

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 PATIENTS

Valéria Paula Sassoli Fazan¹

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

RESUMO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) integram a Rede de Atenção às Urgências e recebem demanda crescente de pessoas em crise psiquiátrica, embora nem sempre disponham de ambiência, equipes e fluxos assistenciais compatíveis com essa necessidade. O objetivo deste artigo é analisar criticamente o preparo das UPAs para o manejo de pacientes psiquiátricos, considerando dimensões assistenciais, normativas, ético-legais e de gestão. Realizou-se revisão narrativa da literatura, com consulta às bases LILACS, SciELO e PubMed e a documentos oficiais brasileiros publicados entre 2001 e 2024. A análise evidenciou lacunas de infraestrutura, capacitação profissional e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial, fatores associados a práticas pouco resolutivas, permanência prolongada nos serviços e maior risco para pacientes e trabalhadores. Conclui-se que o enfrentamento do problema exige educação permanente, protocolos clínico-operacionais, condições adequadas de acolhimento e observação, integração regulatória com os serviços de saúde mental e fortalecimento da atenção psicossocial.

Palavras-chave: emergências psiquiátricas; Rede de Atenção Psicossocial; saúde mental; serviços de urgência; Unidades de Pronto Atendimento.

ABSTRACT

Emergency Care Units (UPAs) are part of the Brazilian Urgent and Emergency Care Network and receive a growing demand from people experiencing psychiatric crises, although they do not always have appropriate environments, trained teams, and care pathways for this purpose. This article aims to critically analyze the preparedness of UPAs for the management of psychiatric patients, considering care-related, regulatory, ethical-legal, and health-management dimensions. A narrative literature review was conducted using LILACS, SciELO, and PubMed, as well as Brazilian official documents published between 2001 and 2024. The analysis identified gaps in infrastructure, professional training, and coordination with the Psychosocial Care Network, which are associated with low-resolving practices, prolonged stays in emergency services, and increased risks for patients and healthcare workers. The problem requires continuing education, clinical and operational protocols, suitable conditions for reception and observation, effective referral pathways to mental health services, and strengthening of psychosocial care.

Keywords: Emergency Care Units; mental health; psychiatric emergencies; Psychosocial Care Network; urgent care services.

INTRODUÇÃO

O crescimento das demandas de saúde mental nos serviços de urgência e emergência tem ampliado a exposição das equipes a situações clínicas complexas, especialmente quando o cuidado é prestado em ambientes originalmente organizados para agravos predominantemente clínicos e traumáticos. No Brasil, as UPAs constituem pontos intermediários da Rede de Atenção às Urgências e devem assegurar acolhimento, classificação de risco e resposta adequada às urgências, inclusive psiquiátricas (Brasil, 2009; Brasil, 2011a; Giandinoto; Edward, 2014).

A Reforma Psiquiátrica brasileira redirecionou o modelo assistencial para uma rede territorial e comunitária, com proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e valorização de estratégias de cuidado menos restritivas. A Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), instituída em 2011 e posteriormente atualizada, organiza os diferentes pontos de atenção destinados ao cuidado em saúde mental, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial como serviços estratégicos (Amarante, 2007; Brasil, 2001; Brasil, 2011b; Brasil, 2017).

Apesar desse marco político-normativo, as situações de crise continuam evidenciando tensões entre a centralização do atendimento em serviços de urgência e a necessidade de cuidado territorial articulado. A ausência de fluxos consistentes, a limitação de recursos especializados e a baixa integração entre serviços podem prolongar a permanência do paciente em unidades não preparadas para acompanhamento psiquiátrico contínuo (Dias *et al.*, 2020; Giandinoto; Edward, 2014).

Diante desse cenário, o presente artigo tem como objetivo analisar o despreparo das Unidades de Pronto Atendimento para o manejo de pacientes psiquiátricos, considerando os aspectos assistenciais, legais, bioéticos e de gestão em saúde, à luz da legislação brasileira e da produção científica pertinente ao cuidado em crise (Amarante, 2007; Dias *et al.*, 2020).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, modalidade apropriada à discussão crítica de temas amplos e multidimensionais. Esse tipo de revisão permite integrar evidências, normas e referenciais teóricos, favorecendo a contextualização do problema e a construção de uma síntese interpretativa, sem a pretensão de reproduzir as etapas de uma revisão sistemática (Rother, 2007).

