

Naiara Lino de Araújo
Alves Alexandre ¹

 0000-0001-5567-6460

Victor Emanuel do
Nascimento Silva ²

 0009-0000-4090-5208

Jéssica Maria Gomes
Araújo ³

 0000-0002-1341-8049

Carlos Alberto Leite Filho ⁴

 0000-0002-4050-6669

Kedson Almeida da Silva ⁵

 0009-0005-4292-9648

John Carlos de Souza
Leite ⁶

 0000-0002-0183-6913

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará.
Iguatu, Ceará, Brasil.

² Universidade Estadual Vale do
Acarau. Sobral, Ceará, Brasil.

³ Escola de Saúde Pública do Ceará.
Quixeramobim, Ceará, Brasil.

⁴ Universidade Federal do
Maranhão. Pinheiro, Maranhão,
Brasil.

⁵ Centro Universitário Estácio do
Ceará. Iguatu, Ceará, Brasil.

⁶ Universidade Estadual Vale do
Acarau. Iguatu, Ceará, Brasil.

DOI

10.54620/m791t927



Licença CC BY 4.0

Observação psiquiátrica de pacientes em crise: relato de experiência

*Psychiatric observation of patients in crisis: an
experience report*

*Observación psiquiátrica de pacientes en crisis:
relato de experiencia*

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência da observação psiquiátrica de pacientes em crise, acompanhados em Centro de Atenção Psicossocial no interior do Ceará, Brasil. **Métodos:** Relato de experiência de uma enfermeira residente, no período de maio de 2022 a fevereiro de 2023. O cenário do estudo foi a unidade de observação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, no interior do Ceará. Utilizaram-se as percepções para subsidiar as reflexões. **Resultados:** Evidenciou-se potencial hegemonia do modelo medicalocêntrico, com foco na contenção química e pouca utilização de práticas não farmacológicas. Identificaram-se a ausência de rotina sistemática da equipe multiprofissional nos leitos, a baixa inserção de pacientes estáveis em grupos terapêuticos e a acentuada fragilidade e sobrecarga dos familiares no processo de cuidar. **Considerações finais:** Notaram-se lacunas no monitoramento pós-alta. Enfatiza-se a necessidade de potencializar o atendimento às crises, por meio da clínica ampliada e do fortalecimento do suporte à família.

Palavras-chave: Saúde Mental; Intervenção em Crise; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of psychiatric observation of patients in crisis followed at a Psychosocial Care Center in the interior of Ceará, Brazil. **Methods:** Experience report developed by a nursing resident from May 2022 to February 2023, carried out in the observation unit of a CAPS III. The reflections were based on professional perceptions during care delivery. **Results:** A strong hegemony of the medical-centered model was identified, with emphasis on chemical restraint and limited use of non-pharmacological practices. The absence of a systematic routine of the

multiprofessional team in the observation beds was observed, as well as low inclusion of stable patients in therapeutic groups and significant fragility and overload of family members in the caregiving process. **Final considerations:** Gaps in post-discharge follow-up were noted, highlighting the need to strengthen crisis care through expanded clinical practice and family support.

Keywords: *Mental Health; Crisis Intervention; Comprehensive Health Care.*

RESUMEN

Objetivo: Relatar la experiencia de la observación psiquiátrica de pacientes en crisis atendidos en un Centro de Atención Psicosocial en el interior de Ceará, Brasil. **Métodos:** Relato de experiencia desarrollado por una enfermera residente entre mayo de 2022 y febrero de 2023, realizado en la unidad de observación de un CAPS III. Las reflexiones se basaron en las percepciones profesionales durante la atención. **Resultados:** Se evidenció una fuerte hegemonía del modelo medicalocéntrico, con énfasis en la contención química y escaso uso de prácticas no farmacológicas. Se identificó la ausencia de una rutina sistemática del equipo multiprofesional, la baja inclusión de pacientes estables en grupos terapéuticos y una marcada sobrecarga y fragilidad familiar. **Consideraciones finales:** Se observaron lagunas en el seguimiento post alta, destacándose la necesidad de fortalecer la atención a las crisis mediante la clínica ampliada y el apoyo familiar.

Descriptores: *Salud Mental; Intervención en Crisis; Atención Integral de la Salud.*

INTRODUÇÃO

Na década de 1970, em meio aos movimentos de redemocratização do Brasil, surgiu a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual propôs a superação do modelo hospitalocêntrico e medicalizante, o que promoveu reestruturação assistencial pautada na desinstitucionalização. Essa mudança implicou em transformações nos âmbitos cultural, político e ético, redefinindo o modo de lidar com o sofrimento psíquico e priorizando a subjetividade do sujeito em detrimento do isolamento¹.

