

PROTOCOLO CLÍNICO E DE REGULAÇÃO

SAÚDE MENTAL

VITÓRIA | AGOSTO 2023

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Saúde



PROTOCOLO CLÍNICO E DE REGULAÇÃO

SAÚDE MENTAL

VITÓRIA | AGOSTO 2023

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo - SESA

Endereço

Rua Eng. Guilherme José Monjardim Varejão, 225 Ed. Enseada Plaza - Enseada do Suá, Vitória - ES
CEP 29.050-260 | (27) 3347-5630/3347-5680 | urgenciaemergencia@saude.es.gov.br

Governador do Estado

José Renato Casagrande

Secretário de Estado da Saúde

Miguel Paulo Duarte Neto

Subsecretário de Estado de Regulação do Acesso à Saúde

Gleikson Barbosa dos Santos

Subsecretário de Estado de Atenção à Saúde - SSAS

José Tadeu Marinho

Gerência de Demandas Judiciais em Saúde - GEDEJ

Brunella Cintra Sodré

Gerência de Auditoria em Saúde - GAS

Caroline Gomes Coura Barbosa

Gerência de Regulação Hospitalar - GEREH

Alessandra Baque Berton

Gerência de Políticas e Organização de Redes de Atenção à Saúde - GEPORAS

Daysi Koehler Behning

Núcleo Especial de Regulação da Internação - NERI

Elaine de Oliveira Leppaus

COORDENAÇÃO GERAL E ORGANIZAÇÃO DO PROJETO

Jordana Cristina Santos da Silva

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO

Secretaria de Saúde



PROTOCOLO CLÍNICO E DE REGULAÇÃO

SAÚDE MENTAL

VITÓRIA | AGOSTO 2023

Equipe Técnica Responsável - NESAM-SAMU-192

Alex Solivan Abreu, Betsaida Moulin Malheiros, Carla Cristina Máximo Almeida, Carlos Fernandes Junior, Deborah Martins Demuner, Franciely da Costa Guarnier, Jordana Cristina Santos da Silva, Larissa Almeida Rodrigues

Revisão Técnica - Relatório de Consulta Pública SESA/SSERAS/GEREH/001/2023

Grupo Condutor Estadual da RAPS - HEAC

Grupo Condutor Estratégico da RUE - SSAS

Grupo Condutor Estratégico da RUE - Ministério da Saúde

Regulação da Internação em Saúde Mental - Autoridade Sanitária

Cooperação Técnica - SAMU-192

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Corpo de Bombeiros do Estado do Espírito Santo

Polícia Militar do Estado do Espírito Santo

Ministério Público do Estado do Espírito Santo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E77I Espírito Santo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde.

Protocolo Clínico e de Regulação em Saúde Mental / Secretaria de Estado da Saúde – Vitória : [s.n.], 2023.
104 p.:

Apresenta o Protocolo Clínico e de Regulação em Saúde Mental, com objetivo de descrever manejo clínico de pacientes e seu processo regulatório em casos de alterações comportamentais no Estado do Espírito Santo. Equipe de elaboração – vários autores: Jordana Cristina Santos da Silva; Betsaida Moulin Malheiros, Franciely da Costa Guarnier, Larissa Almeida Rodrigues, Deborah Martins Demuner.

1. Saúde Mental. 2. Urgências e Emergências. 3. Diretrizes Normativas. 4. Saúde Pública. I. Título. II. SESA-ES.

CDD 362.2: Saúde mental e transtornos de comportamento CDU 614.2: Saúde pública. Saúde mental. Serviços de saúde mental. Organização dos serviços de saúde mental. Protocolos clínicos. Regulação em saúde mental.

Projeto gráfico e diagramação: Equipe Técnica NESAM-SAMU-192.

Cópia eletrônica não controlada.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

*2023, Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Espírito Santo. Todos os direitos reservados.



