



## Avaliação psicológica em crise de saúde mental: prática realizada em um programa de residência

Psychological assessment in mental health crises: a practice carried out in a residency program

Viviane Franceschini Longhi <sup>1</sup>  
Maurício João Costacurta <sup>2</sup>  
Denilsen Carvalho Gomes <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista em Urgência e Emergência pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais em parceria com as Faculdades Pequeno Príncipe. Psicóloga no Hospital Marcelino Champagnat. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1309-3392>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3354514628363045>  
E-mail: [vivianefranceschini@gmail.com](mailto:vivianefranceschini@gmail.com)

<sup>2</sup> Especialista em Psicologia Clínica. Tutor da Residência Multiprofissional em Urgência da Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2358-3213>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7703988504605992>  
E-mail: [mauriciojcostacurta@gmail.com](mailto:mauriciojcostacurta@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Urgência da Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9555-2948>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8700249861870028>  
E-mail: [deni.gomes@gmail.com](mailto:deni.gomes@gmail.com)

### RESUMO

Objetivo: Descrever a avaliação psicológica realizada com usuários em crise de saúde mental em uma Unidade de Pronto-Atendimento 24h (UPA 24h). Método: Trata-se de um relato de experiência acerca da avaliação psicológica realizada em uma UPA 24h, de um município do Sul do Brasil, a partir das experiências vivenciadas em um Programa de Residência Multiprofissional em Urgência. Resultados: Foram destacados os seguintes componentes da avaliação: entrevista semiestruturada, exame do estado mental, coleta de informações com rede de apoio, diagnóstico situacional e classificação de risco. Considerações finais: Concluiu-se que, a avaliação psicológica em crise de saúde mental no contexto de um serviço de urgência e emergência pode ocorrer de forma terapêutica e ética, respeitando os princípios e diretrizes do SUS e da humanização, colaborando para a estabilização da crise e posterior encaminhamento do usuário aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

**Palavras-chave:** psicologia; saúde mental; emergências.

### ABSTRACT

Purpose: To describe the psychological assessment performed with users in mental health crises at a 24-hour emergency care unit. Method: This is an experience report regarding the psychological assessment performed at a 24-hour emergency care unit of a municipality in southern Brazil from the experiences had in a Multiprofessional Emergency Residency Program. Results: The following components of the assessment were highlighted: semistructured interview, mental state examination, collection of information with the support network, situational diagnosis, and risk classification. Final considerations: It was concluded that the psychological assessment during mental health crises in the context of an urgency and emergency service may occur therapeutically and ethically, respecting the principles and guidelines of the Unified Health System and humanization, collaborating to the stabilization of the crisis and later referral of the user to the Psychosocial Care Network services.

**Keywords:** psychology; mental health; emergencies.



## INTRODUÇÃO

A avaliação psicológica é definida pelo Conselho Federal de Psicologia como um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, contendo métodos, técnicas e instrumentos, que fornecem informações à tomada de decisão no domínio individual, grupal ou institucional, baseada em demandas, condições e finalidades específicas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). É prevista como função privativa do psicólogo (BRASIL, 1962) e deve ser norteada pelos princípios do Código de Ética Profissional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Na área de saúde, a psicologia tem como base a concepção ampliada de saúde, que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004; STRAUB, 2005). Na avaliação psicológica em estabelecimentos de saúde, o objetivo é fornecer uma compreensão dos aspectos da vida da pessoa e de sua relação com o adoecimento. É uma ferramenta adequada para definição ou formulação de hipóteses diagnósticas e indicação de tratamentos adequados (CAPITÃO; SCORTEGANA; BAPTISTA, 2005; STRAUB, 2005).

Neste cenário, um dos desafios é a superação do modelo biomédico e a construção da compreensão da multideterminação da saúde, que considera a relação entre as condições individuais, psicológicas, sociais, econômicas e a rede de suporte social com o ambiente em que o sujeito vive, para identificação de fatores presentes no processo saúde-doença (CAPITÃO; SCORTEGANA; BAPTISTA, 2005; STRAUB, 2005).

Entre os serviços de saúde em que a avaliação psicológica pode ser realizada, encontra-se a Unidade de Pronto-Atendimento 24h (UPA 24h), equipamento de atenção às urgências pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a).

A UPA 24h é um estabelecimento intermediário entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a rede hospitalar que objetiva prestar atendimento imediato, resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, buscando estabilizá-los e realizando investigação diagnóstica inicial (BRASIL, 2011a). É componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010), da Rede de Atenção às Urgências (RAU) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b).

A RAU prevê a garantia de universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e provenientes de causas externas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a). Sendo assim, os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b).