A busca bibliográfica foi realizada nas bases LILACS, SciELO e PubMed, utilizando os descritores, em português e inglês, “urgências psiquiátricas”, “saúde mental em emergências”, “Unidades de Pronto Atendimento”, “Rede de Atenção Psicossocial” e “atendimento psiquiátrico no SUS”. Foram consideradas publicações de 2001 a 2024, intervalo definido a partir do marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Foram incluídos artigos originais, revisões, dissertações, teses e documentos oficiais do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Federal de Enfermagem que abordassem diretamente o cuidado em crise, a organização das redes assistenciais, a segurança do paciente e as responsabilidades profissionais. Excluíram-se materiais sem relação direta com o tema, documentos sem autoria institucional identificável e publicações em idiomas diferentes do português, inglês ou espanhol.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos assistenciais: demanda crescente e estrutura insuficiente

O manejo de agitação psicomotora, ideação suicida, episódios psicóticos agudos e abstinência de substâncias exige avaliação clínica, ambiente seguro, monitoramento e articulação com serviços especializados. As normas nacionais de urgência e assistência psiquiátrica estabelecem requisitos de acolhimento e segurança, mas a disponibilidade concreta desses recursos pode variar entre os serviços (Brasil, 2002b; Conselho Federal de Medicina, 2013; Dias *et al.*, 2020).

Em unidades sem espaços específicos, pacientes em sofrimento psíquico podem permanecer em ambientes compartilhados, ruidosos e com intensa circulação, circunstâncias que dificultam o vínculo terapêutico e podem agravar medo, desorganização e agitação. A literatura também identifica insegurança, estigma e baixa confiança profissional quando trabalhadores de serviços gerais atendem pessoas com transtornos mentais sem treinamento e apoio organizacional adequados (Giandinoto; Edward, 2014; Conselho Federal de Medicina, 2013).

A integração entre UPAs, CAPS, atenção básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e leitos hospitalares é indispensável para evitar permanências prolongadas e encaminhamentos descontínuos. A atenção à crise requer articulação territorial, definição de responsabilidades e comunicação entre os pontos da rede, em vez de concentração do cuidado em um único serviço (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b; Brasil, 2017; Dias *et al.*, 2020).

Responsabilidade civil, penal e ética dos profissionais

A atuação em urgências psiquiátricas envolve deveres de cuidado, vigilância, registro e encaminhamento oportuno. O ordenamento jurídico brasileiro prevê responsabilização quando condutas negligentes, imprudentes ou imperitas causam dano, ao

mesmo tempo em que assegura proteção integral a crianças e adolescentes e direitos específicos às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 1940; Brasil, 1990; Brasil, 2001; Brasil, 2002a).

Situações de maior risco incluem omissão de assistência diante de perigo imediato, contenção inadequada, ausência de monitoramento e encaminhamento incompatível com a condição clínica. O Conselho Federal de Medicina estabelece critérios de segurança para a assistência psiquiátrica, enquanto o Conselho Federal de Enfermagem determina que a contenção mecânica seja excepcional, supervisionada pelo enfermeiro, monitorada e devidamente registrada (Conselho Federal de Medicina, 2013; Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

A dimensão ética não se limita à prevenção de eventos adversos. O paciente em crise deve receber cuidado digno, humanizado e proporcional às suas necessidades, com uso dos meios menos invasivos possíveis e proteção contra abuso, discriminação e exposição indevida. Atitudes estigmatizantes e a baixa literacia em saúde mental podem comprometer a avaliação de queixas clínicas e a construção de respostas terapêuticas adequadas (Brasil, 2001; Giandinoto; Edward, 2014).

Normativas profissionais e obrigações institucionais

A assistência psiquiátrica deve ser organizada com condições mínimas de segurança, equipe qualificada, recursos de suporte e integração multiprofissional. A Resolução CFM nº 2.057/2013 reforça a responsabilidade institucional pela qualidade do ambiente assistencial e pela garantia dos meios necessários ao cuidado, não sendo razoável atribuir exclusivamente ao trabalhador falhas que decorrem da precariedade estrutural do serviço (Conselho Federal de Medicina, 2013).

