, que não atendia aqueles que estavam desempregados e os que não contribuía para a previdência (SILVA, 2009).

Em 1978 surgiu o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) era composto por trabalhadores que compunham o movimento sanitário, membros de associações de profissionais, associação de familiares, pacientes com histórico de internação psiquiátrica e sindicalistas (CABRAL; DAROSCI, 2019).

Esse movimento ficou conhecido como Luta Antimanicomial (BRASIL, 2005), e passa então a tomar a frente, enfrentando os moldes psiquiátricos, expondo e denunciando violências cometidas nos manicômios, a hegemonia da rede privada e passa então a prosseguir para a construção coletiva de uma crítica ao modelo hospitalocêntrico no atendimento as pessoas com transtornos mentais (VARGAS; CAMPOS, 2019).

Esse movimento propôs também alterações e mudanças políticas, sociais, institucionais e jurídicas, que seriam posteriormente abordadas na então 8ª Conferência Nacional de Saúde (CABRAL; DAROSCI, 2019). A construção dessa política de saúde mental une-se ao processo de redemocratização que estava tomando força no Brasil por volta de 1980, e diante disso, ela se fortalece gradativamente nos âmbitos financeiro, administrativo e legislativo (ALMEIDA, 2019).

Quando a saúde se tornou um direito de todos, a transformação na saúde e na luta manicomial resultaram no projeto de lei nº 3.657/1989, que discorre sobre a extinção gradual dos manicômios. Esse projeto ficou em tramite pelo período de 11 anos, sofrendo com forte mobilização social para que não fosse alterado através de emendas que possibilitassem que o modelo anterior fosse reproduzido (CABRAL; DAROSCI, 2019).

No ano de 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos – São Paulo, iniciou uma intensa intervenção em um hospital psiquiátrico, onde aconteciam violação dos direitos humanos, e essa intervenção ganhou grande atenção nacional, que evidenciou a nível nacional a necessidade de que uma rede de cuidados fosse construída para substituir os hospitais psiquiátricos e o modelo clássico deles (MOURA, 2011).

Em 1989 surgiu um projeto de lei que visavam regulamentar os direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção gradual dos manicômios no Brasil (CABRAL; DAROSCI, 2019). Os hospitais psiquiátricos que foram denunciados por violação dos direitos humanos passaram a investir na melhoria das condições de vida dos pacientes, visando promover aos poucos a desinstitucionalização. E aos poucos foram sendo estabelecidos objetivos que visavam substituir gradativamente os hospitais psiquiátricos por uma rede que serviços comunitários, centradas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que foi inspirado em centros de saúde italianos e de outros lugares da Europa (ALMEIDA, 2019).

No ano de 1990 diversos estados brasileiros aprovam leis que determinam a substituição gradual dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, o que leva o Ministério da Saúde a construir com maior engajamento a política nacional de saúde mental (BRASIL, 2005).

Em 1992 aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que viabiliza a primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária, baseadas nos CAPS, nos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia (CABRAL; DAROSCI, 2019). Conforme Moura (2011), a Portaria GM 224/92 regulamenta todos os serviços de saúde mental baseadas nas diretrizes de descentralização e hierarquização provenientes das Leis Orgânicas do SUS, e essa portaria cria de forma oficial o CAPS.

3.2 A rede de atenção psicossocial e o abuso de drogas

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é direcionada no SUS aos indivíduos acometidos por algum transtorno mental ou que estão enfrentando algum tipo de sofrimento psíquico, além de ser destinada também às demandas relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas. A RAPS foi implementada através da Portaria nº 3.088, datada em 23 de dezembro de 2011, que foi publicada novamente em 21 de maio de 2013 e no ano de 2017 sofreu revogação na data de 28 de setembro (BRASIL, 2010).

O objetivo da RAPS é criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde:

- Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas).
- Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas.
- Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas.
- Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.
- Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde.
- Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.
- Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede.
- Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial.
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. (BRASIL, 2017).

A Rede de Atenção Psicossocial é formada por serviços territoriais, tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Convivência, Consultório na Rua, Emergência Hospitalar, Unidade de Acolhimento, Ambulatório Especializado, Hospital-dia, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), leitos de psiquiatria em hospital geral e serviço hospitalar de referência, equipes de atenção básica e estratégias de reabilitação psicossocial (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Importante destacar que esses serviços já existiam antes da criação da RAPS, pois esta veio para articular melhor os serviços que prestam atendimento às demandas de saúde

mental, os quais foram se desenvolvendo com base na lógica da reforma psiquiátrica desde a Lei 10.216 (BRASIL, 2001).

A RAPS é formada por vários serviços e os mais diversos equipamentos, e são eles: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); o Serviço Residência Terapêutica (SRT); o Centro de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UA), e os leitos de atenção integral, que estão localizados em Hospitais Gerais e nos CAPS III (BRASIL, 2013).

A RAPS pode ser encontrada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), nos Consultórios de Rua, em apoio aos Serviços de componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, nos Centros de Convivência e Cultura, no SAMU, nas Sala de Estabilização, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h e pronto socorro, nos Serviços Hospitalares de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com/em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas, Programa de Volta para Casa (PVC), Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais (BRASIL, 2013).

Kaplan e Sadock (2007) apontam que as demandas nas emergências psiquiátricas estão em grande parte relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, diante disso. O uso de substâncias psicoativas é realizado desde os primórdios da humanidade, e podemos encontrar diversas maneiras de utilização das mesmas, que perpassam rituais religiosos, uso recreativo, de caráter curativo e outros (GOMES; VECCHIA, 2018). O consumo de substância psicoativas é definido como um fenômeno formado por diversos desdobramentos e conexões, entretanto possui origem sociocultural, antropológica, biológica, política, econômica, farmacológica e psicológica (GOMES; VECCHIA, 2018).

A dependência de substâncias psicoativas pode ser compreendida como um fenômeno extremamente complexo, que dispensa definições ou explicações superficiais que desconsideram as inúmeras determinações envolvidas ao considerar variáveis de modo isolado, que não são aptas para explicar ou expor soluções adequadas. O primeiro registro de ordem proibicionista ocorreu no ano de 1912 na Primeira Conferência Internacional do Ópio, que aconteceu em Haia, na Holanda, onde surgiram às primeiras resoluções sobre a proibição com alcance internacional de consumo e do comércio do ópio (DIAS *et al.*, 2003).

As motivações de políticas proibicionistas são diversas, mas os denominadores comuns entre elas são de ordem política e econômica, que não possuem respaldos científicos tampouco dados epidemiológicos. No que tange o Brasil, de acordo com Gomes e Vecchia (2018), a proibição da maconha está intrinsecamente ligada ao recorte de raça, onde a criminalização de hábitos culturais predominantemente presentes em povos negros

escravizados, pois: “O poder da época relacionava o hábito de fumar maconha, chamada de ‘pito do pango’, à comunidade negra”, e em 1830 essa prática passou a ser encarada como ilegal mesmo antes de ser proibida de fato.

