



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>

ISSN: 2595-1661

Revista JRG de
Estudos Acadêmicos

Inclusão da Psicologia na emergência em saúde: Relato de experiência em Unidade de Pronto Atendimento

Inclusion of Psychology in Health Emergency Services: Experience Report in an Emergency Care Unit

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.3060

ARK: 57118/JRG.v9i20.3060

Recebido: 13/03/2026 | Aceito: 15/03/2026 | Publicado on-line: 17/03/2026

Gabriel dos Santos Félix¹

Orcid.org/0009-0008-9018-6772

<http://lattes.cnpq.br/9095238923042727>

Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil

E-mail: g.dossantosfelix@gmail.com

Ana Beatriz Araújo Sousa²

<https://orcid.org/0009-0004-3225-8564>

<https://lattes.cnpq.br/6503207335881487>

Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil

E-mail: anaraujos922@gmail.com

Emanuelle Vitória Cipriano Barbosa³

<https://orcid.org/0009-0004-9591-8953>

<http://lattes.cnpq.br/3018100373008020>

Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil

E-mail: manuhvbarbosa@gmail.com

Thayná de Oliveira Faustino⁴

<https://orcid.org/0009-0002-5769-4878>

<http://lattes.cnpq.br/5452052984041177>

Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil

E-mail: thayoliveira2090@gmail.com

Ariane Silva de Jesus⁵

<https://orcid.org/0009-0004-3737-0635>

<http://lattes.cnpq.br/5443734112914042>

Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil

E-mail: Arianasilvaj08@gmail.com

Luciana da Silva Santos⁶

<https://orcid.org/0000-0002-2280-3483>

<http://lattes.cnpq.br/2340887354242206>

Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil

E-mail: lucianasantospai@gmail.com



¹ Graduando em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba

² Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba

³ Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba

⁴ Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba

⁵ Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba

⁶ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba; Mestra em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília e Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília



Resumo

O presente trabalho tem o objetivo de refletir sobre a importância da atuação do profissional de psicologia, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Trata-se de relato de experiência, a partir da realização de estágio em Psicologia, em uma UPA do município de João Pessoa. A atividade foi desenvolvida a partir de visitas técnicas e entrevistas com profissionais da UPA, além de observações da rotina, estrutura, dinâmicas e processos institucionais. A experiência possibilitou compreender acerca do funcionamento da UPA na região, do impacto que a ausência de profissional de psicologia traz para a equipe e para os usuários do serviço, bem como a percepção dos benefícios que a presença de profissionais de Psicologia traria para esse equipamento de saúde, uma vez inseridos no corpo técnico da instituição.

Palavras-chave: UPA. Psicologia. SUS. Multidisciplinaridade. Emergência.

Abstract

The present study aims to reflect on the importance of the work of psychology professionals within Emergency Care Units (UPA). It consists of an experience report based on a psychology internship conducted in a UPA located in the city of João Pessoa. The activity was developed through technical visits and interviews with UPA professionals, as well as through observations of the institution's routine, structure, dynamics, and operational processes. This experience made it possible to understand the functioning of the UPA in the region, the impact that the absence of a psychology professional has on the team and on service users, and the perceived benefits that the presence of psychologists could offer to this healthcare facility once integrated into the institution's technical staff.

Keywords: UPA. Psychology. SUS. Multidisciplinary. Emergency.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no Brasil com o objetivo de garantir o acesso universal e gratuito à saúde para toda a população. Conforme Barboza et al (2020) apontam, sua origem remonta à década de 1970, marcada pela desigualdade no acesso aos serviços de saúde. No entanto, o processo até sua criação foi longo e envolto de lutas por direitos. Em 1930, a saúde pública era vinculada ao setor previdenciário, através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) – nessa década, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde, o tema da saúde começou a receber notória atenção para a classe popular e como política efetiva dentro do governo, mas somente em 1953 o Ministério da Saúde se tornou um órgão sem vinculação ao de Educação (BARBOZA *et al.*, 2020).

Segundo os mesmos autores, nas décadas de 1960 e 1970, a saúde ainda era pensada de maneira privatizada, e as IAPs deram seguimento a esse funcionamento, se transformando no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Ainda, em um contexto de lutas democráticas contra o regime ditatorial, diversas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) aconteceram e ganharam espaço no setor médico e público. Finalmente, o movimento da Reforma Sanitária, que ganhou força na década de 1980, defendia a criação de um sistema público único e acessível a todos. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, consolidou a proposta do SUS, que foi incorporada na Constituição de 1988, garantindo a saúde como direito universal e dever do Estado. Em 1990, a Lei nº 8.080 detalhou como o SUS deveria ser estruturado e regulamentado, estabelecendo os



princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (PAIM, 2009).