Dessa forma, considerando o acesso universal, integral e equânime à saúde (BRASIL, 1990), a proteção dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001), compreende-se que a crise em saúde mental é demanda para



atendimento nos serviços de urgência e emergência do SUS.

A crise em saúde mental pode ser caracterizada por uma situação complexa de desencadeamento psíquico no que diz respeito aos afetos, pensamentos e comportamentos vivenciados pelo sujeito de forma interruptiva, que o retira de seu estado habitual e realiza uma quebra na continuidade da vida. É permeada por grave sofrimento, sendo geradora de incômodo e angústia, onde o sujeito pode apresentar ações incompreendidas por ele próprio e pelas pessoas que o cercam (ALMEIDA *et al.*, 2014; COSTA, 2007; MARTINS, 2017).

Na crise, os indivíduos estão sujeitos a complicações em razão do seu estado emocional e psíquico, podendo levar a ações suicidas, de automutilação, risco à vida e a integridade física de si e/ou de terceiros (OLIVEIRA, 2002).

Nesse contexto, a avaliação psicológica é o processo utilizado para identificação da queixa do usuário, compreensão dos fatores manifestos, singulares e biopsicossociais da crise em saúde mental, com o objetivo de formular o diagnóstico situacional e a classificação de risco pelos profissionais de psicologia. Isso colabora para a definição de estratégias de cuidado que auxiliem na estabilização da crise e posterior encaminhamento para tratamento em serviços da RAPS.

Este trabalho objetiva descrever a avaliação psicológica realizada com usuários em crise de saúde mental em uma unidade de pronto-atendimento 24h, a partir da experiência vivenciada em um Programa de Residência Multiprofissional em Urgência.

## MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência acerca da avaliação psicológica realizada em uma UPA 24h, de um município do Sul do Brasil, a partir das experiências vivenciadas em um Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Secretaria Municipal de Saúde do município em questão.

A Residência Multiprofissional é uma modalidade de especialização *lato sensu*, que preconiza o ensino em serviço. É orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, considerando as necessidades e realidades locais e regionais (BRASIL, 2005). A UPA 24h é um dos campos de prática do programa de residência, que é composto pelas áreas de Enfermagem, Serviço Social e Psicologia. O período de inserção dos residentes de psicologia nesse serviço corresponde a quatro dias da semana, das 07h00 às 13h00, durante aproximadamente dois anos.

Com base em Leppaus *et al.*, 2018; American Psychiatric Association, 2014; Botega, 2012, 2015; Mantovani *et al.*, 2010 e Dalgalarrodo, 2008 este relato de experiência descreve o processo de avaliação psicológica. Para tal, foca nos seguintes componentes da avaliação: entrevista semiestruturada, exame do estado mental, coleta de informações com rede de apoio, diagnóstico situacional e classificação de risco. Essa escolha se justifica porque os três primeiros compreendem as principais fontes de informação para o processo de avaliação psicológica a partir da coleta de dados com o usuário e a rede de apoio. O diagnóstico situacional compreende uma interpretação das