Para Gomes e Vecchia (2018), as políticas proibicionistas contribuem para práticas tutelares, intervenções e internações involuntárias que violem direitos ao buscarem respaldo no modelo médico-moral. O modelo médico-moral acredita na perspectiva da tomada de medidas educativas e preventivas baseadas em princípios repressivos. A defesa, aplicação e propagação das práticas citadas se opõe a reforma psiquiátrica e à luta antimanicomial, pois defende a ideia da internação involuntária e compulsória, e acredita que o tratamento baseado na abstinência deve ser o único a ser considerado.

Esse modelo repressivo e violento afasta e dificulta o acesso de usuários que não querem ou não podem parar de usar drogas de ordem lícita ou ilícita, o que por si só já promove a segregação do processo. O modelo psicossocial considera a relação entre droga-indivíduo-meio, onde a dependência é compreendida conforme às influências entre o meio social sobre o indivíduo, as particularidades que envolvem a droga e dinâmica psicológica do indivíduo (DIAS *et al.*, 2003).

A redução de danos consiste no enfrentamento de forma paradigmática, as questões no âmbito da saúde, e de caráter social e econômico que estão atrelados ao uso de substâncias psicoativas, afastando-se de quaisquer tipos de juízo de valor ou prescrições morais acerca dessas práticas (DIAS *et al.*, 2003). “Em 2013, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas começou a fazer uso da Redução de Danos dentro das políticas de saúde e socioassistenciais” (CFP, 2013).

A Redução de Danos (RD) preconiza a autonomia do usuário, atribuindo-lhe a condição de sujeito, permitindo que o usuário seja respeitado e compreendido dentro da sua individualidade e do contexto no qual se encontra. A RD garante o diálogo e a rompe com quaisquer tipos de julgamentos de ordem moral, e práticas punitivas ou repressivas, pois consiste na liberdade do usuário fazer o uso de substâncias psicoativas sem sofrer represálias morais (MACHADO; BOARINI, 2013).

De acordo com Machado e Boarini (2013, p. 583): “as estratégias de RD consideram as pessoas que fazem uso de drogas (lícitas ou ilícitas) como sujeitos de direitos e buscam garantir seu acesso às políticas públicas (saúde, educação, cultura, trabalho etc.) de modo integral”, desse modo, não há qualquer espaço para práticas tutelares, discriminatórias ou repressivas.

Atualmente a psicologia encontra-se num grande embate devido a atual conjuntura político-social do Brasil, onde a estratégia de redução de danos da Política Nacional de sobre Drogas, o que simboliza um enorme retrocesso, visto que os usuários serão encaminhados para comunidades terapêuticas, serão submetidos à abstinência, o que trará enormes prejuízos para tudo o que foi conquistado ao longo dos trinta anos de RD, expondo o usuário a um tratamento sem respaldo científico suficiente para a garantia da manutenção da segurança, integridade, dignidade e autonomia do usuário (CFP, 2013).

O SUS gera muitos empregos para psicólogos no Brasil, e possui muitas possibilidades de atuação dentro do sistema para a psicologia, desse modo, é importante que o psicólogo esteja preparado e capacitado para atuar dentro do SUS. É fundamental que o profissional conheça o SUS, saiba sobre todo o funcionamento da rede e que leve a tua prática para além dos consultórios fechados, mas faça a psicologia chegar a todos os cantos (CFP, 2013).

4. INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA

O profissional da psicologia teve a reforma psiquiátrica como porta de entrada para a saúde pública (FERREIRA NETO, 2010), pois até então a área de atuação do psicólogo era restrita à psicologia clínica. Entretanto após esse momento significativo que foi a reforma psiquiátrica o psicólogo passou a ter acesso a este campo mesmo que ainda que fosse pelas portas apenas da saúde mental, ampliando sua atuação para a promoção de saúde mental e não somente na reabilitação psicossocial e no manejo à crise.

Para Yamamoto *et al.* (2005), a saúde mental foi a forma como o psicólogo conseguiu acessar ao sistema público de saúde, porém apesar disso, tal campo não era visto como prioridade e não havia favoritismo. De acordo Yamamoto *et al.* (2005), a formação que o psicólogo recebeu e recebe dentro do espaço acadêmico nem sempre favorece a ampliação de suas perspectivas de atuação bem como não o prepara de maneira adequada para o atendimento onde as queixas são de casos graves, crônicos ou agudos, que resultam num grau elevado de comprometimento psíquico do paciente que chega até às unidades de saúde em busca de atendimento.

De acordo com Kaplan e Sadock (2007) uma dificuldade evidente no que tange a saúde mental é o medo que os profissionais possam sentir em alguns casos, especialmente quando o manejo envolve situações críticas. Tal aspecto pode prejudicar o desenvolvimento da assistência uma vez que “o medo excessivo dos profissionais prejudica o julgamento clínico levando a abordagens terapêuticas inadequadas, como o uso prematuro e em grandes quantidades de medicamentos sedativos e de restrições físicas agressivas”.

Devido a reforma psiquiátrica o psicólogo passou então a ter uma notoriedade maior dentro das equipes de saúde mental, tendo que aprender a lidar com as situações críticas e com crises, o que acarretou numa espécie de escolha de casos não tão graves para serem atendidos mais rápido (SISSON *et al.*, 2009). Ainda que exigindo dele um maior preparo teórico e técnico na atuação, o psicólogo que atua no Sistema Único de Saúde (SUS) da atualidade lida de uma maneira muito mais humanizada e realista com os pacientes que possuem algum nível de comprometimento psíquico, e parte disso se deu pelas provocações que a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária trouxe às profissões, ajustando suas práticas e adequando seus conhecimentos ao compromisso ético com a não violação de direitos e com o desenvolvimento de práticas que levem ao bem-estar e à promoção de saúde da população (SISSON *et al.*, 2009).

Vale ressaltar que antes da reforma psiquiátrica o tratamento e o manejo técnico com os pacientes com algum grau de comprometimento psíquico eram feitos de uma forma

contrária a esse e, em grande parte dos casos, eles sofriam até mesmo com violência física, psicológica e moral. Essa abordagem negligencia os direitos humanos difere hoje do cuidado que é feito e preconizado, sendo o usuário respeitado em sua integridade física e moral, considerando a sua subjetividade. No SUS o vínculo e o acolhimento do usuário são os norteadores de uma prática de qualidade e proporcionam ao usuário um atendimento mais humanizado. As equipes que atuam no SUS também devem, além de tudo, manter um vínculo com o compromisso com essas famílias dos usuários, se comprometendo a romper essa distância entre a equipe e a família (SISSON *et al.*, 2009).

Outro aspecto advindo com a inserção do Psicólogo na saúde é o compromisso social da profissão para com a população. Para Scarcelli e Junqueira (2011), a entrada do psicólogo no SUS foi um grande marco, pois até então o mesmo era acessado e procurado apenas pela elite e por pessoas com maior poder aquisitivo, o que de certa forma contribuía para que este profissional se tornasse inacessível para aquelas que não possuíam condições para tal, provocando uma barreira elitista no âmbito de saúde mental. Após a reforma psiquiátrica e a integração do psicólogo no SUS, a atuação nesse campo foi se expandindo e acontece de diversas maneiras hoje, possuindo na Psicologia Social, na Psicologia Comunitária, e noutros tantos saberes, a oportunidade de ressignificar sua prática e de construir áreas e possibilidade de atuação.