Hoje o SUS é o maior sistema público de saúde universal do mundo, prestando atendimento gratuito à população brasileira e desempenhando papel central na redução das desigualdades sanitárias ao longo das últimas décadas (ORTEGA; PELE, 2023). Desde sua criação, em 1988, o SUS tem se consolidado como uma das principais políticas públicas de inclusão social no Brasil, promovendo acesso universal, gratuito e integral à saúde. Entre suas maiores contribuições estão a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), o controle de doenças transmissíveis, a cobertura vacinal em larga escala, serviços como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e programas como o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o SAMU e a Estratégia Saúde da Família (ESF), que ampliaram significativamente o alcance dos serviços de saúde, inclusive em áreas remotas (ORTEGA; PELE, 2023; PASCHOALOTTO *et al.*, 2025).

Também foi instituído que o SUS se organiza em três níveis de atenção à saúde. Essas classificações são realizadas com base na densidade tecnológica, ou seja, a quantidade e complexidade de processos e recursos que os equipamentos de saúde possuem (REIS, 2020). O nível de atenção primária é a porta de entrada principal do SUS e é notoriamente representado pelas Unidades Básicas de Saúde. A atenção secundária, por sua vez, possui atendimento especializado, como é o caso das policlínicas e do SAMU. Por fim, o nível de atenção terciária se caracteriza por ofertar serviços de alta complexidade tecnológica, sendo representado pela rede de Hospitais presente em todo Brasil (REIS, 2020).

Cada equipamento de saúde possui leis constitutivas que determinam as categorias profissionais que irão compor o quadro mínimo de funcionários do serviço. De acordo com a portaria 2.436, de 2017, os estabelecimentos da atenção primária se organizam em equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Básica (eABs). Essa portaria institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e determina que essas equipes sejam compostas minimamente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde (BRASIL, 2017).

Da mesma forma, o quadro de profissionais que atuam nos níveis de atenção secundário e terciário seguirão as determinações da legislação que institui os serviços de média e alta complexidade. O que se observa no nível de atenção secundária é a variação de categorias profissionais de acordo com as especialidades atendidas pelos equipamentos. Assim, as equipes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do SAMU possuem trabalhadores de categorias diversas a fim de prestarem o serviço de especialidade de cada equipamento. Os hospitais, por sua vez, possuem profissionais das mais diversas categorias, buscando atender as demandas de alta complexidade recebidas nesses serviços.

Cabe ressaltar que essa classificação é um marco organizativo do SUS, não impedindo que nos estabelecimentos de saúde de cada nível sejam identificadas ações de níveis diversos. O objetivo dessa classificação é garantir que os usuários tenham acesso aos equipamentos do SUS de acordo com a complexidade do caso e disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos, buscando a qualidade e resolutividade dos serviços ofertados à população (PENACCI *et al.*, 2023).

Outra forma de organização do SUS se dá por meio de Políticas, ou seja, programas e ações que traçam diretrizes para o cumprimento dos princípios constitutivos do SUS (COSTA *et al.*, 2024). Entre elas está a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que segundo Konder e O'Dwyer (2015), foi instituída pela Portaria 1.863/2003 do Ministério da Saúde e estabelece os princípios que norteiam a implantação e organização



da rede de serviços regionalizados e hierarquizados de cuidados integrais às urgências. Essa mesma norma prevê a instituição de Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, categoria na qual se enquadram as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA).

Logo, a UPA pode ser entendida como um equipamento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as redes hospitalares (Brasil, 2013). Esse equipamento funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana e compõe a Política Nacional de Atenção às Urgências. A UPA também faz parte da Rede de Atenção à Urgência (RAU) instituída pela Portaria 1.601/2011 do Ministério da Saúde. O papel dos profissionais da UPA na RAU é atender os pacientes que apresentam quadro clínico agudo, assim como realizar o primeiro atendimento em casos cirúrgicos ou traumáticos, avaliando em todas as situações a necessidade de encaminhar para os hospitais de alta complexidade (KONDER; O'DWER, 2015).

