



O DESPREPARO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO PARA O MANEJO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

The lack of preparedness of Emergency Care Units for the management of psychiatric crisis patients

RESUMO

Analisar criticamente o grau de preparo das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) para o atendimento de pessoas em crise psiquiátrica, considerando dimensões assistenciais, normativas, ético-legais e de gestão. Métodos: Revisão narrativa da literatura, com consulta às bases LILACS, SciELO e PubMed e a documentos normativos brasileiros (Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina e Conselho Federal de Enfermagem), abrangendo publicações de 2001 a 2024. Resultados: Identificam-se lacunas recorrentes de infraestrutura, ausência de ambientes adequados para acolhimento e observação, insuficiência de capacitação das equipes e fragilidade de fluxos regulatórios com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que pode resultar em práticas pouco resolutivas e aumento de riscos assistenciais. Conclusão: O enfrentamento demanda investimentos em ambiência e segurança, educação permanente, protocolos clínico-operacionais e governança intersetorial, além do fortalecimento da RAPS para reduzir a pressão sobre os serviços de urgência.

Valéria Paula Sassoli Fazan

Departamento de Cirurgia e Anatomia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

PALAVRAS-CHAVES: Emergências psiquiátricas; Rede de Atenção Psicossocial; Saúde mental; Serviços de urgência; Unidades de Pronto Atendimento.

**ABSTRACT**

***Autor correspondente:**
Valéria Paula Sassoli Fazan
vpsfazan@yahoo.com.br

Recebido em: [28-12-2025]
Publicado em: [28-05-2026]

To critically analyze the level of preparedness of Emergency Care Units (UPA 24h) for the care of people experiencing psychiatric crises, considering clinical, normative, ethical-legal and health management dimensions. Methods: Narrative literature review, searching LILACS, SciELO and PubMed, and reviewing Brazilian regulatory documents (Ministry of Health, Federal Council of Medicine and Federal Nursing Council), covering publications from 2001 to 2024. Results: Recurrent gaps were identified, including inadequate infrastructure, lack of appropriate spaces for reception and observation, insufficient staff training and weak regulatory pathways with the Psychosocial Care Network (RAPS), which may lead to low-resolution practices and higher care-related risks. Conclusion: Addressing the problem requires investments in care environment and safety, continuing education, clinical-operational protocols and intersectoral governance, alongside strengthening the RAPS to reduce pressure on emergency services.

KEYWORDS: Emergency services; Mental health; Psychiatric emergencies; Psychosocial Care Network; Urgent care.



INTRODUÇÃO

A ampliação das demandas em saúde mental nos serviços de urgência e emergência tem sido descrita em diferentes contextos e se torna mais evidente em cenários nos quais a rede comunitária apresenta cobertura insuficiente e baixa capacidade de resposta às crises. No Brasil, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) integram a Rede de Atenção às Urgências (RAU) e funcionam como ponto intermediário entre a Atenção Primária e a atenção hospitalar, com papel central na estabilização clínica e na regulação de fluxos assistenciais (BRASIL, 2011a).

A Reforma Psiquiátrica, consolidada pela Lei nº 10.216/2001, orientou a transição do modelo hospitalocêntrico para um cuidado territorial e comunitário, com ênfase em direitos, humanização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2001; AMARANTE, 2007). Nesse arranjo, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída por normativa específica, tornou-se eixo estruturante do cuidado em saúde mental, prevendo articulação com a urgência e emergência (BRASIL, 2011b).

Apesar desse desenho institucional, observa-se persistente descompasso entre a demanda por atendimentos em crise e a capacidade instalada das UPAs para responder a situações que exigem ambiência terapêutica, privacidade, manejo clínico adequado e ações integradas de regulação e continuidade do cuidado. Somam-se a isso mudanças normativas recentes na RAPS e controvérsias quanto às diretrizes de política pública, com potencial impacto na organização dos serviços (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019).