Dentro do SUS é possível que o psicólogo desenvolva atividades grupais, visitas domiciliares e oficinas com caráter educativo e ou terapêutico. Porém, ainda é bastante comum que diversos profissionais estejam presos aos moldes da Psicologia Clínica, propiciando um atendimento individual e cada vez mais distante da realidade política e social em que se está inserida sua prática. De acordo Bernardo e Cintra (2017) a formação e o preparo que o psicólogo recebe durante o momento de graduação impacta na forma como o seu atendimento é realizado na atenção básica, e que atuar no SUS é um novo modelo de atuação que atrai esses profissionais. Contudo, a oportunidade e a simpatia com a área não seriam suficientes ao rompimento das barreiras estruturais e conceituais de sua prática.

Souza *et al.* (2012) evidencia que um dos motivos que impulsionou a inserção do psicólogo no SUS foi a crise econômica e a luta pela democracia da atenção básica. É importante que o profissional da psicologia receba uma formação adequada para que a sua atuação no sistema único de saúde seja efetiva, que possa habilitar o psicólogo a realizar uma análise crítica da realidade que permeia o país e que a partir disso ele possa estipular alternativas e intervenções que respondam ao contexto social e político eminente sob qual os usuários do sistema estão inseridos.

A maneira como as práticas de saúde eram realizadas no contexto histórico de surgimento do SUS e da inserção do psicólogo no mesmo evidenciam que o modelo utilizado era médico-centrado, e a partir de agora tornam-se novos e que se pautam no entendimento do sujeito como um indivíduo portador de vontades e desejos, que pode realizar escolhas por si só, sendo ativo no processo de constituição da subjetividade e também da sociedade (GARCIA, 2006). A psicologia na saúde pública inicia com o modelo médico que ressalta o diagnóstico e a cura. A partir da constituição do SUS, um novo modelo de psicologia da saúde é difundido ao lado de uma equipe multiprofissional ressaltando uma abordagem mais integral, com um olhar que, além de biopsicossocial, deve se comprometer com o político e o social envolvidos na sua prática.

Entretanto, existem impasses que permeiam a prática do psicólogo dentro das unidades de emergência psiquiátrica, o que exige um manejo adequado da situação e que requer maior atenção do psicólogo que atua nesse serviço. É importante adotar um olhar ampliado acerca do atendimento e do manejo do caso clínico, de modo que diversas variáveis possam ser consideradas (BERNARDO; CINTRA, 2017).

5. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS E IMPASSES DA ASSISTÊNCIA EM EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Como visto no primeiro capítulo, as emergências psiquiátricas são essenciais por representarem ainda momentos delicados e críticos no quadro de adoecimento do cliente e serem marcadas pela fragilidade e instabilidade, requerido de toda a assistência um manejo sensível, acolhedor e adequado. No contexto de emergência psiquiátrica é fundamental que o psicólogo, assim como toda a equipe envolvida, se mostrem de forma clara e objetiva, esclarecendo os motivos do atendimento de modo a transmitir confiança, segurança e com a fala consistente com suas ações, evitando qualquer proximidade com julgamentos de cunho pessoal e privado (SISSON *et al.*, 2009).

Neste ínterim, é comum que as alterações no estado mental do paciente prejudiquem a comunicação devido ao intenso sofrimento vivido. Além do cuidado com os julgamentos de valor e com avaliações de forma precipitada, o acolhimento para levantamento das demandas mediante as queixas exige que o profissional se expresse com extrema clareza e de forma educativa, evitando expressões e abstrações, de forma que opte pela utilização de perguntas e respostas claras e diretas a fim de ofertar segurança e previsibilidade (FERREIRA NETO, 2010).

É relevante elucidar que outra questão importante a ser discutida é o local destinado a realização dos atendimentos de urgências e emergências psiquiátricas. É apropriado que esse local deva fornecer segurança, estrutura física que atenda às necessidades, ausência de objetos que ofereçam algum potencial de perigo, adequação de estímulos sensoriais, redes de alarmes, medicamentos necessários disponíveis e equipamentos para contenção, além de acesso a serviços de natureza diagnóstica e a outros especialistas que o paciente possa necessitar (FERREIRA NETO, 2010). Contudo, apesar de serem adaptados a emergências médicas, é difícil prever que estes possam de fato resguardar a integridade física, e principalmente mental e moral do sujeito em crise. Tal crítica se faz necessária visto que o potencial de perigo versus a necessidade de manejo reflete não somente na assistência prestada, mas no compromisso ético, legal e moral de ajudar sem prender ou oprimir aquele que sofre.

Imersos nessa rede de assistência que prevê o cuidado físico precedente ao mental, é importante notar que em relação ao manejo inicial e a primeira avaliação do paciente, é possível que o tempo de duração possua determinação e limitação impostas pela demanda e não pela necessidade do cuidado. Nas emergências psiquiátricas o risco e ameaça à vida sobressaem ao caráter psíquico ainda que este tenha sido seu maior motivador. Emergências

psiquiátricas são em definição e conduta emergências médicas. Porém, ainda que assim seja, é necessário que a avaliação e a anamnese seja o mais completa e bem feita possível, que o acolhimento seja eficaz e fortalecedor dos vínculos, ainda que o seu fim seja incluso o procedimento de avaliação física, o exame de estado mental enfatizando os motivos do presente atendimento e a avaliação se houve ingestão de substâncias psicoativas ou medicação, além de verificar se existe risco suicida ou homicida (WEBER; JURUENA, 2017).

No âmbito da Psiquiatria e da Saúde Mental outro importante desafio é o comportamento agressivo. Presente na manifestação clínica de diversos quadros psiquiátricos, em reações vivenciais a traumas e estressores, bem como condições causadas por alterações orgânicas, ainda assim também representam quadros de emergência psiquiátrica devido ao seu potencial risco à integridade física e vida do cliente e de outrem. No senso comum e preconceito de muitos, os transtornos mentais são frequentemente relacionados à violência. No entanto, a maioria dos usuários dos serviços de saúde mental não são violentos (WEBER; JURUENA, 2017).

O cuidado a pacientes com comportamento de auto ou heteroagressão é desafiador e frequentemente acompanhado por conflitos éticos entre a autonomia, a integridade física e mental dos clientes e a necessidade de evitar danos (VELOSO *et al.*, 2018). Desse modo, as medidas empregadas devem ser proporcionais ao risco apresentado. A agressão pode ser definida como o ato intencional que causa dano físico ou mental em alguém (WEBER; JURUENA, 2017). É importante diferenciá-la da agitação psicomotora que é caracterizada pela atividade motora e cognitiva excessiva, em grande parte improdutiva e decorrente de tensões internas. Embora a agitação psicomotora possa evoluir para a agressão, nem sempre estará relacionada a tal comportamento.

Neste sentido, a atuação nas emergências psiquiátricas exige muito dos profissionais envolvidos, pois é fundamental que eles estejam aptos e atentos para lidarem com situações de risco para o paciente, para outras pessoas ou para ambos, o que requer ação imediata dos profissionais diante de situações de risco de suicídio, risco de homicídio, abuso de substâncias psicoativas, atos automutiladores, abusos de crianças, inaptidão de autocuidado, desprovimento de juízo crítico e etc. (PINHO, 2009).