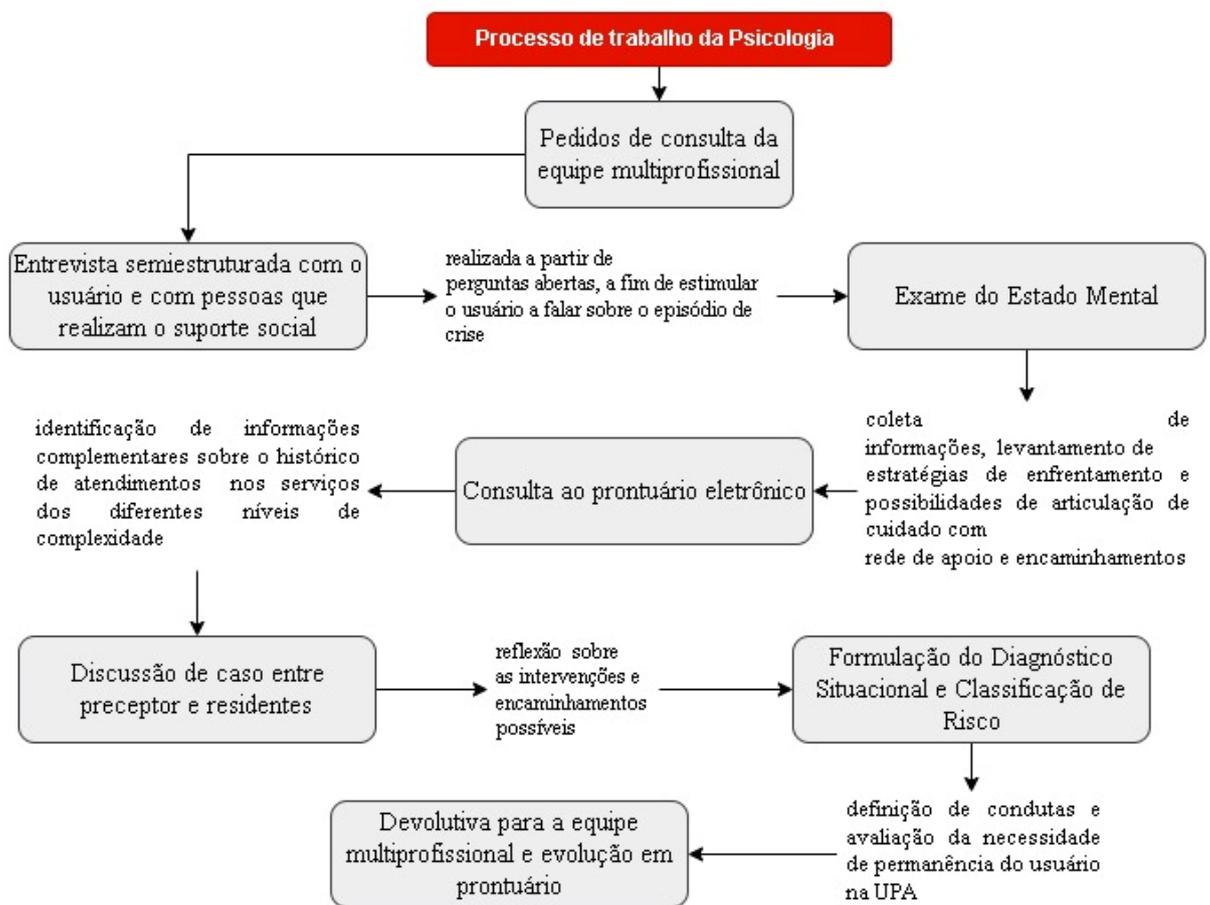
informações coletadas para a compreensão da crise; enquanto a classificação de risco faz parte do desenvolvimento de hipóteses e indicação dos resultados do processo de avaliação, como objetivo de compreender o nível de gravidade do episódio de urgência e auxiliar na determinação de condutas terapêuticas.

Como se trata de um relato de experiência não houve necessidade de apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa conforme disposto na Resolução CNS/CONEP número 510/16.

## RESULTADOS

O processo de trabalho da psicologia na UPA 24h está representado na Figura 1.

Figura 1 – Processo de trabalho da Psicologia na UPA 24h.



Fonte: os autores, 2022.

### Entrevista semiestruturada

No primeiro contato com o usuário e acompanhante, o residente se apresenta e explica sobre a necessidade de avaliação psicológica. Geralmente nesse momento, o usuário encontra-se no leito com ou sem alterações de psicomotricidade (lentificação ou agitação psicomotora), ou contido



mecanicamente no leito.

Quando se encontra no leito sem contenção mecânica, é reservado um tempo para que o usuário realize cuidados de higiene pessoal ou troca de roupas, conforme necessidade. Se o usuário apresenta sinais preditores de agitação psicomotora e heteroagressividade ou está contido mecanicamente a avaliação ocorre na beira do leito, de forma individual ou na presença do acompanhante. Quando não apresenta alterações nesse sentido, a entrevista ocorre em consultório, e após sua finalização, o usuário decide por participar ou não da coleta de informações com a rede de apoio. Cabe mencionar que se o usuário está contido mecanicamente, a reavaliação da necessidade de contenção ocorre em conjunto com equipe multiprofissional, usuário e acompanhante.

As questões da entrevista são direcionadas e aprofundadas a partir do próprio discurso do usuário, não ocorrendo de forma protocolar e linear, considerando a imprevisibilidade de manifestações da crise, com condução dinâmica e adaptável. É necessário estimular o usuário a falar sobre o estranhamento, desconforto ou sofrimento causado pela crise e entender seus disparadores ou potencializadores, como estímulo à produção de sentido/significado sobre essas manifestações, o que representam para quem a vivencia e o que buscam comunicar.

Se as informações necessárias para a avaliação não surgem a partir de discurso espontâneo, é necessário coletá-las de forma ativa e diretiva. Na maioria dos casos a avaliação ocorre apenas em um encontro, o que implica no levantamento completo de informações em tempo limitado, a fim de realizar intervenções rápidas e efetivas, considerando a necessidade de atendimento imediato e o nível de agudização das manifestações na urgência em saúde mental.