Diante desse cenário, este artigo tem como objetivo analisar o grau de preparo das UPAs para o manejo de pacientes em crise psiquiátrica, articulando dimensões assistenciais, normativas, ético-legais e de gestão em saúde, com foco nas implicações para a segurança do paciente e dos profissionais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, apropriada para a síntese crítica de temáticas amplas e multidimensionais. Esse delineamento permite integrar achados de



diferentes tipos de estudo e dialogar com marcos normativos e organizacionais do sistema de saúde (ROTHER, 2007).

Foram consultadas as bases LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PubMed, utilizando combinações de termos em português e inglês relacionados a urgência/emergência psiquiátrica, UPA 24h, RAPS e organização da assistência no SUS. Complementarmente, foram analisados documentos normativos do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

A seleção priorizou publicações e documentos que abordassem diretamente: (i) organização da urgência e emergência em saúde mental; (ii) integração entre UPA/RUE e RAPS; (iii) requisitos de infraestrutura e protocolos assistenciais; e (iv) implicações ético-legais relacionadas ao manejo de crises. Estudos fora do contexto brasileiro foram utilizados de forma complementar, quando contribuíam para a discussão de desafios assistenciais e necessidades de capacitação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Exigências assistenciais e lacunas de infraestrutura

O atendimento à crise psiquiátrica demanda avaliação clínica rápida, comunicação terapêutica, redução de estímulos, vigilância proporcional ao risco e encaminhamento articulado com a rede. Entretanto, diretrizes de estruturação das UPAs priorizam, em geral, fluxos para urgências clínicas e traumáticas e não detalham, de modo suficiente, requisitos específicos para acolhimento em saúde mental, o que favorece respostas assistenciais improvisadas em ambientes compartilhados e com baixa privacidade (BRASIL, 2009).

Do ponto de vista da segurança do paciente, a ausência de espaços adequados para observação e decompressão ambiental pode ampliar o sofrimento e a ocorrência de conflitos, além de dificultar a atuação da equipe. A literatura internacional aponta que a complexidade do cuidado em cenários agudos é agravada por fatores organizacionais e ambientais, exigindo suporte institucional, protocolos e qualificação permanente (GIANDINOTO; EDWARD, 2014).



Integração UPA-RUE e RAPS: permanência prolongada e baixa resolutividade

A RAPS prevê a articulação entre seus componentes e os pontos de atenção da RUE, com vistas à continuidade do cuidado e ao manejo qualificado das crises (BRASIL, 2011b). Contudo, barreiras de regulação, insuficiência de CAPS com funcionamento ampliado e heterogeneidades regionais de oferta tendem a deslocar para as UPAs uma parcela importante das demandas em saúde mental. Nessa conjuntura, a permanência prolongada em serviços de urgência passa a operar como estratégia de contenção do problema, em detrimento de um projeto terapêutico efetivo e territorializado.

Ao analisar disputas de sentido em torno da noção de crise e seus desdobramentos na organização da assistência, Dias, Ferigato e Fernandes (2020) evidenciam tensões entre modelos centralizadores e propostas descentralizadas e em rede, ressaltando que a efetividade do cuidado depende de governança, articulação intersetorial e definição clara de responsabilidades entre pontos de atenção (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020).

Capacitação, cultura institucional e estigma

A qualificação das equipes é componente crítico para reduzir práticas coercitivas desnecessárias, aprimorar a comunicação e organizar decisões clínicas sob pressão. Evidências apontam que profissionais em ambientes de cuidado agudo relatam medo, atitudes negativas e baixa literacia em saúde mental, o que reforça a necessidade de treinamento e apoio organizacional contínuo (GIANDINOTO; EDWARD, 2014).

No contexto brasileiro, a educação permanente precisa contemplar: acolhimento e escuta qualificada; avaliação de risco e condições clínicas associadas; manejo de agitação e desorganização comportamental com foco em desescalamento; e articulação para continuidade do cuidado na rede, com registro adequado em prontuário e comunicação efetiva entre serviços.

Dimensões ético-legais e responsabilidade profissional

O manejo de crises envolve decisões sensíveis que devem equilibrar proteção, autonomia e dignidade, especialmente em situações de vulnerabilidade. A Lei nº 10.216/2001 estabelece direitos e diretrizes para o tratamento em ambiente terapêutico pelo meio menos invasivo possível (BRASIL, 2001).