De acordo com a Portaria 1.601 de 2011, do Ministério da Saúde, as Unidades de Pronto Atendimento são classificadas por portes do tipo I, II ou III. Essa definição irá variar de acordo com a população da região que a UPA atende, o número de atendimentos diários e as quantidades de médicos por plantão e de leitos de observação. Ademais, essa portaria determina que a equipe de saúde deve ser compatível com o porte do estabelecimento. Cabe ao gestor municipal ou estadual definir a quantidade de trabalhadores de saúde que prestarão serviço nesse equipamento, de acordo com a Portaria nº10 de 2017 do Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar que o SUS na Paraíba é um instrumento de política pública estadual, que tem se destacado pelo esforço de qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS), integrando profissionalização, educação permanente e práticas intersetoriais. No entanto, o estudo de Costa (2013), realizado com o banco de dados do SUS datado no ano de 2009, demonstrou que há ineficiência generalizada nos serviços hospitalares do SUS em todos os municípios-sede das Gerências Regionais de Saúde na Paraíba e que apenas os centros urbanos principais (João Pessoa e Campina Grande) atendem às normas básicas internacionais de densidade médica (1 médico por 1.000 habitantes).

Em relação às Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) na Paraíba, o artigo "A regionalização da saúde no estado da Paraíba: uma análise da rede de urgência e emergência" usando método qualitativo de análise de dados, observou que a regionalização se configura como estratégia para melhorar o acesso e equidade nos serviços de urgência e emergência – no entanto, foram identificados desafios na integração entre os municípios da região, o que compromete o desempenho da RUE (FERNANDES *et al.*, 2024).

Componente da RUE, a Unidade de Pronto Atendimento foi instaurada pela primeira vez no Estado da Paraíba na cidade de Santa Rita, em outubro de 2010. No ano seguinte, a Portaria 1.740/2011 do Ministério da Saúde habilitou a inauguração da primeira UPA da cidade de João Pessoa. Atualmente, a capital da Paraíba possui quatro UPAs, buscando atender os moradores dos bairros, por georeferência, em diferentes zonas da cidade. Portanto, esse relato de experiência de ida ao campo de estágio, por estudantes de Psicologia, da Universidade Federal da Paraíba, teve o objetivo de compreender a estrutura, dinâmica e funcionamento de uma Unidade de Pronto Atendimento, do município de João Pessoa, levantar as possibilidades de atuação da psicologia neste cenário, bem como compreender o impacto da ausência de profissional de psicologia na instituição.



2. Relato das visitas

Esse estudo trata-se de relato de experiência, de caráter descritiva e reflexivo, com o estudo de caso único, de uma instituição de saúde do SUS, baseada nas idas ao campo durante estágio, no curso de Psicologia. A intenção das visitas técnicas que ocorrem no estágio é possibilitar aos discentes, em distintos campos de conhecimento, o contato com a prática, possibilitando a articulação entre teoria e experiência profissional, para que assim fosse possível ver, ouvir e a realidade do dia a dia do profissional de psicologia como trabalhador ou trabalhadora da instituição ou, ainda, levantar a falta que este(a) faz à instituição, aos usuários e serviços oferecidos – que foi a realidade do presente trabalho.

A metodologia utilizada no encontro foi ativa e participativa, onde os estagiários adentraram nas instituições e, ao lado da preceptora dos estagiários, fizeram visita em toda a instituição. As informações obtidas foram coletadas por meio de observações diretas e da análise dos registros do diário de campo dos estagiários que foram visitar à UPA, bem como a partir de entrevistas (gravadas e transcritas) realizadas com profissionais da instituição de diferentes cargos e formações: 2 assistentes sociais, 3 enfermeiros, 2 médicos e 1 farmacêutica. Esses 8 funcionários(as) da instituição participaram de forma voluntária das entrevistas, sem roteiro prévio e em modelo de conversa; eles possibilitaram o maior entendimento do funcionamento do equipamento e reflexão de possíveis contribuições da psicologia no cenário.

O estágio ocorreu ao longo de alguns 4 meses e contemplou tanto visitas institucionais quanto momentos de supervisão com docentes de diferentes áreas da Psicologia, como: escolar, organizacional, clínica e saúde. Durante as visitas, foi possível conhecer a dinâmica de funcionamento da unidade, a estrutura física e os processos de atendimento, sendo acompanhados por preceptores, que são profissionais responsáveis pelo acolhimento e pela orientação às práticas de estágio.

A UPA se apresentou como um ambiente estruturado, limpo e organizado. A unidade impressiona por sua diversidade de serviços oferecidos, contando com diversas alas, como triagem, atendimento clínico, área de medicação, expurgos, enfermaria, laboratório, espaço para internação temporária (cujo tempo pode variar entre 1 a 15 dias, havendo casos em que os pacientes permanecem por 1 ou até 2 meses), sala dos óbitos e salas específicas de cada área de atuação. Um destaque observado foi a presença de copa e um jardim interno que promove integração entre os ambientes, contribuindo para um ambiente mais acolhedor e socialização da equipe.