Essa transição paradigmática consolidou-se com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que ampliou o olhar sobre as práticas de saúde mental. Nesse cenário, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se tornaram equipamentos públicos, destinados à promoção da saúde e ao atendimento de casos graves e persistentes. Como dispositivos substitutivos, os CAPS visam viabilizar a contratualidade social do usuário e ordenar a rede de cuidados, atuando diretamente no manejo das crises².

No cotidiano desses serviços, a atenção à crise revela-se um desafio complexo que ultrapassa o silenciamento de sintomas ou da contenção farmacológica, exige a capacidade de lidar com a incerteza e a reorganização dos processos de trabalho. Contudo, apesar do avanço teórico, observa-se, na prática assistencial, lacuna no que tange à eficácia dos fluxos de observação e ao manejo multiprofissional, o que muitas vezes resulta em descontinuidade do cuidado e no retorno recorrente de usuários ao serviço de observação psiquiátrica.

Dessa forma, este estudo justifica-se pela identificação, na vivência na residência em Saúde Mental Coletiva, de pontos que demandam aprimoramento, dentre eles: a articulação da equipe multiprofissional, a inserção de terapias alternativas e o monitoramento pós-alta. Logo, compreender a condução do acolhimento à contrarreferência no território é necessário para traçar estratégias que garantam a manutenção do estado mental e a efetiva reinserção social do indivíduo.

A apresentação desses processos, incluindo os fluxos de chegada, o período de observação e o seguimento pós-alta, revela-se de grande relevância para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Identificar falhas nessas etapas permite o fortalecimento da assistência e o restabelecimento do estado de saúde dos usuários.

Diante do exposto, este estudo objetivou relatar a experiência da observação psiquiátrica de pacientes em crise, acompanhados em um CAPS no interior do Ceará, sob a ótica da residência multiprofissional.

MÉTODOS

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa ocorrido de maio de 2022 a fevereiro de 2023, durante a atuação

teórico-prática de uma enfermeira residente do Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva, da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

O cenário do estudo foi um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), localizado no município de Iguatu, Ceará, Brasil. O município conta com vasta rede de saúde mental, possuindo três CAPS: o CAPS III, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS II), e ainda a Residência Terapêutica.

Os participantes da vivência foram usuários em sofrimento psíquico agudo que necessitavam de observação psiquiátrica no CAPS III. Para organização da experiência, adotaram-se o referencial da sistematização da assistência de enfermagem e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. As percepções foram estruturadas nos seguintes eixos: o acolhimento à crise, o manejo multiprofissional na observação e a articulação com a rede para a alta.

Por tratar-se de relato de experiência, o trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Todavia, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde³.

RESULTADOS

A experiência permitiu a sistematização do fluxo assistencial aos usuários em crise no CAPS. O serviço atua como referência para o município sede e outros nove municípios circunvizinhos. O acesso ocorre por demanda espontânea ou encaminhamentos da rede. O acolhimento é realizado por equipe multiprofissional (Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Pedagogia, Educação Física e Terapia Ocupacional).

O CAPS dispõe de cinco leitos de observação, com exigência de acompanhante familiar em tempo integral. Observou-se que a assistência diurna é composta por equipe completa, enquanto o período noturno, até fevereiro de 2023, era restrito ao suporte técnico de enfermagem e vigilância. Após esse período, houve a implementação do enfermeiro no acolhimento noturno.

Quando o paciente é avaliado pelos profissionais da equipe multiprofissional, estes decidem qual conduta será realizada, se o paciente tem condições de ser medicado em casa ou ficará na observação psiquiátrica para estabilização e acompanhamento, na maioria das vezes é realizada a contenção química, outras vezes, é feita a contenção mecânica.

No cotidiano da unidade, os pacientes passam por intenso processo de medicalização. A equipe de enfermagem administra as prescrições e o serviço conta com suporte laboratorial para liberação de resultados em tempo hábil. Quando solicitados exames de alta complexidade, como tomografias, a equipe articula com a Secretaria Municipal de Saúde o direcionamento à Policlínica do município, mediante pactuação do consórcio municipal e estabilidade clínica do paciente.