PROTOCOLO CLÍNICO E DE REGULAÇÃO

APRESENTAÇÃO

SAÚDE MENTAL

O projeto de desenvolvimento de protocolos de acesso e regulação organizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA), tem como objetivo fundamental a melhoria da gestão da regulação por meio de agravos e demandas prioritárias de acesso à saúde. Isso é feito através da definição de critérios de prioridade no atendimento e da criação de fluxos bem definidos, que servem de guia para os profissionais em todos os níveis de atenção. Esse esforço não apenas qualifica as ações do médico regulador, mas também aprimora a oferta de serviços especializados de saúde.

A gestão da fila é uma das responsabilidades centrais da regulação médica, que utiliza a **Classificação de Prioridade** para ordenar os encaminhamentos. O Complexo Regulatório também desempenha um papel vital no monitoramento da disponibilidade de serviços. A Programação Pactuada Integrada, ou PPI, é uma estratégia do SUS que visa planejar e organizar a oferta de serviços de saúde de acordo com as necessidades da população e os recursos disponíveis, envolvendo a definição de metas, a distribuição de recursos e a programação de ações de saúde de forma integrada e pactuada entre diferentes instâncias do sistema de saúde. Essa abordagem visa ampliar o atendimento clínico e a resolutividade na Atenção Básica, otimizando os recursos de saúde, reduzindo deslocamentos desnecessários, diminuindo riscos de intervenções por recursos incompatíveis às necessidades de saúde, com o principal objetivo de promover uma gestão mais eficiente e equitativa das listas de espera.

A meta última da regulação é desempenhar a estratégia na redução do tempo de espera pelo atendimento referenciado, garantindo acompanhamento tanto na Atenção Básica quanto na Especializada, o que contribui para aprimorar a qualidade e eficácia do atendimento. Nesse contexto, o **Protocolo Clínico e de Regulação para Urgências em Saúde Mental** é estruturado com informações abrangentes que pretende melhorar a qualidade da assistência prestada aos **pacientes que enfrentam quadros agudos de alterações comportamentais**, com enfoque na regulação daqueles relacionados ao sofrimento psíquico, incluindo os relacionados ao uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Esse protocolo serve como um guia essencial para os processos e procedimentos de regulação em todos os serviços da rede estadual de urgência e emergência, garantindo uma utilização mais eficiente dos recursos com base nas prioridades e necessidades individuais de cada paciente. Portanto, este documento foi elaborado com base nas evidências disponíveis sobre o tema, com a finalidade regular o fluxo clínico e de decisão do uso de recursos para urgências em saúde mental. O material não é um guia de prática clínica e o leitor se torna responsável pelo seu uso e interpretação durante a sua assistência, decisão e de gerenciamento dos serviços de saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir conflito de interesses com o tema.

Coordenação Geral do Projeto

"As pegadas das pessoas que andaram juntas nunca se apagam." Provérbio Africano

SUMÁRIO

1. CONTEXTO.....	7
2. AVALIAÇÃO DE ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO NAS PORTAS DE ENTRADA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	9
2.1. DEFINIÇÕES.....	11
2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	11
2.3. LEVANTAMENTO DE ACHADOS CLÍNICOS.....	15
2.3.1. Teste de estado mental.....	19
2.3.2. Exames diagnósticos complementares.....	21
2.3.3. Abordagem diagnóstica.....	23
2.3.4. Segurança profissional e do paciente.....	29
3. PADRONIZAÇÃO DA REGULAÇÃO E CRITÉRIOS DE PRIORIDADE EM SITUAÇÕES DE ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO.....	30
3.1. ABORDAGEM EM ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS E CRISE EM SAÚDE MENTAL NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	32
3.1.1. A APS diante das crises em saúde mental e das urgências de alterações comportamentais.....	35
3.1.2. O CAPS diante das crises em saúde mental e das urgências de alterações comportamentais.....	38
3.1.3. O Pronto Socorro é parte de uma rede mais ampla do SUS.....	41
3.1.4. O acionamento do SAMU-192.....	43
3.2. FLUXO ASSISTENCIAL PARA AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL.....	43
3.2.1. Fluxo assistencial do SAMU-192 baseado em diretrizes clínicas.....	44
3.2.2. Organização dos Atendimentos em Urgências e Emergências em Saúde Mental.....	45
3.2.3. O atendimento do SAMU-192.....	48
3.2.4. A avaliação da cena.....	50
3.2.5. Apoio de agentes de segurança pública.....	52
3.2.6. Apoio do Corpo de Bombeiros Militar.....	55
3.2.7. Atendimento ao usuário do SUS em crise de saúde mental ou alteração comportamental.....	57
3.3. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER REGULADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE SAÚDE MENTAL.....	59
3.2.1. O Atendimento Pré Hospitalar - Unidades de Pronto Atendimento (UPA/PA) e Pronto Socorros (PS) de Hospitais de Pequeno Porte (HPP).....	61
3.2.2. A preparação para a qualificação do cuidado em urgências e emergências em saúde mental.....	63
3.2.3. O atendimento hospitalar.....	64
3.4. ABORDAGEM CLÍNICA NA ALTERAÇÃO COMPORTAMENTAL POR USO DE CONTENÇÕES.....	66
3.2.1. Cuidados com a contenção física.....	76