Durante as visitas, foi possível observar a organização do espaço em diferentes alas, como a recepção, a sala de triagem, os consultórios médicos, a área destinada ao atendimento infantil e até mesmo setores de observação e internação, ainda que esta última não fosse a função originalmente proposta para a unidade. Tais aspectos suscitaram discussões sobre a distância entre a concepção normativa da UPA, voltada ao atendimento de urgência e estabilização, e as demandas que, na prática, acabam sobrecarregando o serviço.

De imediato, o grupo notou a ausência de profissionais da Psicologia e Nutrição na equipe da UPA, o que foi confirmado pelos próprios trabalhadores do local. Essa lacuna foi sentida principalmente diante da recorrência de pacientes em situações de sofrimento psíquico, como casos de tentativa de suicídio, crises de ansiedade ou luto, que são inicialmente acolhidos por outros profissionais, como assistentes sociais, enfermeiros ou médicos, sem o suporte especializado da Psicologia. E, também, pela necessidade de acompanhamento psicológico aos pacientes em situação de internação, assim como seus acompanhantes.



Todos os profissionais foram receptivos às perguntas dos discentes e demonstraram interesse em compartilhar as dificuldades enfrentadas no dia a dia, como a sobrecarga de trabalho, especialmente durante períodos de alta demanda, com relatos emocionantes do que passaram, em particular durante a fase crítica da pandemia. A necessidade de suporte psicológico foi um ponto recorrente nas falas dos trabalhadores, que ressaltaram o impacto emocional de lidar com situações-limite e a carência de um espaço de escuta qualificada tanto para os usuários quanto para a equipe.

Nesse cenário, emergiram reflexões acerca das potencialidades de inserção da Psicologia em diferentes frentes, hospitalar, clínica, educacional e do trabalho, como forma de ampliar a humanização do cuidado, favorecer a qualidade da assistência e contribuir para o bem-estar tanto dos usuários quanto dos profissionais que atuam na rede pública de saúde. A partir das observações realizadas (da estrutura física, das dinâmicas de trabalho e processos existentes na UPA) e das entrevistas efetivadas com os profissionais (além das conversas informais com pacientes e equipe durante a rotina do trabalho), apresenta-se problematizações a respeito da necessidade da inserção normativa de ser fixar profissional de psicologia na equipe das Unidades de Pronto Atendimento da saúde pública do país.

3. Reflexões acerca da atuação da Psicologia na UPA

Como visto anteriormente, o SUS foi criado a partir de lutas sociais e regulamentado com a lei 8.080/90, pela Constituição de 1988, e desde então continua em processo de desenvolvimento e de transformação. Por esse motivo, é imprescindível um olhar crítico de como os atendimentos ocorrem no SUS, e com isso, dar continuidade ao processo de desenvolvimento e organização do SUS (SILVA *et al.*, 2018), bem como as novas pautas e lutas. Dessa forma, é importante pensar sobre as Redes de Atenção (RAS) enquanto arranjos organizativos do SUS de serviços e ações de diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2014) e a organização dos serviços e profissionais inseridos em cada nível de atenção à saúde, conforme mencionado em Reis (2020).

Para iniciar essa discussão, na tabela 1, aponta-se a descrição de como é a divisão do SUS, bem como os tipos de atendimentos e profissionais que existem nesse serviço. Lembrando que os profissionais de cada nível dependem das leis de cada equipamento. Assim, no nível primário a atenção básica possui equipe mínima (BRASIL, 2017), enquanto, os níveis secundários e terciários, os profissionais dependem do serviço especializado. A partir disso, vale ressaltar que a UPA faz parte do nível intermediário entre a atenção básica (nível primário) e o serviços mais complexos (nível terciário) como realizados em hospitais (BRASIL, 2013). Dessa forma, além do que é preconizado por cada nível, apresenta-se também uma quarta coluna com o que foi encontrado na UPA estudada.



Tabela 1 - Níveis de Atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): Estrutura, Funções e Equipamentos

Nível	O que é que faz	Quem atua	Equipamentos
Primário	• Porta de entrada ao SUS; • Promoção e prevenção; • Acompanhamento da população.	• Equipe de saúde e família (ESF); • Equipes de Atenção Básica (eABs); • Profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde.	• Unidades Básicas (UBS); • Estratégia Saúde e Família (ESF).
Secundário	• Atendimento especializado; • Atendimento de Urgência e Emergência; • Exames e procedimentos • Atenção à saúde mental.	• Os profissionais exigidos mínimos dependem do serviço especializado de cada equipamento.	• UPA (24h); • SAMU 192; • Policlínicas; • Laboratórios.
Terciário	• Atendimento de alta complexidade • Tecnologias avançadas • Cirurgias complexas • Internações.	• Equipes multi profissionais especializados	• Hospitais
Encontrado na UPA	• Atendimento de baixa e média complexidade • Serviços de urgência • Internações • Atendimento a saúde mental	• Médicos • Enfermeiros • Fisioterapeutas • Assistentes Sociais • Farmacêuticos	