As principais queixas encaminhadas para avaliação são: (i) comportamento suicida (ideação e tentativa) e (ii) manifestações de agitação psicomotora, auto e heteroagressividade. Há informações específicas a serem aprofundadas conforme as manifestações de crise apresentadas:

- i) Comportamento suicida: tipo de ideação (ativa ou passiva); planejamento (formas, letalidade, acesso ao meio); intenção (rígida ou ambivalente); histórico de tentativas; disparadores de angústia; fatores de risco e protetivos; presença de alterações da sensopercepção e pensamento; frequência e intensidade de sintomas; suporte social; histórico de tratamento e adesão (DALGALARRONDO, 2008; BOTEGA, 2015).
- ii) Manifestações de agitação psicomotora, auto e heteroagressividade (MANTOVANI *et al.*, 2010): sinais preditores (atitude hostil, heteroagressividade verbal, inquietação psicomotora) e seu início; alterações da sensopercepção; ideação suicida ou homicida; intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas; condições orgânicas; alterações de sono; capacidade de crítica e julgamento da realidade; suporte social; histórico de tratamento e adesão (DALGALARRONDO, 2008).

De forma abrangente, o comportamento suicida e as manifestações de agitação psicomotora podem estar associados a fatores como: (i) intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas;



(ii) alterações do pensamento e sensopercepção; (iii) alterações de humor; e (iv) alterações psíquicas relacionadas às condições orgânicas, os quais demandam a coleta de informações específicas:

- i) Intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas (BOTEGA, 2012): substâncias psicoativas em uso; histórico (período de início, frequência e quantidade); presença de sofrimento psíquico e alterações de funções psíquicas; estratégias de enfrentamento; períodos de abstinência; sintomas (físicos e psíquicos) relacionados à crise; suporte social; histórico de tratamento e adesão (DALGALARRONDO, 2008).
- ii) Alterações de pensamento e sensopercepção: histórico de sintomas; presença de alucinação; delírio; alterações psicomotoras; sintomas da crise atual; possibilidades de manejo; fatores precipitantes; histórico de tratamento e adesão; suporte social; juízo crítico da realidade (DALGALARRONDO, 2008; BOTEGA, 2012).
- iii) Alterações de humor: deprimido ou hipotímico – tristeza intensa e persistente; eufórico ou hipertímico – humor persistentemente elevado, ansioso ou irritável; início e frequência dos sintomas; sintomas da crise atual; histórico de tratamento e adesão; fatores precipitantes; suporte social; juízo crítico da realidade (DALGALARRONDO, 2008).
- iv) Alterações psíquicas relacionadas a condições orgânicas: o psicólogo colabora na formulação de diagnóstico diferencial, por meio da coleta de informações como: histórico de doenças crônicas; sintomas agudos; histórico de sintomas de sofrimento psíquico e tratamento em saúde mental; alterações do pensamento e sensopercepção; déficit cognitivo; prejuízo no juízo crítico da realidade e suporte social (DALGALARRONDO, 2008; BOTEGA, 2012).

Há uma variedade importante de informações a serem levantadas e aprofundadas na avaliação, devido à multiplicidade de manifestações e fatores relacionados à crise em saúde mental. Em diversos casos, aspectos das diferentes queixas estão associados e articulados, formando combinações entre duas ou mais queixas, por isso a coleta de informações precisa ser o mais completa possível.

### **Exame do estado mental**

O exame do estado mental considera a percepção do profissional acerca das funções psíquicas e suas alterações, e utiliza perguntas dirigidas quando não surgem de forma espontânea. É formulado no processo de reflexão nos momentos posteriores a entrevista, durante a discussão de caso entre residente e preceptor.

A avaliação dessas funções possui caráter momentâneo, pois pode se modificar durante o período de observação no serviço. Estas informações influenciam diretamente na formulação de classificação de risco do caso.

Os aspectos de apresentação e funções psíquicas são avaliados, considerando a presença ou



não de alterações: estado de consciência; atitude diante do entrevistador; discurso; apresentação: higiene e vestes; vigilância; tenacidade; memória; orientação: auto e alopsíquica; pensamento: curso, forma e conteúdo; sensopercepção; humor; afeto; pragmatismo; psicomotricidade; capacidade de crítica e julgamento da realidade (DALGALARRONDO, 2008; BOTEGA, 2012).

### **Coleta de informações com rede de apoio**

A coleta de informações com rede de apoio é parte importante do processo avaliativo e ocorre por meio de entrevista semiestruturada. Na UPA 24h em questão, os usuários em crise de saúde mental podem ter acompanhantes em tempo integral, independentemente da idade.