As situações e possibilidades dentro das emergências psiquiátricas são imensas e algumas vezes imprevisíveis, as variáveis envolvidas não são totalmente conhecidas o que requer ainda mais atenção dos profissionais. Diante disso, é essencial que aspectos éticos e

legais estejam intrinsecamente atrelados a prática clínica, e que os profissionais estejam atualizados em relação a esses aspectos (WEBER; JURUENA, 2017).

Os maiores desafios bioéticos presentes nas unidades de emergência psiquiátricas estão relacionados com dois princípios, o da autonomia e beneficência, pois é possível observar com clareza situações onde os pacientes em decorrência das suas condições psíquicas tentam ou demonstram vontade de realizar ações que são prejudiciais tanto de forma pessoal quanto coletiva (VELOSO *et al.*, 2018).

Desse modo, em alguns casos como esse, a limitação ou retirada da autonomia pessoal em razão da beneficência se tornam eticamente lícito e admissível. Para que possamos compreender de forma mais ampla a respeito dos aspectos éticos e legais, iremos enfatizar os quatro princípios da bioética para melhor compreensão da discussão ao longo do capítulo (PINHO, 2009).

A Bioética possui a função de contribuir para o ato de enfrentar questões de cunho ético/bioético que poderão levantar-se na vida profissional, visto que se a Bioética não existisse com seus conceitos, dificilmente os profissionais seriam capazes de se comportar de forma ética diante conflitos e dilemas dentro da prática profissional. Os conceitos da Bioética possuem a função de promover melhorias na prática e fornecer subsídios, não são consideradas imposições (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011).

Conforme Veloso *et al.* (2018) uma das definições de Bioética é ética da vida, a ciência que tem como finalidade apontar os limites e os objetivos da intervenção do homem sobre a vida, apontar os valores de referência que são apropriados, delatando os possíveis perigos. É válido enfatizar que a Bioética possui uma metodologia interdisciplinar, ou seja, necessita do apoio e participação de vários profissionais das mais diversas áreas, tais como medicina, psicologia, direito, educação, sociologia, teologia, economia e outros.

Para a construção da bioética é necessário que as mais diversas áreas contribuam com seus estudos e considerações, pois é importante mensurar os mais diversos aspectos e ter uma visão ampla acerca dos aspectos Bioéticos que envolvem diversas profissões e que irão impactar na vida da sociedade (WEBER; JURUENA, 2017).

A Bioética possui como um de seus pilares fundamentais a conceituação e definição da pessoa humana, e Scarcelli e Junqueira (2018) denota que as pessoas possuem diferenças umas das outras, e que são portadoras de necessidades, características e anseios diferentes, o que faz com que ela tenha que ser tratada com respeito e não como um número, ou estatisticamente.

A autora aponta que a pessoa humana é portadora de valor apenas por ser pessoa, um ser biopsicossocial, e que é provida de dignidade, e que ser capaz de reconhecer que o outro possui diferenças, o que não quer dizer que alguém seja melhor ou pior, mas que todos somos iguais no que tange à dignidade (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011).

Os princípios da Bioética foram criados para facilitar o processo de tomada de decisão e de estudo sobre variados assuntos da bioética, e eles foram inicialmente levantados em 1978 através do relatório de Belmont, com a função de nortear as pesquisas realizadas com seres humanos, e no ano seguinte foram utilizados para a prática médica (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011).

Em 1989 Beauchamp e Childress introduziram os quatro princípios da bioética, que são: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (PINHO, 2009). O princípio da autonomia corresponde à capacidade que uma pessoa possui de autogerir a própria vontade, sem a interferência de outras pessoas, pois entende-se que ela é livre para tomar suas próprias decisões (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2008).

O princípio da beneficência corresponde a obrigação ética de promover o maior benefício e reduzir os prejuízos, sendo necessário que o profissional possua conhecimentos técnicos e científicos para que norteiem e assegurem a sua prática em benefício ao paciente, em contrapartida a não-maleficência corresponde a causar o menor prejuízo ou agravo à saúde do paciente, ou seja, não fazer mal a ele. O princípio da Justiça refere-se a igualdade de tratamento e a distribuição justa de recursos provenientes do Estado para a saúde, pesquisa e ciência etc. Estabelecendo a equidade como condição primordial, pois é de suma importância que cada pessoa receba o que é moralmente adequado, fugindo de julgamentos de cunho moral, religioso, financeiro etc. (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011).

Ao retomarmos a discussão para o conflito bioético mais notado dentro das emergências psiquiátricas que é entre o princípio da autonomia e beneficência, devemos considerar também a não-maleficência, pois a autonomia do paciente deve estar revestida do que lhe cause o menor dano possível, além disso a confidencialidade, que em alguns casos deve ser quebrada (WEBER; JURUENA, 2017).

No que se refere ao sigilo, dentro das emergências psiquiátricas em grande parte dos casos é necessário que o sigilo profissional seja violado, pois em dadas situações decorrentes a um transtorno mental ou a condição clínica do paciente, ele pode apresentar riscos para si mesmo e também para outras pessoas, além de que, podem acontecer casos onde o paciente não possui mecanismos para descrever alguns pontos, e podem também não acordarem com as medidas terapêuticas que deverão ser adotadas no seu caso (VELOSO *et al.*, 2018).

Desse modo, é comum que ocorram situações onde os profissionais tenham que recorrer a terceiros, na maioria dos casos são familiares ou acompanhantes, mas de todo modo, essa ocorrência necessita da quebra do sigilo. Então para reduzir danos e maximizar os benefícios, é necessário que os profissionais recorram a quebra do sigilo e/ou limitem o princípio da autonomia do paciente (WEBER; JURUENA, 2017).

A prática profissional é guiada pelo código de ética de cada profissão, em relação ao psicólogo, de acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo dispõe que é “É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional” (CFP, 2005). Entretanto, no artigo seguinte é denotado que:

Nas situações em que se configure conflito entre as exigências decorrentes do disposto no Art. 9º e as afirmações dos princípios fundamentais deste Código, excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo (CPF, 2005).

Desse modo, o Código de Ética Profissional do Psicólogo ainda enfatiza que quando houver a quebra de sigilo, “o psicólogo deverá restringir-se a prestar as informações estritamente necessárias” (CFP, 2005). Então compreende-se que na atuação do psicólogo existe o dilema entre o sigilo e a beneficência, e o sigilo pode ser quebrado para maximizar os benefícios do paciente e reduzir os danos.

A atuação profissional do médico psiquiatra da unidade de urgência e emergência em casos de quebra de sigilo também exige a aplicação dos princípios da bioética, onde no que é vedado ao médico é posto: “revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente” (CFM, 2010). Entretanto, em alguns casos na emergência psiquiátrica existe um acordo entre o médico e o paciente, onde os riscos devem ser reduzidos em prol dos benefícios para o paciente.

No que tange situações de abuso e violência, os profissionais de todas as áreas envolvidas são autorizados pela lei a reportarem todas as informações necessárias relacionadas aos direitos violados e as violências relatadas, e os profissionais não serão penalizados pela quebra da confidencialidade (CFM, 2010).