Fonte. Produção própria

Nesse contexto, durante as visitas realizadas, não só os estagiários notaram o distanciamento teoria e prática na UPA, mas também os relatos dos profissionais da instituição, que evidenciam dificuldade de lidar com inúmeras demandas que não eram de sua real função. Por exemplo, identificou-se que na UPA existiam internamentos, onde foi constatado que existia paciente que chegava a ficar 1 mês internado. No caso das internações, pela proposta do SUS, é geralmente observada acontecer no nível de atenção terciário – por causa do seu nível de complexidade tecnológica – no qual está adequada para internamentos, procedimentos de maior complexidade, equipamentos e conta com mais profissionais especializados para essa assistência (BRASIL, 2013).



Bandeira et al. (2025) destacam que a UPA deve funcionar como uma ponte entre a atenção primária e a rede hospitalar, sendo necessário o encaminhamento de casos compatíveis com seu nível de complexidade. Por estar concentrada em um nível de complexidade intermediária, teria a função de estabilizar casos graves e realizar encaminhamentos para outro posto da rede com maior complexidade tecnológica ou integrar a rede de assistência à saúde.

Entretanto, foi relatado e observado pelos estagiários, que devido ao fato dos hospitais da cidade, normalmente, estarem lotados e não disponibilizar leitos para receber novos pacientes, constantemente, é necessário manter as pessoas internadas na UPA. Sendo assim, mesmo a instituição não tendo a estrutura adequada, os profissionais da UPA acabam desenvolvendo estratégias, muitas vezes precárias, para gerenciar essas internações. Logo, demandas ligadas a profissionais que não estariam vinculados ao nível intermediário de complexidade – como psicólogos(as) – começaram a se fazer presentes no cotidiano da equipe. Outrossim, é compreendido que a psicologia não está presente no nível secundário, pois os profissionais mínimos de cada equipamento desse nível, dependem de legislação específica. No caso dos profissionais de psicologia, segundo a Política Nacional de Urgência e Emergência, de 2006, do Ministério da Saúde, está apenas como serviço de suporte, ou seja, não faz parte obrigatória da equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As UPAs constituem espaços de alta demanda e complexidade, onde confluem situações de sofrimento agudo, crise, risco suicida, perdas e estresse traumático. Nesse cenário, a ausência de profissionais de Psicologia gera lacunas significativas na atenção integral à saúde, afetando tanto os usuários quanto os profissionais das equipes multiprofissionais. A literatura aponta que o cuidado em emergência requer abordagem interdisciplinar e suporte psicológico imediato para mitigar sofrimento e prevenir desdobramentos emocionais adversos (NUGEN *et al.*, 2024; WOOD *et al.*, 2019).

De modo geral, a atuação do psicólogo hospitalar e de emergência envolve acolhimento, avaliação psicológica breve, suporte emocional, intervenção em crise e encaminhamento adequado (SOUZA *et al.*, 2025). Essa prática não se limita ao atendimento individual, implica também o trabalho com familiares e o apoio às equipes de saúde. Segundo Novoa (2006), “o psicólogo no contexto hospitalar atua como mediador das relações entre paciente, família e equipe, facilitando o enfrentamento do adoecimento e a comunicação em situações críticas” (p. 72). Em ambientes como a UPA, essa mediação é essencial para reduzir conflitos, ansiedade e sofrimento decorrente de experiências traumáticas. Pesquisas recentes demonstram que a presença de psicólogos em unidades de emergência favorece triagens mais precisas e rápidas, bem como fluxos de atendimento mais adequados. A integração entre atenção médica e saúde mental tem mostrado impacto positivo em desfechos clínicos e organizacionais, reduzindo o tempo de permanência dos pacientes e os índices de reconsultas (Institute for Healthcare Improvement [IHI], 2018). Como afirmam Nugent et al. (2024), “intervenções comportamentais e psicológicas realizadas em ambiente de emergência apresentam eficácia na estabilização de crises e na promoção do seguimento terapêutico” (p. 11).