Quando possível, ocorre em um primeiro momento com o acompanhante. Se essa pessoa não possui proximidade, ou o usuário está desacompanhado, é solicitada a presença de uma pessoa que possua laços afetivos ou de convivência. Tem por objetivo levantar informações sobre sua percepção em relação à crise do usuário, histórico e tratamento e a disponibilidade para o cuidado no momento de crise e pós-alta.

Essas informações são somadas às coletadas com o usuário e auxiliam na definição do diagnóstico situacional, da classificação de risco e de intervenções necessárias, como: reuniões familiares para mediações de conflito e explicação sobre a condição de saúde mental do usuário; orientações sobre cuidado e vigilância domiciliar a fim de prevenir novas crises; e fortalecimento do suporte social para o cuidado compartilhado.

### **Diagnóstico situacional e classificação de risco**

Todo o processo avaliativo resulta no diagnóstico situacional e na classificação de risco. O diagnóstico situacional se refere à compreensão da crise em saúde mental de forma ampliada e embasa a discussão sobre a formulação da classificação de risco. Os critérios utilizados são: i) gravidade da crise atual, presença de risco à vida e integridade física de si e a terceiros; ii) histórico de crises; iii) histórico, adesão e desejo por tratamento em saúde mental; iv) estratégias de enfrentamento; v) capacidade de crítica sobre a própria crise; vi) avaliação de suporte social para realização de cuidados domiciliares; vii) fatores protetivos e agravantes.

A classificação de risco é a compreensão da gravidade atual para determinar a conduta referente a cada caso. Essa classificação também embasa a discussão sobre necessidade de reavaliação e permanência do usuário no serviço, assim como a formulação de condutas que colaborem para estabilização da crise atual em conjunto com a equipe assistencial, e também orienta a decisão dos encaminhamentos posteriores, considerando o nível de complexidade.

As possíveis classificações são: emergência; muito urgente; urgente e pouco urgente. Considera-se como principal critério a presença de manifestações que possam ocasionar risco iminente à vida e à integridade do usuário e de terceiros. Os fatores protetivos ou agravantes compreendem aspectos que influenciam na gravidade de casos em saúde mental, a partir da percepção crítica que o usuário



apresenta sobre os sintomas e responsividade ao manejo verbal, histórico de adesão ao tratamento e características do suporte social para a realização de cuidado compartilhado.

No Quadro 1 são apresentados a classificação e conduta, os critérios de avaliação e os fatores agravantes e protetivos (LEPPAUS *et al.*, 2018; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BOTEGA, 2012, 2015; MANTOVANI *et al.*, 2010; DALGALARRONDO, 2008) da classificação de risco realizada na Unidade de Pronto Atendimento, pela Psicologia.

Quadro 1 – Classificação de risco realizada pelo serviço de Psicologia em UPA – Classificação e conduta, critérios de avaliação e fatores agravantes ou protetivos, 2022.

<b>Classificação / Conduta</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>	<b>Fatores agravantes ou protetivos</b>
Emergência / Atendimento imediato e permanência na unidade	Agitação psicomotora; comportamento deliberado de autoagressão ou heteroagressividade física e contra objetos; alteração do pensamento; alteração da sensopercepção; alterações de humor; intoxicação aguda ou abstinência de substâncias psicoativas ou medicações; catatonia; desorientação auto e/ou alopsíquica; confusão mental; prejuízo na memória e capacidade de crítica e julgamento da realidade. Tentativa de suicídio.	Nenhuma responsividade ao manejo verbal;  Histórico de baixa adesão ao tratamento;  Suporte social fragilizado ou inexistente.
Muito urgente / Atendimento rápido e permanência na unidade	Inquietação psicomotora ou lentificação psicomotora; taquilalia; solilóquios; heteroagressividade verbal; ideação suicida, com planejamento e intenção; risco iminente de autoagressão.	Baixa responsividade ao manejo verbal;  Histórico de baixa adesão ao tratamento;  Suporte social fragilizado.
Urgente / Atendimento no mesmo dia, avaliar necessidade de observação	Ideação suicida ativa, sem planejamento e intenção ambivalente; uso abusivo de substâncias psicoativas ou medicações; sem alterações do pensamento e/ou sensopercepção; alterações de humor; prejuízo na memória; desorientação alopsíquica; orientação autopsíquica presente; capacidade de crítica presente.	Boa responsividade ao manejo verbal;  Histórico de adesão ao tratamento e/ou desejo por tratamento;  Suporte social presente.