Conforme a Lei Federal nº 10.216/01, as internações psiquiátricas são tidas em três tipos: a internação voluntária, involuntária e compulsória. E de acordo com a Portaria MS/GM nº 2.391/02, ao disciplinar o controle das internações psiquiátricas através do Ministério Público dos estados, considera ainda uma quarta espécie de internação: a voluntária que se torna involuntária (BRASIL, 2001).

No que se refere a internação psiquiátrica voluntária, a Lei nº 10.216/01 a define, no seu artigo 6º, parágrafo único, inciso I, como sendo “aquela que se dá com o consentimento do usuário”. E mais à frente, no artigo 7º, determina que o indivíduo ao solicitar voluntariamente sua internação ou ao demonstrar consentimento em relação a ela deverá assinar uma declaração no momento da admissão informando que escolheu esse regime de tratamento. Dentro dessa opção de internação, o encerramento dela ocorrerá através da solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente (BRASIL, 2001).

Para que se caracterize a voluntariedade, entretanto, não basta a assinatura de um documento no qual conste que o paciente concorda livremente em ser hospitalizado. É necessário que, previamente, o paciente seja informado da necessidade daquela espécie de tratamento, que tenha compreendido o que lhe foi transmitido e que esteja em condições psíquicas de manifestar sua vontade. Se esse pré-requisito não se fizer presente, a internação deverá ser considerada forçosamente como involuntária, já que a concordância do paciente seria desprovida de validade. A propósito, no Rio Grande do Sul, a Lei Estadual nº 9.716/ 92 requer expressamente que o “internando [esteja em condições de] formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão”. Essa exigência se faz presente em todo o território nacional, mesmo que a Lei nº 10.216/01 não faça menção a ela, pois é consentânea com os princípios gerais de validade das manifestações de vontade (BRASIL, 2002).

Entende-se por internação psiquiátrica involuntária “aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro” (artigo 6º, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 10.216/ 01). A Portaria MS/GM nº 2.391/02, por sua vez, define-a como “aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente”, conceito mais preciso e enxuto, pois muitas vezes inexistente a figura do terceiro (BRASIL, 2001).

Curiosamente, as normas legais atuais, apesar de indicarem os procedimentos a serem observados quando há a realização de uma internação psiquiátrica involuntária, silenciam sobre os critérios para a sua indicação. Assim, deve-se recorrer ao prescrito no Decreto nº 24.559/34, mencionado anteriormente (A questão do risco), e ao disposto na Resolução CFM nº 1.407/94, que adota e torna obrigatória a observância dos “princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1991 (doravante, Princípios da ONU).

De acordo com a ONU (1991), uma pessoa pode ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental, ou, tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental

se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para esse fim determinar, de acordo com o Princípio 4, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar:

a) que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à pessoa ou a outros; b) que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva (ONU, 1991).

A internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária, apesar de se constituir em fato relativamente comum, é uma modalidade prevista apenas pela Portaria MS/GM nº 2.391/02. Ocorre quando o paciente hospitalizado voluntariamente – e, portanto, com o direito de receber alta no momento em que a solicitasse – opõe-se a continuar hospitalizado. Entretanto, em face da presença dos riscos que autorizariam uma internação psiquiátrica involuntária, será mantido hospitalizado contra a sua vontade (BRASIL, 2002).

A comunicação de internação psiquiátrica voluntária que se tornou involuntária deverá ser feita ao Ministério Público em até setenta e duas horas após se caracterizar a involuntariedade da permanência do paciente no hospital (BRASIL, 2002).

Entende-se por internação psiquiátrica compulsória “aquela determinada pela Justiça” (artigo 6º parágrafo único, inciso III, da Lei nº 10.216/01). Existem dois tipos de internação psiquiátrica compulsória, uma de natureza criminal e outra de natureza cível. A primeira é típica dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (antigos manicômios judiciários) e destina-se a pacientes que cometeram delitos e receberam uma medida de segurança em decorrência da qual são hospitalizados e tratados compulsoriamente. As internações psiquiátricas compulsórias criminais não têm qualquer repercussão nos serviços psiquiátricos gerais, inclusive nas emergências psiquiátricas. O contrário ocorre com as internações psiquiátricas compulsórias cíveis, que costumam causar grandes dificuldades para os psiquiatras que recebem ordens judiciais de internamento de um dado paciente (BRASIL, 2001).

As internações compulsórias cíveis constituem mais uma das consequências do descaso com que a saúde pública é tratada no Brasil, pois geralmente essas determinações judiciais ocorrem por solicitação de familiares de pacientes que não conseguem receber o atendimento de que necessitam por meio dos recursos normalmente disponíveis. Alguns juízes, em vez de enviar sua decisão ao gestor do SUS, fazem-no diretamente a um hospital, o que é uma fonte potencial de problemas, pois, em princípio (havendo necessidade clínica

de hospitalização e vaga disponível), o médico plantonista e o hospital estão obrigados a obedecer às ordens judiciais (BRASIL, 2002).

Os resultados encontrados nos materiais utilizados na construção dessa pesquisa serão apresentados a seguir com base nos critérios utilizados na revisão bibliográfica não sistemática. As fontes utilizadas foram devidamente apresentadas na metodologia, e acompanhadas dos descritores de busca que foram utilizados (BRASIL, 2002).

Barros, Tung e Mari (2010) foi uma das fontes utilizadas nesta pesquisa por se tratar de uma das poucas revisões de literatura acerca do papel e da inserção dos serviços de emergências psiquiátricas em redes de saúde mental. A revisão de literatura feita pelos autores fez uso do método de busca através dos bancos de dados das plataformas PubMed e *Scielo* de artigos de cunho empírico e revisões acerca dos serviços de emergências psiquiátricas e da rede de serviços de saúde mental.

A partir dos materiais analisados pelos autores Barros, Tung e Mari (2010) foi destacado como as emergências psiquiátricas compõem a unidade central para o funcionamento fundamental das redes de saúde mental, por possuir atendimento de situações consideradas emergências e pela maneira como está regulada dentro da rede de saúde. Os autores destacam os papéis desempenhados pelos profissionais envolvidos, enfatizando a importância do psicólogo e das práticas psicoterapêuticas realizadas no atendimento de emergência, não somente para o paciente em crise, mas para familiares e acompanhantes dele.

Os autores Barros, Tung e Mari (2010) apontam para a importância do trabalho humanizado que é realizado pela equipe das emergências psiquiátricas e como a atuação do psicólogo é fundamental na situação de crise, apontando para o acolhimento do paciente e manejo da crise, e também para o acolhimento e instrução dos familiares e acompanhantes do paciente acerca do manejo correto do caso e esclarecimentos pertinentes.