Do ponto de vista da atenção integral à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do psicólogo em UPAs se alinha aos princípios de integralidade, humanização e intersetorialidade. Souza et al. (2025), em estudo transversal sobre práticas psicológicas em pronto-socorro, identificaram que “a presença de psicólogos é percebida pelas equipes como promotora de acolhimento mais qualificado, redução de conflitos e melhor articulação com a rede de atenção psicossocial” (p. 48). Tais resultados corroboram a necessidade de consolidar a Psicologia como componente permanente da atenção em



urgência. Dessa forma, a presença do(a) profissional de psicologia na UPA seria essencial, pois poderia oferecer um cuidado humanizado aos pacientes e complementação ao suporte da equipe profissional. Portanto, a intervenção psicológica teria como objetivo amenizar medos, ansiedades e crenças disfuncionais sobre a internação, condições de saúde e limitação do cuidar frente à limitação físicas (SOARES *et al.*, 2022), entre outras ações possíveis de atuação.

Além do mais, no campo da gestão em saúde, a presença do psicólogo traz benefícios mensuráveis. Experiências de integração de saúde mental em unidades de emergência nos Estados Unidos e na Europa demonstraram que o acompanhamento psicológico reduz o tempo de permanência dos pacientes e otimiza o uso de leitos (IHI, 2018). No Brasil, pesquisas apontam que a psicologia no contexto hospitalar, quando articulada à gestão de risco e à segurança do paciente, contribui para reduzir internações desnecessárias e melhorar a comunicação entre níveis de atenção (SOUSA *et al.*, 2025).

Segundo a equipe entrevistada, na ausência do profissional de Psicologia, as demandas ligadas ao psicólogo precisam ser supridas por outros profissionais, como da assistência social e enfermagem, gerando assim uma sobrecarga ocupacional para os demais funcionários por acumularem função e não possuir a competência para tal necessidade, como o acolhimento emocional de pacientes e familiares em crise. Estudos sobre saúde ocupacional em serviços de emergência demonstram que essa sobrecarga aumenta os níveis de estresse e burnout (NAIDOO *et al.*, 2023). Esses autores ressaltam que a redistribuição de responsabilidades e o suporte emocional especializado “são determinantes para a manutenção da saúde mental das equipes e para a qualidade do cuidado prestado” (NAIDOO *et al.*, 2023, p. 6).

A literatura especializada também enfatiza o papel do psicólogo na mediação das relações interprofissionais e no suporte ao enfrentamento de situações críticas. Segundo Novoa (2006), o psicólogo hospitalar contribui tanto para a compreensão das reações emocionais diante da doença e da dor quanto para a promoção de práticas comunicacionais mais éticas e empáticas. Além disso, o psicólogo pode conduzir *debriefings* e supervisões breves com equipes após eventos de alta carga emocional, prevenindo o esgotamento e fortalecendo o senso de coesão entre profissionais (NAIDOO *et al.*, 2023; HOMERCHER; VOLME, 2021).

Segundo Broering e Santa (2023) os psicólogos nos centros de saúde analisam as condições sociais, biológicas e comportamentais dos usuários dos serviços com o intuito de avaliar possíveis fatores que influenciam no desfecho da saúde. Esse especialista teria o papel de intervir na relação entre equipe, paciente e família, promovendo o alinhamento comunicacional e oferecendo o suporte psicológico aos pacientes. A ausência do profissional de psicologia nesses ambientes representa uma lacuna significativa que impacta tanto o acolhimento de pacientes e familiares quanto a saúde dos profissionais que compõem a equipe.

Além disso, a presença do psicólogo, conforme referenda o Conselho Regional de Psicologia (2019) contribui para a humanização do atendimento, indo além do enfoque biomédico tradicional ao integrar as dimensões psíquicas e sociais à abordagem clínica. Pode oferecer suporte tanto ao paciente quanto aos familiares, auxiliando na compreensão do quadro clínico e na elaboração de estratégias para lidar com o sofrimento, promovendo um ambiente de cuidado integral e respeitoso. O psicólogo ainda atua preventivamente no ambiente institucional, oferecendo apoio aos demais profissionais de saúde, o que é fundamental para a prevenção do adoecimento mental da equipe, frequentemente exposta a situações de alta pressão e sofrimento no contexto do pronto atendimento.



Finalmente, há um imperativo ético e técnico na presença do psicólogo em serviços de urgência. Profissionais não psicólogos não devem assumir de modo contínuo a condução de intervenções psicológicas, especialmente em situações de risco suicida, luto ou sofrimento psíquico grave. Como destaca Novoa (2006), “a escuta psicológica requer formação teórico-clínica específica, sob pena de se transformar em um cuidado incompleto e potencialmente iatrogênico” (p. 75). Assim, a implementação de cargos de Psicologia em UPAs atende não apenas a uma necessidade assistencial, mas também ao direito dos usuários à integralidade do cuidado e à proteção da equipe multiprofissional.