<p>Pouco urgente / Atendimento no dia e possível alta</p>	<p>Ideias de morte; sem alteração significativa de funções psíquicas; insônia; episódios de uso abusivo de substâncias psicoativas ou medicação; orientação auto e alopática preservadas; capacidade de crítica presente.</p>	<p>Controle espontâneo de sintomas;  Histórico de adesão ao tratamento e/ou desejo por tratamento;  Suporte social presente.</p>
---	---	--

Fonte: Adaptado de Leppaus *et al.*, 2018; American Psychiatric Association, 2014; Botega, 2012, 2015; Mantovani *et al.*, 2010; Dalgarrondo, 2008.

Quando o usuário é vinculado a algum serviço de referência é realizada comunicação com o serviço para articular o melhor encaminhamento. Quando é definida, pelo médico assistente em conjunto com a equipe, a permanência do usuário em observação, é realizada a reavaliação psicológica no dia seguinte, na qual são direcionados questionamentos ao usuário sobre a evolução do seu quadro durante esse período. Após alta médica, ocorrem orientações ao usuário e rede de suporte social sobre encaminhamentos para serviços da RAPS, com o intuito de propiciar o início da vinculação do usuário aos serviços para tratamento em saúde mental e dos cuidados domiciliares a fim de prevenir novos episódios de crise.

Esgotadas as possibilidades de encaminhamento em serviços de base comunitária, constatada a baixa adesão ao tratamento ambulatorial, gravidade do caso e fragilidade/ausência de suporte social, como último recurso, torna-se necessária a inclusão, pela equipe médica, do usuário na Central de Leitos Psiquiátricos da Secretaria Estadual de Saúde para internamento em Hospital Especializado em Saúde Mental.

## DISCUSSÃO

No contexto das unidades de urgências e emergência, a entrevista se dá muitas vezes em um encontro e ocorre de forma pontual. Nesses ambientes, os atendimentos são breves e focais e o psicólogo tem acesso ao usuário durante a situação de crise, porém, a emergência estende-se aos períodos que precedem a crise e lhe são consecutivos (MOURA, 1996; STERIAN, 2001).

Essas questões implicam na necessidade da identificação do máximo de informações, no menor tempo possível, com a finalidade de levantar hipóteses sobre as vivências do usuário, que norteiem um diagnóstico e uma proposta terapêutica (ROSSI, 2008; STERIAN, 2001). Isso requer do profissional o uso imediato de suas habilidades, com uma postura acolhedora e diretiva (ROSSI, 2008).

A prática realizada durante a avaliação psicológica em crise de saúde mental na UPA 24h considera as especificidades da entrevista semiestruturada e o contexto de urgência e emergência. É



embasada pelo paradigma psicossocial e seus pressupostos, compreendendo a necessidade de uma abordagem que contemple as articulações entre o que está na ordem do social e o que faz parte do psíquico, considerando a multidimensionalidade da clínica, que envolve aspectos de interação entre o biológico, o psicológico, o meio ambiente natural e o social, enfatizando a interdependência dos fenômenos biopsicossociais que marcam a história de vida do usuário (ALVES; FRANCISCO, 2009).

Durante a entrevista são realizados questionamentos em função das respostas do usuário, abrindo possibilidade para novas perguntas, que contribuam para compreensão da questão principal (TRIVIÑOS, 1987; HUTZ, 2015). A fala e a escuta possibilitam ao usuário a percepção e organização do sofrimento conforme sua história de vida, o que contém uma potência de produção de sentidos sobre o episódio e alívio de angústia. Essas questões vão além de um diagnóstico, resultam em intervenções terapêuticas que possibilitam reflexão, elaboração e possibilidade de mudança.

É necessário considerar que apesar do sofrimento inegável que a crise causa, ela possui uma dimensão de transformação e novas possibilidades de ser e estar no mundo, colocando o sujeito em um lugar de questionamento (ALMEIDA *et al.*, 2014; BOFF, 2002; BICHUETTI, 2000).

O exame do estado mental realizado na UPA 24h é embasado por definições encontradas na literatura (ZUARDI; LOUREIRO, 1996; DALGALARRONDO, 2008; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), aliadas à experiência prática dos profissionais de psicologia, o que ancora o aprendizado em serviço num Programa de Residência Multiprofissional.

Durante as ações em saúde, minimamente, três dimensões devem ser avaliadas: i) clínica – quadro sintomatológico e comorbidades; ii) de laço social – rede de suporte, família, trabalho, renda, cultura; iii) singularidade – subjetividade e questões psíquicas do sofrimento (CAMPOS, 2007). Isso colabora para a contextualização da crise com a singularidade do sujeito, considerando que o episódio de urgência é um recorte em sua vida, que necessita ser articulado de forma integral, e não apenas uma manifestação sintomática que deve ser suprimida no serviço.