No plano jurídico, condutas caracterizadas por negligência, imprudência ou imperícia podem ensejar responsabilização civil e penal, dependendo do caso, à luz do Código Civil e do Código Penal, além de normas específicas quando se trata de crianças e adolescentes (BRASIL, 1940; BRASIL, 1990; BRASIL, 2002).

Do ponto de vista deontológico, normas do CFM reforçam a necessidade de indicação clínica, prescrição, registro e monitoramento quando intervenções restritivas forem inevitáveis, vedando seu uso por conveniência ou caráter punitivo (CFM, 2013). De forma convergente, normativas do COFEN detalham responsabilidades da enfermagem na supervisão e monitoramento, reforçando a importância de protocolos institucionais e registros consistentes (COFEN, 2024).

Governança e protocolos: do documento à prática

Embora normas nacionais estabeleçam princípios para a organização das urgências e para a estruturação da RUE, a implementação local enfrenta limitações de financiamento, rotatividade de pessoal e baixa padronização de fluxos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011a). Além disso, alterações recentes na regulamentação da RAPS e documentos orientadores geraram debates sobre o rumo da política de saúde mental, com repercussões para a capacidade de resposta territorial e para a integração com a urgência e emergência (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019).

Nesse sentido, protocolos clínico-operacionais pactuados entre UPA, CAPS e atenção hospitalar, com linhas de cuidado definidas e critérios de encaminhamento e contrarreferência, constituem instrumento estratégico. Tais protocolos devem ser acompanhados de mecanismos de governança (responsáveis, metas e monitoramento) e de educação permanente vinculada a indicadores de segurança do paciente e proteção ocupacional.

Limitações

Por se tratar de revisão narrativa, este trabalho não segue o rigor metodológico de revisões sistemáticas e pode estar sujeito a vieses de seleção e interpretação. Ainda assim, busca oferecer uma síntese crítica orientada por marcos normativos e por evidências relevantes para subsidiar decisões de gestão e práticas assistenciais.



CONCLUSÃO

O despreparo das Unidades de Pronto Atendimento para o manejo de pacientes em crise psiquiátrica é fenômeno multifatorial e expressa limitações estruturais da rede, lacunas de formação e insuficiências de governança entre a RUE e a RAPS. Essas fragilidades repercutem diretamente na segurança do cuidado e na proteção dos profissionais.

Recomenda-se: (i) adequação de ambiência e segurança (espaços de acolhimento/observação com privacidade e redução de estímulos); (ii) educação permanente com ênfase em acolhimento humanizado, avaliação de risco e manejo de crises; (iii) implantação de protocolos intersetoriais com fluxos regulatórios claros; e (iv) fortalecimento da RAPS, especialmente dispositivos com maior capacidade de resposta às crises, para reduzir permanências prolongadas na urgência. Estudos avaliativos sobre intervenções organizacionais nas UPAs e seus efeitos em desfechos de segurança e resolutividade são necessários para avançar na base de evidências.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009. Define a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e estabelece diretrizes para sua implantação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. 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 SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a RAPS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:

<https://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/legislacao-lista-categoria/14-legislacao-por-assunto/26-servicos-de-interesse-da-saude/316-caps.html?download=470%3Anota-tecnica-n-11-2019-cgmad-dapes-sas-ms>. Acesso em: 5 mar. 2026.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.057, de 12 de novembro de 2013. Brasília, DF: CFM, 2013. Disponível em:

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2057_2013.pdf. Acesso em: 5 mar. 2026.



COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 746, de 20 de março de 2024. Normatiza os procedimentos de enfermagem na contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-746-de-20-de-marco-de-2024/>. Acesso em: 5 mar. 2026.

DIAS, Marcelo Kimati; FERIGATO, Sabrina Helena; FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 595-602, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020252.09182018.

GIANDINOTO, Jo-Ann; EDWARD, Karen-Leigh. Challenges in acute care of people with comorbid mental illness. *British Journal of Nursing*, London, v. 23, n. 13, p. 728-732, 2014. DOI: 10.12968/bjon.2014.23.13.728.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.