Nos procedimentos de contenção mecânica, a Resolução Cofen nº 746/2024 estabelece que a medida somente seja adotada para prevenir dano imediato ou iminente, quando não houver alternativa disponível. A norma exige supervisão direta do enfermeiro, monitoramento clínico e registro da justificativa, duração, avaliações e eventuais eventos adversos no prontuário (Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

O direito ao tratamento em ambiente terapêutico e pelos meios menos invasivos possíveis impõe às instituições o dever de combinar protocolos claros, infraestrutura adequada e profissionais capacitados. Assim, o cumprimento formal das normas deve ser acompanhado de condições reais para acolhimento, avaliação clínica, observação segura e encaminhamento responsável (Brasil, 2001; Conselho Federal de Medicina, 2013; Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

Síntese crítica e implicações para a gestão

A análise integrada demonstra que o despreparo das UPAs não se reduz à ausência de um profissional específico ou de uma sala isolada. O problema resulta da combinação entre infraestrutura limitada, formação insuficiente, fragmentação regulatória e implantação incompleta de uma rede territorial capaz de responder às crises em diferentes níveis de complexidade (Amarante, 2007; Dias *et al.*, 2020).

A literatura internacional mostra que profissionais de serviços agudos enfrentam medo, estigma, baixa confiança técnica e dificuldades ambientais ao cuidar de pessoas com comorbidade mental. No contexto brasileiro, essas dificuldades se articulam à necessidade de integração entre urgência, atenção psicossocial e serviços hospitalares, o que exige apoio institucional e educação permanente (Giandinoto; Edward, 2014; Brasil, 2011b; Dias *et al.*, 2020).

Intervenções isoladas tendem a produzir resultados limitados. A ampliação da oferta de serviços deve ocorrer conjuntamente com protocolos de referência e contrarreferência, canais de comunicação, supervisão clínica, capacitação das equipes e definição de responsabilidades entre os pontos da rede (Brasil, 2011b; Brasil, 2017; Dias *et al.*, 2020).

As mudanças normativas promovidas na política nacional de saúde mental reforçaram debates sobre o equilíbrio entre atenção comunitária, serviços hospitalares e respostas às crises. A instabilidade de diretrizes e a ausência de mecanismos locais de governança podem comprometer a continuidade do cuidado e a coerência dos fluxos assistenciais (Brasil, 2017; Brasil, 2019; Dias *et al.*, 2020).

Também se observa tensão entre as obrigações técnicas impostas aos profissionais e as condições concretas de trabalho. Protocolos, registros e capacitação são indispensáveis, mas não substituem a responsabilidade institucional de fornecer pessoal,

recursos e ambiente seguros para pacientes e trabalhadores (Conselho Federal de Medicina, 2013; Conselho Federal de Enfermagem, 2024; Giandinoto; Edward, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O despreparo das Unidades de Pronto Atendimento para o manejo de pacientes psiquiátricos constitui problema estrutural e intersetorial. A insuficiência de ambientes adequados, capacitação específica e fluxos efetivos com a RAPS compromete a resolutividade do cuidado e amplia riscos assistenciais para pacientes e profissionais.

No campo da prática, recomenda-se incorporar conteúdos de saúde mental à educação permanente das equipes, estruturar protocolos clínico-operacionais e assegurar que medidas restritivas sejam excepcionais, justificadas, monitoradas e registradas. Essas ações devem respeitar os direitos da pessoa em sofrimento psíquico e as normas profissionais vigentes.

Na gestão, é necessário fortalecer os mecanismos de referência e contrarreferência entre UPAs, CAPS, atenção básica, SAMU e hospitais, definindo responsabilidades, canais de comunicação e alternativas para avaliação especializada. A organização territorial do cuidado em crise é fundamental para reduzir permanências inadequadas e evitar a concentração de demandas psiquiátricas nos serviços de urgência.

Por fim, pesquisas futuras devem avaliar a implantação e a efetividade de protocolos de triagem em saúde mental, programas de capacitação, suporte matricial e equipes especializadas de resposta à crise. Estudos avaliativos poderão produzir evidências mais robustas para orientar decisões de gestão, segurança e política pública nas urgências psiquiátricas.

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: 29 jul. 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/l8069.htm. Acesso em: 29 jul. 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: 29 jul. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2002b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html. Acesso em: 29 jul. 2026.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 29 jul. 2026.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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>. Acesso em: 29 jul. 2026.

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: 29 jul. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.057, de 20 de setembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e estabelece critérios mínimos de segurança para estabelecimentos de assistência psiquiátrica. Brasília, DF: CFM, 2013. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>. Acesso em: 29 jul. 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 co-morbid 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. DOI: 10.1590/S0103-21002007000200001.