A necessidade de escutar o relato das pessoas que realizam o suporte social sobre a crise, também se dá pela percepção de que, em diversas situações, são estes que ao perceberem modificações (sinais de sofrimento) que interferem no comportamento do sujeito e afetam a rotina, decidem sobre a necessidade de atendimento imediato e acionam os serviços de urgência (BONFADA; GUIMARÃES, 2012; MARTINS, 2017). A crise é compreendida como a vivência de um momento complexo na vida de uma pessoa ou grupo, que pode causar repercussões nas relações e laços afetivos para os envolvidos (BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

A partir da articulação desses dados, são formuladas orientações de cuidado domiciliar a partir da realidade do suporte social e das possibilidades de cada caso. É ressaltada também a importância da continuidade do tratamento em serviços componentes da RAPS.

A cronificação e intensificação do sofrimento psíquico podem fragilizar o suporte social, devido à dificuldade de compreensão e adoecimento da rede de apoio. Nesses casos, orienta-se



sobre as possibilidades de organização/revezamento de cuidadores e sobre serviços de tratamento em saúde mental para os responsáveis pelo cuidado. Essas ações possuem como objetivo incluir e envolver a rede de apoio para participar da compreensão e do processo de tratamento do usuário, para a efetivação de uma atenção que procure manter os laços sociais, ambientais e afetivos, de forma a conectar o sujeito em crise ao seu sistema de relações (ALVES; FRANCISCO, 2009; BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

O diagnóstico situacional se refere à compreensão da situação de forma ampliada (SIMONETTI, 2013), é importante para o entendimento da gravidade da crise e fornecerá base para a classificação de risco. Na urgência, a classificação de risco se baseia na gravidade e no grau de sofrimento do usuário. É uma das formas de sistematizar a avaliação, permitindo que o critério da priorização do atendimento seja a complexidade do agravo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004; BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Na avaliação de casos em saúde mental, além do quadro clínico apresentado, é necessário considerar aspectos como o contexto e vulnerabilidade social na determinação do risco/gravidade (LEPPAUS *et al.*, 2018). A formulação de risco diz respeito a um conjunto de informações relevantes e articuladas que permitem priorizar ações dirigidas ao tratamento, por meio da correlação de fatores de risco e proteção, que são dinâmicos e mutáveis, sendo considerada uma configuração específica para cada caso (BOTEGA, 2015).

Leppaus e colaboradores (2018) apontam que a classificação de risco em saúde mental se coloca como uma ferramenta de apoio à decisão clínica na regulação de acesso aos pontos da RAPS para casos agudos, auxiliando no estabelecimento de prioridades para atendimento dos usuários com necessidades em saúde mental e definindo os recursos assistenciais necessários. Assim, qualificando os encaminhamentos dos usuários para um tratamento adequado ao seu nível de complexidade.

Os encaminhamentos devem ser realizados a partir dos serviços disponíveis no território. Para tanto, é necessário o conhecimento sobre a rede de atenção existente, seja em âmbito local, municipal, regional ou estadual, a fim de otimizar e garantir a melhor orientação a cada caso (LEPPAUS *et al.*, 2018).

O conhecimento sobre os serviços componentes da RAPS, no território do município em que ocorreu esta experiência, foi proporcionado pela Residência Multiprofissional, que conta com períodos de inserção dos residentes em serviços da Atenção Primária e Secundária Especializada em Saúde Mental. Essa inserção ocorre anteriormente à entrada dos residentes nos serviços de Urgência e Emergência, o que auxilia na compreensão dos diferentes níveis de complexidade do atendimento em saúde mental e nas especificidades dos serviços, proporcionando um encaminhamento coerente com as demandas dos usuários que são admitidos na UPA 24h devido a episódios de crise.

Por fim, pode-se considerar que os serviços de urgência ocupam um lugar estratégico na rede de atenção psicossocial, pois estão no último nível antes da internação em hospital especializado em



saúde mental (BONFADA; GUIMARÃES, 2012; CAMPOS; TEIXEIRA, 2001), o que ressalta a importância da avaliação psicológica, descrita neste estudo, em UPA's.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo cumpriu o objetivo de descrever o processo de avaliação psicológica no contexto de crise em saúde mental em uma UPA 24h, a partir do relato de experiência vivenciado em um Programa de Residência Multiprofissional. Em seu decorrer, foram descritas as etapas da prática realizada no serviço.

Durante o processo avaliativo, ocorreu uma prática norteada pelos princípios éticos, pelas diretrizes do SUS e pela humanização, colaborando para a estabilização da crise e posterior encaminhamento do usuário para serviços da RAPS.