A forma como os serviços de emergências psiquiátricas se comunicam com os outros serviços hospitalares e extra-hospitalares, de modo onde ocorre a organização do sistema de internações e atendimentos, afastando-se da exaustão do sistema recebe bastante atenção dos autores em suas buscas, pois eles denotam que o trabalho desempenhado nas emergências psiquiátricas vai muito além da realização de encaminhamentos para internação total, pois de acordo com os autores a maneira como o serviço está estabilizado clinicamente e todo o suporte psicossocial que recebem o fazem mais estáveis (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

A ampliação dos serviços ocorreu após a Reforma da Assistência à Saúde Mental, e a exaustão que as redes de saúde mental viviam em decorrência aos obstáculos e a

insuficiência oferecida pelos serviços hospitalares e extra-hospitalares, desse modo, a partir disso, os autores puderam concluir que os serviços de emergências psiquiátricas merecem mais valorização e investimento, enfatizando os que estão localizados em hospitais gerais. Os autores recomendam o maior investimento nas políticas de saúde pública no Brasil para que a atenção na saúde mental possa ser ampliada e realizar maiores e melhores atendimentos (BEN *et al.*, 2017).

Kaplan e Sadock (2007) em seu *Compêndio de Psiquiatria* abordam sobre os serviços de emergências psiquiátricas, onde os autores relatam através de dados quais são os serviços mais procurados, os casos mais atendimentos, os principais transtornos e situações que acontecem com maior frequência dentro desses serviços. Os autores são responsáveis pela conceituação de emergência psiquiátrica mais utilizada entre os autores pesquisados, definindo-a como qualquer perturbação nos pensamentos, sentimentos ou ações que requer intervenção psicoterapêutica de forma imediata.

Os autores Kaplan e Sadock (2007) apresentam que existe um aumento no número de pacientes nas emergências psiquiátricas em decorrência da dependência de álcool e outras substâncias psicoativas, e pacientes com quadros de transtorno de humor bipolar, geralmente em episódios de crise de mania. Entretanto, os autores também expõem a necessidade da preparação dos profissionais para outros atendimentos como violências, suicídio, homicídio, estupro e questões sociais.

Os diagnósticos que mais aparecem nas emergências psiquiátricas são de transtornos de humor, transtornos esquizofrênicos e dependência de álcool (KAPLAN; SADOCK, 2007). No caso de pacientes agitados é importante que a equipe esteja atenta às ameaças à integridade física e também de outros pacientes que estão sob os cuidados da equipe, diante disso é de extrema relevância que: “o médico deve estar atento aos próprios sentimentos, avaliar o quanto que esses sentimentos de fato refletem a situação real e, principalmente, reconhecer que os comportamentos ameaçadores e hostis são manifestações clínicas de um transtorno mental” (BEN *et al.*, 2017, p. 108). O que indica uma das formas como o sofrimento psíquico pode levar o indivíduo a experimentar a emergência psiquiátrica, como era um dos objetivos específicos desta pesquisa.

A forma como é apontado no livro sobre o atendimento multidisciplinar e a importância da preparação profissional para lidar com situações que vão além do que se possa esperar, eles enfatizam que a atuação profissional deve ir além dos moldes pré-estabelecidos pela psiquiatria, abrindo espaço para que os outros profissionais envolvidos contribuam ativamente de todo o manejo (KAPLAN; SADOCK, 2007). Conforme os autores não existe

diferenciação de gênero dentro das salas de emergências psiquiátricas, porém os autores denotam que existem pacientes solteiros em maior número. Além disso, é tratado sobre a demanda de intento suicida decorrente de transtornos de humor, dependência de álcool e transtornos esquizofrênicos.

Os autores Kaplan e Sadock (2007) mencionam o atendimento realizado pelo psicólogo em parceria com o médico psiquiatra como efetivo e importante dentro do manejo nas emergências psiquiátricas, entretanto a atuação do psicólogo não é tão enfatizada por se tratar da escrita estritamente médica. Desse modo, a atuação do psicólogo em parceria com o médico psiquiatra e a equipe das emergências psiquiátricas é de suma importância para que o manejo clínico da crise seja realizado de maneira mais ampliada, podendo ser considerados diversos aspectos dentro do diagnóstico clínico e atendimento fornecido. Tal afirmação dos autores constitui-se como uma das respostas para um dos objetivos específicos desta pesquisa.

Ben *et al.* (2017) construíram um artigo onde são apresentados as diretrizes e os protocolos de avaliação de condições que são constantemente vistas nas emergências psiquiátricas, a considerar a avaliação de risco suicida e o manejo utilizado em casos de agitação psicomotora. Os autores relatam sobre o modo como os serviços de emergências psiquiátricas se comunicam, e como ocorre o diagnóstico diferencial do primeiro episódio psicótico.

De acordo com os autores Ben *et al.* (2017), a atuação dos profissionais das emergências psiquiátricas é permeada por tensão, alta concentração e níveis de estresse, pois conforme o que é apresentado, situações de agitação psicomotora com risco suicida colocam todos os profissionais em alerta máximo ao realizarem o manejo dos protocolos escolhidos para a situação e o caso apresentado.

De acordo com Kaplan e Sadock (2007) uma dificuldade evidente no que tange a saúde mental é o medo que os profissionais possam sentir em alguns casos pode prejudicar “o medo excessivo dos profissionais prejudicam o julgamento clínico levando a abordagens terapêuticas inadequadas, como o uso prematuro e em grandes quantidades de medicamentos sedativos e de restrições físicas agressivas”.

Desse modo, são apresentados protocolos de contenção e manejo de casos de agitação psicomotora, além de diretrizes para o manejo de situações onde há risco suicida. O trabalho é em conjunto e coletivo, onde cada profissional precisa desempenhar a sua função com precisão, e os aspectos do trabalho humanizado são bastante destacados no texto, pois os

autores parabenizam os profissionais por desenvolverem protocolos e diretrizes que preze ao máximo pela beneficência (BEN *et al.*, 2017).

São apresentadas situações onde aparecem os conflitos bioéticos de autonomia e beneficência, e não maleficência, que os autores apontam para pacientes em alto nível de agitação psicomotora que querem cometer atos automutiladores e apresentam enorme risco suicida, e também pacientes com grande risco para terceiros, sejam provocados por alucinações decorrentes de quadros esquizofrênicos. Nesses casos, as diretrizes recomendadas são as que propiciam e enfatizam maior benefício e menor prejuízo ao paciente (BEN *et al.*, 2017).

O princípio da beneficência corresponde a obrigação ética de promover o maior benefício e reduzir os prejuízos, sendo necessário que o profissional possua conhecimentos técnicos e científicos para que norteiem e assegurem a sua prática em benefício ao paciente, em contrapartida a não-maleficência corresponde a causar o menor prejuízo ou agravo à saúde do paciente, ou seja, não fazer mal a ele. O princípio da Justiça refere-se a igualdade de tratamento e a distribuição justa de recursos provenientes do Estado para a saúde, pesquisa e ciência etc. Estabelecendo a equidade como condição primordial, pois é de suma importância que cada pessoa receba o que é moralmente adequado, fugindo de julgamentos de cunho moral, religioso, financeiro etc. (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011).

De acordo com os autores Ben *et al.* (2017), as habilidades para realizar o manejo de situações nas emergências psiquiátricas é primordial para toda a equipe envolvida, por poderão ocorrer casos entrevista psiquiátrica e psicológica, e intervenções de cunho farmacológicos, além de controle de situações de agressividade e agitação psicomotora. Os autores destacam que é fundamental que todos os profissionais da equipe possam avaliar em conjunto todas as decisões tomadas, as abordagens utilizadas e os procedimentos instituídos.