3.2.2. Observação intensiva.....	77
3.2.3. Quando realizar a contenção química/medicamentosa.....	78
3.2.4. Conduta em casos de paciente com agitação psicomotora e de porte e posse de arma de fogo ou branca.....	80
3.2.5. Conduta em paciente com agitação psicomotora e desarmado.....	80
4. CRISE EM CATÁSTROFES E DEFESA CIVIL.....	81
5. A AVALIAÇÃO E A ESCOLHA DO TRATAMENTO.....	83
5.1. LISTA DE MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS NAS URGÊNCIAS.....	84
6. REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO - NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO (NERI).....	86
6.1. ATUALIZAÇÃO DE QUADRO CLÍNICO.....	89
6.2. MUDANÇA DE QUADRO CLÍNICO.....	90
6.3. PRAZOS REGULATÓRIOS.....	90
6.4. DESISTÊNCIA/CANCELAMENTO.....	91
7. REFERÊNCIAS.....	92
ANEXOS.....	97
ANEXO 1 - Atendimento pré-hospitalar de tentativa de suicídio.....	97
ANEXO 2 - Atenção pré-hospitalar em transtornos mentais e de comportamento.....	99
ANEXO 3 - Atendimento durante transferências de transtornos mentais e de comportamento a hospital.....	101
ANEXO 4 - Princípios da intervenção farmacológica.....	102



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
ERSM - Equipe de Referência em Saúde Mental
FC - Frequência Cardíaca
FR - Frequência Respiratória
HGT - Hemoglicoteste
NERI - Núcleo Especial de Regulação de Internação
NESAM- Núcleo Especial de Saúde Mental do SAMU
RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
PA - Pronto Atendimento
HPP - Hospital de Pequeno Porte
PS - Pronto Socorro
SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SUS - Sistema Único de Saúde
TAX - Temperatura Axilar
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USA - Unidade de Suporte Avançado
USB- Unidade de Suporte Básico



1. CONTEXTO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) estabelece uma definição abrangente para a atenção à saúde, abandonando todas as facetas do cuidado com a saúde humana, englobando ações e serviços que abrangem desde a promoção e prevenção até a reabilitação e tratamento de doenças. A estruturação das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) segue uma ordenação em níveis de atenção, compreendendo a Atenção Básica, Atenção Secundária e Atenção Terciária.

É indiscutível com base nas melhores práticas de medicina baseada em evidências (MBE) que o acesso da população a essa rede de serviços, que é regionalizada e hierarquizada, deve ter seu ponto de entrada no nível primário de atenção. Este nível deve ser altamente capacitado para solucionar os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade sob sua responsabilidade territorial e pelo usuário do SUS que espera resolutividade e orientação quando em suas portas de acolhimento com enfoque na humanização do acesso. Situações não resolvidas nesse nível devem ser encaminhadas para serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Logo, os protocolos desempenham um papel importante na organização do processo de trabalho do sistema de saúde pública e na eficácia das ações de saúde em todo estado. Entretanto, é crucial destacar que, embora sejam instrumentos úteis e necessários, seu uso possui limitações, já que pode se restringir a procedimentos e atos predefinidos, deixando de atender às demandas clínicas reais que surgem em diferentes contextos. Isso enfatiza a necessidade de combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações apresentadas em cada caso, garantindo a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades, associada às experiências de cada profissional, além das expectativas do paciente.