Entre as contribuições deste estudo está a compreensão da crise como um campo conceitual ampliado e articulado aos diversos saberes, que necessita de intervenções multiprofissionais para sua efetividade. Os resultados também contribuem para a produção de conhecimento na temática, visto que ainda há produção limitada neste contexto, que compreende uma área de inserção recente no campo da psicologia. Os resultados também podem colaborar para a implementação de intervenções que auxiliem de forma terapêutica na estabilização do usuário em crise de saúde mental nos serviços de urgência.

Durante a residência foi possível perceber a relação da teoria com a prática. A atuação do residente em um ambiente complexo, como a UPA 24h, permeado pelo atendimento ao sofrimento psíquico intenso, nem sempre proporcionará condições ideais para o trabalho, mas será diferencial para o desenvolvimento expressivo de habilidades, técnicas e formas de manejo de pacientes em crise de saúde mental. É necessária a construção de um trabalho que integre o observável do sintoma à dimensão subjetiva e ao contexto social do sujeito em sofrimento.

Todos esses aspectos embasam uma prática norteada de forma permanente pelos questionamentos: Eu vejo, mas possuo um olhar que reconhece as necessidades do indivíduo? Eu ouço seu relato, mas escuto realmente o que ele tem a dizer? Eu realizo intervenções e orientações, mas essas são coerentes e irão produzir efeitos terapêuticos? A prática proporcionada por um Programa de Residência Multiprofissional colabora para responder a essas questões a partir do compromisso com o que e quem se escuta, e o que se faz disso.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. *et al.* Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 67, n. 5, p. 708-714, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506> Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0708.pdf>. Acesso em: 11 out. 2019.

ALVES, E. S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 29, n. 4, p. 768-779, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n4/v29n4a09.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2021.

BICHUETTI, J. L. *Crisevida: outras lembranças*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2000.

BOFF, L. *Crise: oportunidade de crescimento*. Campinas: Verus, 2002.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

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

BOTEGA, N. J. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 1 maio 2021.

BRASIL. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 1 jul. 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm). Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:



[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 jul. 2011a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 59-61, 30 dez. 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf). Acesso em: 4 jun. 2019.

CAMPOS, C. J. G.; TEIXEIRA, M. B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p.141-149, 2001. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/MdbtKrFjm84Z49VbQzHpNjz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2021.

CAMPOS, P. J. O manejo das crises e a rede: o lugar do CAPS III. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.). *Seminário para avançar a reforma psiquiátrica: construindo uma agenda positiva*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2007.

CAPITÃO, C. G.; SCORTEGAGNA, S. A.; BAPTISTA, M. N. A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, Campinas, v. 4, n. 1, p. 75-82, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n1/v4n1a09.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP nº 010/2005, de 21 de julho de 2005*. Aprova o código de ética profissional do psicólogo. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo\\_etica.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf). Acesso em: 19 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP nº 09/2018, de 25 de abril de 2018*. Estabelece diretrizes para a realização de avaliação psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o sistema de avaliação de testes psicológicos - SATEPSI



e revoga as resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e notas técnicas nº 01/2017 e 02/2017. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-09-2018-com-anexo.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v59n1/v59n1a10.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Disponível em: <https://monitoriapsiq2015.files.wordpress.com/2015/02/psicopatologia-e-semiologia-dos-transtornos-mentais-paulo-dalgalarrrondo.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.

HUTZ, C. S. O que é avaliação psicológica: métodos, técnicas e testes. In: HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 11-21.

LEPPAUS, E. O. et al. *Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental*. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2021.

MANTOVANI, C. et al. Manejo do paciente agitado e agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 32, p. S93-S103, out. 2010. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a06.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2021.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental*, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 226-242, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a12.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

MOURA, M. D. Psicanálise e urgência subjetiva. In: MOURA, M. D. (org.): *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

OLIVEIRA, P. R. M. *Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica: a recepção das diferenças*. 2002. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

ROSSI, L. *Gritos e sussurros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Central do Hospital das Clínicas-FMUSP*. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SIMONETTI, A. *Manual da psicologia hospitalar: o mapa da doença*. 7. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

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



Psicólogo, 2001.

STRAUB, R.O. *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R. Semiologia psiquiátrica. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, Ribeirão Preto, v. 29, n. 1, p. 44-53, 1996. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/711/723>. Acesso em: 14 dez. 2021.

---

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 28 de fevereiro de 2022.

Aceito em 25 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

**Como referenciar este artigo (ABNT):**

LONGUI, Viviane Franceschini; COSTACURTA, Maurício João; GOMES, Denilsen Carvalho. Avaliação psicológica em crise de saúde mental: prática realizada em um programa de residência. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 88-103, 2022.