A atuação do psicólogo é destacada pelos autores que o apontam como um membro essencial da equipe e responsável pela atuação psicoterapêutica, tomada de decisões e manejo de situações de crise, além de que apontam pela atuação do psicólogo que se alonga para os membros da família, amigos e acompanhantes do paciente em atendimento, o que torna a sua prática ainda mais necessária (SISSON *et al.*, 2009).

As equipes que atuam no SUS também devem além de tudo, manter um vínculo com o compromisso com essas famílias dos usuários, onde elas se comprometem a romper essa distância entre a equipe e a família (SISSON *et al.*, 2009).

A expressão de sentimentos da equipe de profissionais relacionados aos acontecimentos, e que entendam que o que acontece dentro das emergências psiquiátricas é

decorrente da sintomatologia do paciente, de modo que possam evitar que essas situações experienciadas possam influenciar de alguma forma em outras situações futuras. Os autores Ben *et al.* (2017) também apontam para a necessidade de a equipe avaliar e discutir os erros cometidos dentro das emergências psiquiátricas para que possam melhorar, discutir novas formas e traçar novos percursos que possam obter melhores resultados.

Em relação a atuação do psicólogo de forma isolada, os autores Ben *et al.* (2017) mencionam pouco, pois o foco está na equipe e na atuação conjunta de todos, entretanto os autores apontam para a forma como o trabalho do profissional da psicologia é primordial nas emergências psiquiátricas.

Conforme FERREIRA NETO (2010) sobre a atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde, onde o autor aborda sobre os principais impasses vivenciados pelo psicólogo, relacionando a inserção do psicólogo no SUS a partir da reforma psiquiátrica e considerando que o modelo utilizado pelos cursos de graduação em psicologia direcionam a atuação profissional para as clínicas particulares.

De acordo com FERREIRA NETO (2010), os modelos pelos quais os profissionais são submetidos ainda na graduação reforçam a identidade profissional clássica voltada para o atendimento individual em prejuízo a atuação mais ampla no âmbito da saúde. Desse modo, o autor discutiu o assunto com base na literatura disponível na metodologia de revisão bibliográfica.

De acordo com Poubel (2014), o atendimento prestado na emergência psiquiátrica deve atender aos critérios que preconize intervenções e manejos rápidos, de forma que seja preservada a integridade física e psíquica do paciente. No que tange o atendimento oferecido pelo SUS, os transtornos psiquiátricos agudos equivalem a 10% de todos os atendimentos de urgência e emergência oferecidos em hospitais gerais e nas unidades de pronto atendimento (BRASIL, 2011).

FERREIRA NETO (2010) discute a parte dos moldes das instituições de graduação a forma como o profissional de psicologia é direcionado ao atendimento clínico privado, o que o gera enormes prejuízos, pois o psicólogo não é preparado para atuar nos espaços públicos de saúde, desse modo não é preparado para atuar nos serviços de emergência psiquiátrica do SUS, que atua de modo integrado a toda a rede.

Com esse dado, discute-se que quando o psicólogo possui dificuldades ou desconhecimento acerca do funcionamento do SUS e da rede de saúde mental, isso atrasa o seu trabalho e prejudica o seu desempenho, fazendo com que ele tenha seu potencial de atuação reduzido, o que também pode gerar detrimientos nas unidades de emergência

psiquiátrica. Pois quando houver necessidade, e na maioria das vezes há necessidade, do acionamento de outras partes da rede para o encaminhamento do paciente, ou para o manejo completo, amplo e adequado do caso, o profissional pode não saber se portar com tamanha maestria. Afirma-se ainda que os conhecimentos específicos sobre o SUS deveriam ser amplamente estudados de forma mais aprofundada e enfatizada pelas instituições de graduação, e o autor tece uma dura crítica a isso. O autor citado realça a importância da ampliação da atuação do psicólogo das equipes de saúde mental para além do contexto clínico privado, sem desprezar a importância da clínica privada (BEN *et al.*, 2017).

Outro ponto relevante a ser discutido é o Serviço Móvel de Urgência e Emergência - SAMU, pois ele pode ser a porta de entrada que na maioria das vezes assiste às demandas de saúde mental para encaminhá-las para os serviços apropriados. É através do SAMU que muitos pacientes recebem o atendimento psiquiátrico inicial e imediato (POUBEL, 2014).

O SAMU pode ser a porta de entrada do paciente para as emergências psiquiátricas, do mesmo modo que as emergências em alguns casos são a porta de entrada para a rede de atenção à saúde, pois ele tem como atributos caracterizar dimensões diagnósticas, etiológicas e psicossociais do paciente e encaixá-lo no tratamento adequado (BEN *et al.*, 2017).

Foi a partir da criação da Lei n. 10.216 de 2001 e da instituição da Rede de Atenção Psicossocial, por meio da Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) passou a fazer parte dessa rede, com o objetivo de atender situações de urgências e emergências psiquiátricas, como por exemplo as crises psíquicas, que acontecem quando o sujeito necessita de uma assistência apropriada com a finalidade de evitar danos permanentes ou temporários a sua integridade física e psíquica. Nesse sentido, “o SAMU realiza os atendimentos psiquiátricos com o propósito de atuar positivamente frente aos sujeitos em crise e de transportá-los com segurança até o serviço adequado dentro da rede de atenção” (VELOSO *et al.*, 2018, p. 2).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi supramencionado nesta pesquisa, foi possível observar como a presença do psicólogo nas emergências psiquiátricas é essencial e primordial, e conclui-se que a pesquisa atendeu aos seus objetivos, tanto geral, como específicos, e às suas hipóteses levantadas. Pois foi possível confirmar a partir da revisão de literatura que foi realizada, como ocorre a atuação do psicólogo, da equipe de envolvida, além do levantamento da discussão sobre o sofrimento do paciente que chega até as unidades de emergência psiquiátrica, e as diretrizes sobre o manejo do atendimento.

No primeiro capítulo foi abordado sobre as emergências psiquiátricas, apontando a definição e composição dessas unidades, além de realçar os tipos de atendimentos realizados e a forma como é feito o manejo de situações dentro das emergências psiquiátricas. No segundo capítulo foi apresentado e discutido a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de conceder como se deu esse processo e explanando acerca da importância do SUS para a atuação do psicólogo. No terceiro capítulo foi discutido como a Rede de Atenção Psicossocial é importante, visto que grande parte da demanda das emergências psiquiátricas possui demandas que posteriormente poderão ser encaminhadas para o atendimento. No quarto capítulo foi tratado sobre a atuação do psicólogo na saúde mental, perpassando o âmbito público e privado da prática. No quinto capítulo é discutido sobre a atuação do psicólogo nas emergências psiquiátricas, perpassando por impasses e questões legais e aspectos éticos. Como resposta ao problema de pesquisa observa-se as diretrizes e práticas realizadas para o psicólogo nas emergências psiquiátricas, que norteiam a atuação do psicólogo pautada na ética e na preservação e defesa dos direitos humanos, rompendo com quaisquer práticas que possuam ligação com o modelo clássico que era utilizado nos manicômios. A Psicologia está presente nas unidades psiquiátricas e a sua atuação é definida pela ética, pelo compromisso social e defesa dos direitos humanos.