Durante a permanência, a alimentação é fornecida pelo CAPS tanto para o usuário quanto para o acompanhante. O tempo de observação varia, em geral, de

uma a duas semanas, podendo estender-se a três semanas para estabilização completa. Após a melhora, ocorre a alta com reagendamento para avaliação psiquiátrica; pacientes de outros municípios são orientados a buscar o retorno nas cidades de origem.

A inserção da residente no serviço de saúde ocorreu de forma ativa e integrada à equipe multiprofissional, participando diretamente da operacionalização do fluxo assistencial. As atribuições compreenderam a execução do acolhimento inicial e a aplicação do protocolo de triagem para classificação de risco psiquiátrico. No cotidiano da unidade, a residente atuou no gerenciamento do cuidado aos pacientes nos leitos de observação, realizando a evolução em prontuário, a aferição de sinais vitais e a administração de terapêutica medicamentosa sob supervisão do preceptor de núcleo.

Além disso, a residente participou das reuniões de equipe para construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), mediou a comunicação entre o serviço e a rede de apoio socioassistencial e conduziu atividades de educação em saúde junto aos acompanhantes, focadas no manejo de crises e na adesão ao tratamento. Na experiência, identificaram-se fragilidades. O Quadro 1 apresenta a síntese das principais fragilidades identificadas no fluxo assistencial e os respectivos impactos observados na qualidade do cuidado ofertado.

Quadro 1 – Fragilidades observadas no fluxo assistencial e impactos na atenção à crise.

Etapas do fluxo	Fragilidades identificadas	Impactos no cuidado
Assistência multiprofissional	Atuação reativa e ausência de rotina sistemática para pacientes em observação.	Fragmentação do cuidado e centralização da conduta no saber médico.
Manejo terapêutico	Baixa inserção em práticas não farmacológicas.	Subutilização de recursos terapêuticos e redução da autonomia do sujeito.
Apoio à família	Déficit na orientação para o manejo domiciliar e sobrecarga do cuidador.	Dificuldade na adesão medicamentosa e insegurança familiar pós-alta.
Pós-alta	Inexistência de monitoramento sistemático no território.	Ocorrência do fenômeno "porta-giratória" (reinternações frequentes).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Destacou-se a ausência de rotina de atuação da equipe multiprofissional para a assistência aos pacientes em crise. Todavia, notou-se que, em casos específicos, ocorria a intervenção destes profissionais. É válido mencionar que o paciente, ao chegar à unidade, é conduzido para observação psiquiátrica, em que

é investigado, pelos profissionais da equipe que fazem a triagem, geralmente enfermeiros, assistentes sociais e pedagogos do serviço, a existência de demanda social. A partir desse cenário, o caso é repassado ao profissional de assistência social, que pode haver a implementação de intervenções com a equipe assistencial.

Notou-se que os familiares se encontravam fragilizados nesse processo de cuidar. perceberam-se desafios ao lidar com as alterações comportamentais. Desta forma, destaca-se que os parentes não conseguiam dar as medicações de forma prescrita, tinham dificuldade em compreender as orientações que os profissionais repassavam para auxiliar no cuidado e melhora da saúde mental dos pacientes. Além disso, após a alta, não havia monitoramento de como o paciente estava evoluindo no domicílio.

A observação permitiu elencar pontos que impactavam na eficácia da assistência integral. Notou-se que a atuação da equipe multiprofissional ocorria de forma reativa a demandas específicas, carecendo de rotina assistencial conjunta e sistemática voltada aos leitos de observação. Adicionalmente, verificou-se a hegemonia do modelo medicalizante, traduzida na ausência de terapias alternativas ou práticas não farmacológicas no manejo da crise, além da baixa inserção dos usuários em observação nos grupos terapêuticos da unidade.

Evidenciou-se que as famílias chegavam ao momento da alta fragilizadas e com dificuldades de compreensão sobre o manejo medicamentoso. A inexistência de fluxo de monitoramento sistemático pós-alta foi identificada como fator preponderante para a recorrência de crises e o fenômeno da "portagiratória" no serviço. Isso refere-se ao fenômeno de internações sucessivas e frequentes, em que o usuário recebe alta após a estabilização dos sintomas, mas retorna ao serviço em curto espaço de tempo, devido à ausência de suporte, monitoramento ou continuidade do cuidado no território.

Em contrapartida às fragilidades apontadas, a vivência permitiu identificar elementos facilitadores que sustentavam a assistência, conforme sistematizado no Quadro 2.