Inferir-se, portanto, que o profissional de psicologia atuando na UPA visitada poderia realizar intervenções breves e focalizadas, adequadas à dinâmica do serviço, que frequentemente demanda respostas rápidas e efetivas. Seu trabalho poderia englobar escuta qualificada, apoio emocional, mediação de conflitos e encaminhamentos para redes de cuidado psicossocial, contribuindo para a continuidade assistencial e para a redução do tempo de internação desnecessária. Ademais, o profissional de psicologia estimula a articulação entre os serviços de saúde e a equipe multiprofissional, promovendo um trabalho colaborativo que potencializa os resultados clínicos e organizacionais da unidade (WAHASS, 2005).

Por fim, é indispensável que o Sistema Único de Saúde continue se desenvolvendo e se transformando e incorporando mais profissionais em seus equipamentos conforme a realidade regional e do país. Portanto, é imprescindível a inserção de profissionais da psicologia na UPA, uma vez que o (a) profissional de psicologia em centros hospitalares e clínicas atua com pacientes, familiares e profissionais da saúde, tendo a função de realizar intervenções para amenizar o sofrimento e garantir a melhoria da comunicação, bem como, atuar em questões ligadas à saúde do trabalhador, também apontado pelo Conselho Federal de Psicologia (2019) e por Queiroz et al. (2020).

4. Conclusão

Já é compreendido que o SUS é resultado de movimentos de lutas e reivindicações sociais, inclusive dos próprios profissionais da saúde, e que o seu funcionamento tende a sofrer variações conforme a sua região, principalmente, por conta dos seus princípios de integralidade, equidade, descentralização e participação social. Sendo assim, este trabalho intenciona e tensiona para que haja na pauta de atuação junto às UPAs a inserção de profissionais da psicologia em seu quadro permanente, como acontece nos equipamentos de nível terciário de cuidado. Em particular, para as instituições, assim como na UPA observada na capital paraibana, que exerce funções fora do seu nível de complexidade, acontecendo, inclusive, internamentos no local por longa duração – em resposta à falta de leitos nas instituições hospitalares da cidade.

Por esse motivo, a ida dos estagiários de Psicologia à campo (que em princípio seria para um contato com a prática profissional, no intuito de possibilitar a aproximação entre teoria e prática) passou a ser reflexão e evidenciar a necessidade de repensar as composições das equipes das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), devido aos tipos de atendimentos e serviços que são realizados na prática, e, com isso, garantir que as demandas de saúde integral sejam devidamente atendidas de forma imediata, correta e adequada, sem sobrecarregar os outros profissionais, mas com qualidade no atendimento e também promovendo um ambiente de trabalho mais saudável para os profissionais de saúde.

Conforme verificado nesse contexto, integrar o psicólogo à equipe multiprofissional da UPA é uma forma de aumentar a potencialização e crescimento do cuidado integral e humanizado que o SUS defende. É dar à população e aos trabalhadores



o apoio, respeito e qualidade na saúde como um todo. Desse modo, conforme a experiência relatada pelos estagiários, percebe-se a importância de integrar mais profissionais, como a psicologia, já que, a atividade que é exercida é de nível intermediário entre atendimento de baixa complexidade como atendimento da atenção básica e de alta complexidade como internações. Por esse motivo, por ser um ambiente que possui variados serviços, é indispensável uma equipe multiprofissional condizente com a realidade. Dado que, conforme apresentado neste relato, que a ausência de profissionais da psicologia na UPA, em João Pessoa, resulta em sobrecarga de trabalhos para outros profissionais, que frequentemente lidam com demandas de saúde mental, porém não estão equipados com a formação especializada adequada.

Finda-se avaliando-se, ainda, nesse Relato, a riqueza de experiência de futuros(as) profissionais de Psicologia oportunizados por esse estágio. De fato, as disciplinas de estágios tendem a concretizar de maneira abrangente as articulações de conhecimentos teóricos com as necessidades apresentadas pela realidade (Pieniak et al., 2021). Além disso, segundo Lima et al. (2023) os espaços de atuação profissional na Psicologia promovido pelas disciplinas de estágio geram aproximação da universidade de temas sociais mais relevantes, pois, criam oportunidades de envolvimento dos discentes com a comunidade, superando a dicotomia entre teoria e prática. Para mais, cria a possibilidade de ultrapassar visões baseadas categóricas, levando ao conhecimento de uma perspectiva ligada ao contexto sócio-territorial, histórico, cultural e político – proposta que este Relato concretizou.

Referências

BANDEIRA, Romero Chartuni et al. Unidade de Pronto Atendimento e Atenção Primária à Saúde: uma integração possível. **Saúde em Debate**, v. 49, p. e9543, 2025.