Este trabalho, portanto, acarreta considerável relevância social, acadêmica e pessoal. Em tempos nos quais existe uma alta na demanda nas unidades de emergência psiquiátrica, e a atuação do psicólogo faz-se necessária para a composição da equipe e para o atendimento ao usuário do serviço. Os objetivos dessa pesquisa foram alcançados com êxito, visto que foram estudados e discutidos o que a literatura apresenta sobre a atuação do psicólogo nas emergências psiquiátricas. Visto que, a presença do psicólogo nas emergências psiquiátricas contribui para melhor oferta de serviços ao paciente, maior possibilidade de manejo adequado da situação, promoção de atendimento em saúde mental norteado por princípios éticos e científicos. Além de que, esta pesquisa denota sobre as situações que na maioria das vezes

levam o paciente a buscar atendimento nas unidades psiquiátricas, tais como situações onde existem diagnóstico ou manifestação de sintomas do transtorno afetivo bipolar, ideação ou intento suicida, abuso de drogas. A presente pesquisa aborda sobre as principais demandas e na atuação da psicologia dentro desse contexto.

A psicologia dentro das emergências psiquiátricas atua de forma integralmente ética, científica e pautada na defesa e preservação dos direitos humanos, e visa combater e denunciar quaisquer tipos de condutas que não estejam de acordo com a conduta ética e profissional que deve ser exercida. Não há espaço para violação dos direitos humanos ou condutas que estejam baseadas no modelo clássico dos manicômios. Dessa forma, a atuação do psicólogo é imprescindível dentro das emergências psiquiátricas.

Entretanto, a pesquisa não pode ser usada como parâmetro para se analisar em larga escala, a atuação do psicólogo nas emergências psiquiátricas. Isso ocorre porque os materiais selecionados não totalizam tudo o que existe a respeito do assunto, de forma que não é possível afirmar que tem validade estatística. Entretanto, como pesquisa qualitativa corresponde às suas expectativas.

Sendo assim, sugere-se a realização de outros estudos, realizados em maior escala quantitativa; que abarque outros estudos existentes, que utilizem outras plataformas e até mesmo publicações em outros idiomas. A temática é atual e demanda análises cada vez mais completas e atualizadas, para que se possa substanciar teoricamente a atuação do psicólogo nas emergências psiquiátricas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, e00129519, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 28 de Junho de 2020.

ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 14, n. 02, p.183-201, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012>. Acessado em: 10 out 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3sticoe-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>>. Acessado em: 10 out 2019.

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 32, n. 2, p. S71-S77, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600003>>. Acessado em: 10 out 2019.

BRASIL, Casa Civil. **Lei nº 10.216**, 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

_____. **Lei nº 10.406**, 2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jan. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acessado em: 10 outubro 2019.

_____. Gabinete do Ministro **Portaria MS/GM nº 2.391**, de 26 dez. 2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; Poder Executivo, Brasília, DF, 27 dez. 2002. Seção 1, p. 349-50.

_____. **Diretrizes para a atenção integral às situações de crise e urgência em saúde mental**. CNSM/MS, 2013.

_____. **Política Nacional de Atenção às Urgências:** Diretrizes e mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização –SE da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BEN, C. M. *et al.* Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, n.1, p. 98-112, 2017. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/SIMP10-Emergencias-Psiquiatricas.pdf>>. Acessado em: 10 outubro 2019.

BERNARDO, M. H.; CINTRA, M. S. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37 n. 4, p. 883-896, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000400883>. Acessado em: 10 outubro 2019.

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral:** interconsulta e emergência. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. **A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil:** uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). Anais do Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, 2019 - Número ISBN: 978-65-80460-61-8. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/202550>>. Acessado em 28 de Junho de 2020.

Conselho Federal de Medicina (CFM). **Código de Ética Médica**, 2010. Disponível em: <<http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>>. Acessado em: 10 outubro 2019.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). **Código de Ética Profissional do Psicólogo**, 2005. Disponível em: <http://www.crpssp.org.br/portal/orientacao/codigo/fr_codigo_etica_new.aspx>. Acessado em: 10 outubro 2019.

_____. **Documento de referências técnicas para a atuação de psicólogas (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas.** Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <<http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/artes-graficas/arquivos/2013-CREPOP-Alcool-Drogas.pdf>>. Acessado em: 10 outubro 2019.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DANELUCI, R. C. **Psicologia e unidades básicas de saúde:** contextualização das práticas de atenção básica. Orientadora: Elisa Maria Parahyba Campos. 2010. 154f. (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-29042011-155332/publico/daneluci_me.pdf>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

DIAS, J. C. *et al.* Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. **J. bras. Psiquiatr.**, v. 52, n. 5, p. 341-348, 2003. Disponível em: <http://www.site.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Temas_Revelantes/Reducao_d

e_danos_posicoes_da_Associacao_Brasileira_de_Psiquiatria_e_da_Associacao_Brasileira.pdf>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

GARCIA, A. S. “**A Inserção do Psicólogo no SUS: Reflexões sobre a Prática**”. Assis, SP: Universidade Estadual Paulista, 2006. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/100_ANDREIA_SANCHES_GARCIA.pdf>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n7/2327-2338/pt>>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica** (9ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

MOURA, J. A. **História da assistência à saúde mental no Brasil: da reforma psiquiátrica à construção dos mecanismos de atenção psicossocial**. Junho, 2011. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-asaude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencapicossocial>>. Acessado em: 28 de Junho de 2020.

FERREIRA NETO, J. L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 2, p. 390-403, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200013>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

Organização das Nações Unidas (ONU). **A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental**, 1991. Disponível em: <<http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/11>>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

OLIVEIRA, C. F. *et al.* **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/OPAS/UNICAMP, 2006.

PEREIRA, S. F. S.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300035>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

PINHO, M. A. Saúde mental, mudança social e discurso bioético: uma face da desinstitucionalização revelada em uma notícia de jornal. **Physis [online]**, v. 19, n. 3, p. 817-828, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300015&lang=pt>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

POUBEL, P. F. Psicologia na Saúde Pública. **Revista ECOS**, v. 4, n. 2, 2014.

SARACENO, B. A.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

SCARCELLI, I. R.; JUNQUEIRA, V. O SUS como desafio para a formação em psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 2, p. 340-357, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932011000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: A exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 36, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000100002>. Acessado em: 28 de Junho de 2020.

SISSON, M. C. *et al.* Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Aletheia**, n. 30, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200010>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

SOUZA, R. P. *et al.* A atuação do psicólogo no sistema único de saúde: uma revisão. **Interbio**, v. 6, n. 1, 2012.

STERIAN, A. **Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

VELOSO, C. *et al.* Atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo serviço pré-hospitalar móvel de urgência. **Texto contexto - enferm.**, v. 27, n. 2, e0170016, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200322&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 05 julho 2020.

WEBER, C. A. T.; JURUENA, M. F. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. **Psic., Saúde & Doenças [online]**, v. 18, n. 3, p. 640-656, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 13 de setembro de 2019.

YAMAMOTO, O. H. *et al.* A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. **Interação em Psicologia**, v. 9, n.2, p. 273-283, 2005. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/4790/3677>>. Acessado em: 05 julho 2020.