Quadro 2 – Potencialidades e fortalezas identificadas no fluxo assistencial do CAPS.

Elementos fortalecedores	Potencialidades	Impactos no cuidado
Acesso facilitado	Abertura para demanda espontânea e suporte a dez municípios da região.	Garante a porta aberta e o acolhimento imediato em situações de crise aguda.
Composição da equipe	Presença de equipe multiprofissional diversificada e preceptoria especializada.	Possibilita múltiplos olhares sobre o caso e suporte técnico qualificado para residentes.

Suporte diagnóstico	Articulação com a rede para exames laboratoriais e de imagem (Policlínica).	Agilidade na exclusão de causas orgânicas e segurança na estabilização clínica.
Estratificação de risco	Utilização de instrumento de triagem específico para urgências psiquiátricas.	Sistematização da prioridade de atendimento e segurança na tomada de decisão.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Verificou-se que o serviço era eficiente na RAPS na região. O CAPS como unidade de porta aberta para demanda espontânea, aliada ao suporte a nove municípios circunvizinhos, consolida o dispositivo como referência para o manejo de crises agudas fora do ambiente hospitalar convencional. Essa acessibilidade é potencializada pela presença de uma equipe multiprofissional diversificada.

Além disso, a pactuação com a rede municipal para realização de exames laboratoriais e de imagem de alta complexidade confere segurança clínica às intervenções, permitindo o diagnóstico diferencial de forma ágil. Somado a isso, o fornecimento de suporte logístico integral atua como fator de humanização e equidade.

Ainda, a utilização de instrumento próprio de triagem e classificação de risco demonstra esforço de sistematização da assistência psiquiátrica. Essa ferramenta assegura que casos de maior gravidade clínica ou subjetiva sejam priorizados, garantindo resposta rápida da equipe de psiquiatria e residentes.

DISCUSSÃO

A desinstitucionalização psiquiátrica reflete a transformação do cenário brasileiro de saúde mental, promovendo períodos mais curtos de hospitalização e priorizando a assistência em serviços abertos e territoriais. Esse processo impacta diretamente na consolidação de um modelo de atenção integrado e fundamentado na comunidade⁴, como observado no fluxo assistencial da unidade estudada.

O fenômeno da "porta-giratória" é um impasse da saúde mental. As taxas de reinternação estão ligadas à desarticulação da rede de cuidados básicos e ao isolamento dos centros de atenção especializada. A crise é resolvida clinicamente, mas o sujeito retorna a um território desassistido, o que comprova que a eficácia de um serviço de crise não se mede apenas pela estabilização interna, mas pela capacidade de integração intersetorial⁵.

Nesse contexto, a inclusão da família no processo de reabilitação e reinserção psicossocial torna-se indispensável. Como evidenciado, a exigência de um acompanhante em tempo integral no serviço de observação reforça que a família é peça essencial para continuidade do tratamento. Contudo, é imperativo considerar os impactos nesse núcleo, que frequentemente sofre alterações na rotina, no âmbito financeiro e nas relações afetivas⁶. A responsabilização no

cuidado, que inclui desde o manejo das crises até o suporte nas atividades diárias, pode acarretar significativa sobrecarga do cuidador⁷.

A atuação reativa da equipe multiprofissional aponta para uma crise dos profissionais de saúde mental frente à urgência psiquiátrica. Na literatura, observa-se que o "fazer" psicossocial, muitas vezes, recua diante da crise aguda, delegando ao médico a exclusividade da conduta. Esse movimento fragiliza a interdisciplinaridade prevista na Lei 10.216/2001 e limita o potencial das terapias não farmacológicas como ferramentas de manejo comportamental e subjetivo⁸.

A abrangência regional do serviço, que assiste dez municípios, impõe desafios logísticos à continuidade do cuidado. A centralização de dispositivos de crise em cidades-polo pode, paradoxalmente, fragilizar o matriciamento na Atenção Primária das cidades satélites. Essa distância geográfica entre o local da alta (CAPS) e o local de vida do usuário dificulta o monitoramento sistemático, tornando a rede vulnerável e favorecendo a descontinuidade do tratamento que culmina na reincidência da crise⁹.

Ainda, a disponibilidade de suporte diagnóstico e a articulação com a rede de exames de alta complexidade qualificam o CAPS como serviço de saúde robusto. A integração com a Policlínica demonstra que o modelo psicossocial não abdica do suporte tecnológico, mas o utiliza para garantir a segurança clínica e o diagnóstico diferencial¹⁰. Essa retaguarda é fundamental, para que a equipe de residentes e preceptores tome decisões seguras.