BARBOZA, Nilton Anderson Santos et al. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 84966-84985, 2020.

BROERING, Camilla Volpato; SANTA MARIA, Caroline. A atuação da psicologia no contexto hospitalar em tempos de pandemia: possibilidades e limitações. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 9, n. 2, p. 564-576, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003: Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3. ed., ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.740, de 28 de julho de 2011: Habilita Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas no município de João Pessoa (PB). *Diário Oficial da União*, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1740_28_07_2011.html



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013: Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização e funcionamento dos hospitais. *Diário Oficial da União*, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação em saúde: módulo 4 - Regulação das redes de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 10, de 3 de janeiro de 2017: Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.601, de 7 de julho de 2011: Redefine as diretrizes para a implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*, 2011.

COSTA, Maria Eduarda Magalhães et al. A construção do Sistema Único de Saúde e os impactos da sua implementação no contexto brasileiro. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 254-269, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf

COSTA, F. L. da. Avaliação da eficiência técnica hospitalar do SUS na Paraíba. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) — Universidade Federal da Paraíba. Repositório Institucional da UFPB. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/1731>

FERNANDES, Elicely Cesário et al. A regionalização da saúde no estado da Paraíba: uma análise da rede de urgência e emergência na 9ª região de saúde. **Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento**, v. 13, n. 3, p. 754-781, 2024.



HOMERCHER, Bibiana Massem; VOLMER, André. Interlocuções entre acolhimento e crise psíquica: percepção dos trabalhadores de uma Unidade de Pronto-Atendimento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310312, 2021.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Integrating behavioral health in the emergency department: Innovation report. Boston: Institute for Healthcare Improvement, 2018. Disponível em: <https://www.ihl.org>

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As unidades de pronto-atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 25, p. 525-545, 2015.

LIMA, Laura Camara et al. UNIFESP's Psychology Service-School: Internship Field, Actions, and Specificities. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e249989, 2023.

NAIDOO, Reshen; SCHOEMAN, Renata. Burnout in emergency department staff: The prevalence and barriers to intervention. **South African Journal of Psychiatry**, v. 29, n. 1, 2023.

NOVOA, Mónica; BALLESTEROS DE VALDERRAMA, Blanca Patricia. The role of the psychologist in an intensive care unit. **Universitas Psychologica**, v. 5, n. 3, p. 599-612, 2006.

NUGENT, Shannon M.; ANDERSON, Johanna; YOUNG, Sarah K. Behavioural mental health interventions delivered in the emergency department for suicide, overdose and psychosis: a scoping review. **BMJ open**, v. 14, n. 3, p. e080023, 2024.

ORTEGA, Francisco; PELE, Antonio. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. **The Lancet Regional Health–Americas**, v. 28, 2023.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PENACCI, Fernanda Augusta et al. A COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE COM ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE COM ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Nursing Edição Brasileira**, v. 26, n. 304, p. 9907-9911, 2023.

PASCHOALOTTO, Marco Antonio Catussi et al. Advances, challenges, and prospects for the Unified Health System (SUS) resilience. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e22072024, 2025.

PIENIAK, Jacsiane; FACCI, Marilda Gonçalves Dias; BARRETO, Maria da Apresentação. Estágio em psicologia escolar e educacional: Teoria e prática em um serviço-escola. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 25, p. e228828, 2021.

QUEIROZ, Lorryne Leandro Galdino de et al. Psychology at hospital maternity: an experience report. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, p. 57-63, 2020.



REIS, R. S. Estrutura e configuração do SUS. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS; UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (Orgs.). Organização do SUS. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2020.

SILVA, José Agenor Alvares da; COSTA, Ediná Alves; LUCCHESI, Geraldo. Unified health system 30 th birthday: health surveillance. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 23, p. 1953-1961, 2018.

SOUZA, Leonardo Santos de; ISMAEL, Silvia Maria Cury; FREGONESE, Adriana Aparecida. Evidências e Sistematização da Prática Psicológica em Pronto Socorro: Estudo Transversal. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 45, p. e281047, 2025.

SOARES, Ana Carolina Silva et al. Atuação de estagiários de Psicologia em uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Patos de Minas, Minas Gerais. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, v. 9, p. 17-26, 2022.

WAHASS, Saeed H. The role of psychologists in health care delivery. **Journal of Family and Community Medicine**, v. 12, n. 2, p. 63-70, 2005.

WOOD, Lisa et al. The role of psychology in a multidisciplinary psychiatric inpatient setting: Perspective from the multidisciplinary team. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 92, n. 4, p. 554-564, 2019.