A inserção de programas de residência multiprofissional em saúde mental contribui para o fortalecimento do SUS. Para além do processo de formação em serviço, os residentes atuam como agentes sociais que realizam as práticas assistenciais, fomentando o pensamento crítico e a implementação de evidências científicas, no cotidiano dos CAPS. A atuação desses profissionais potencializa a interdisciplinaridade e a clínica ampliada, além de haver propostas de intervenções que qualifiquem o cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A observação da assistência à crise revelou contraste entre o compromisso com os vínculos humanos e a persistência de um modelo medicalocêntrico, agravado por fragilidades estruturais e uma atuação multiprofissional ainda incipiente. Neste sentido, é indispensável superar a escassez de práticas não farmacológicas e investir em estratégias de acolhimento que incluam a família e a educação em saúde de forma robusta.

Nesse cenário, a residência multiprofissional atua como estratégia de tensão e mudança, qualificando o debate técnico e propondo novos fluxos que buscam romper com resquícios manicomiais. A inserção desses profissionais estimula a implementação da clínica ampliada e a corresponsabilização no território, visando transformar a assistência para além da estabilização de sintomas. A construção de intervenções práticas que garantam a resolutividade

do cuidado e a articulação intersetorial consolidou-se na promoção de cidadania e reinserção social.

Como limitações, aponta-se a natureza subjetiva intrínseca ao relato de experiência, pautado na vivência de única categoria profissional em cenário específico, o que impede a generalização dos achados para outros contextos da Rede de Atenção Psicossocial. Espera-se que este estudo fomente a reflexão sobre as práticas cotidianas de atenção à crise. Concluiu-se que o fortalecimento desse nível de atenção depende da articulação intersetorial que garanta a continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Iglesias A, Avellar LZ. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(9):3791-8. DOI: 10.1590/1413-81232014199.00322013.
2. Amarante P, Nunes M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):2067-74. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2026 jan 28]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
4. Eloia SC, Oliveira EN, Eloia SMC, Lomeo RC, Parente JRF. Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2014;38(103):996-1007. DOI: 10.5935/0103-1104.20140085.
5. Ferreira AR, Rizzi FNC, Santos GC, Neto LAS, Miranda MCA, Borges MGS, et al. A porta giratória num serviço de internação de saúde mental de um hospital universitário do triângulo mineiro. *Psicodebate* [Internet]. 2025 [citado 2026 jan 28];11(1):124-43. Disponível em: <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/1240>.
6. Martins da Costa G, Limaverde Pessoa CK, Alves Soares C, Alves Moreira Rocha S. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da saúde mental. *Cadernos ESP* [online]. 2014 [citado 2026 jan 29];8(1):41-57. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/75>.
7. Ramos AC, Calais SL, Zotesso MC. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. *Contextos clín*. 2019;12(1):282-302. DOI: 10.4013/ctc.2019.121.12.
8. 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. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2001 abr 9 [citado 2026 jan 28]; Seção 1:2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
9. Macedo JP, Abreu MM de, Fontenele MG, Dimenstein M. A

regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Saude soc [Internet]. 2017 [citado 2026 jan 28];26(1):155-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental. Brasília: Ministério

da Saúde; 2013 [citado 2026 jan 28]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Iglesias A, Avellar LZ. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(9):3791-8. DOI: 10.1590/1413-81232014199.00322013.

Autor Correspondente

Victor Emanuel do Nascimento Silva
enfvioremanuel@gmail.com

Contribuições dos Autores

Conceitualização: NLAAA; **Curadoria de dados::** Investigação: NLAAA; **Metodologia:** NLAAA; **Redação – revisão e edição:** JCS; **Redação – rascunho original:** NLAAA, VENS, JMGA, CALF, KAS.

Conflito de Interesses

Não há conflitos de interesse.

Financiamento

Financiamento próprio.

Editores Associados

Genilton da Silva Faheina Junior, Janaildo Soares de Sousa, Kamila Maria Oliveira Sales e Sofia de Moraes Arnaldo

Como Citar

Alexandre NLAA, Silva VEM, Araújo JMG, Leite Filho CA, Silva KA da, Leite JCS. Observação psiquiátrica de pacientes em crise: relato de experiência. Cadernos ESP. 2564;20:e2564.

Recebido em: 02/02/2026

Publicado em: 24/09/2026