Neste contexto, é importante considerar que os pacientes não podem se enquadrar perfeitamente nas situações previstas em protocolos. Outras condições clínicas ou descobertas durante a história clínica e o exame físico podem exigir a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas em documentos escritos. Portanto, é fundamental que os profissionais que solicitam o encaminhamento forneçam informações relevantes para justificar sua decisão e embasar a governança clínica durante o ato médico regulatório no SUS.



Destaca-se que informações contidas no conteúdo descritivo mínimo de referenciamento a outro ponto de atenção à saúde devem ser abrangentes o suficiente para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, ao mesmo tempo em que compartilham a utilização de recursos locais para avaliação e tratamento do caso. Esse processo garante a prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequado às necessidades individuais de cada paciente, no contexto da rede de serviços de saúde.

CONSULTA PÚBLICA



2. AVALIAÇÃO DE ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO NAS PORTAS DE ENTRADA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As alterações psicomotoras no comportamento podem variar desde dificuldades subjetivas em pensar com clareza até apresentar conteúdo desorganizado no pensamento, estados de consciência deprimida e agitados. **Quando o comportamento alterado se torna o ponto central da investigação diagnóstica, isso sugere que a confusão, os transtornos agudos do pensamento ou o estado mental alterado são uma queixa principal.** Queixas adicionais, como dispneia, hipóxia, febre elevada ou déficits neurológicos focais agudos, desempenham um papel fundamental na priorização do diagnóstico diferencial.

É importante destacar que a síndrome de abstinência e o comportamento alterado são ocorrências relativamente comuns. Acredita-se que a confusão esteja presente em até 50% dos pacientes idosos hospitalizados, 10% de todos os pacientes hospitalizados e 2% dos pacientes em serviços de urgência e emergência, que podem apresentar características de delirium sendo um subtipo específico do estado mental alterado.¹

A diferenciação da alteração do comportamento pode ser tão simples quanto complexa. Em algumas situações, não é possível identificar uma única explicação para a alteração do estado mental. Uma condição de saúde aguda pode exacerbar a confusão em pacientes com demência, resultando em estados de confusão aguda e crônica coexistentes.

À medida que novas evidências são disponibilizadas na literatura médico-científica, tornam-se cruciais para os serviços de saúde que lidam com pacientes cujo comportamento é alterado o principal sinal e sintoma de entrada, detenham a capacidade de diferenciar entre distúrbios neurológicos agudos e as causas psiquiátricas de comportamento alterado, especialmente em um contexto de emergência clínica.

A identificação de transtornos mentais primários é baseada primordialmente na entrevista clínica, no diálogo com o paciente e na observação do seu comportamento. A relevância do exame físico e dos testes complementares na avaliação psiquiátrica está na

¹ Mutter, M Kathryn, MD, MPH Justin B Mutter, MD, MSc (2023). Evaluation of abnormal behavior in the emergency room. UpToDate. Retrieved August 27, 2023, from <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-abnormal-behavior-in-the-emergency-department>.



diferenciação diagnóstica e na investigação de transtornos mentais de origem orgânica, além da detecção de comorbidades.

Dentro de um cenário de atendimento de emergência, a avaliação psiquiátrica deve sempre abranger a investigação dos transtornos mentais graves e persistentes, dos transtornos por uso de álcool e outras drogas², assim como a avaliação do risco de suicídio. A avaliação psiquiátrica em um ambiente de urgência e emergência é desencadeada em resposta a comportamentos que demandam intervenções imediatas, como risco de suicídio, comportamento agressivo ou ameaçador, ou ações autodestrutivas. Além disso, situações de intenso sofrimento emocional, bem como comportamento estranho ou confuso, também requerem atenção psiquiátrica imediata.

Não é esperado que um profissional clínico em um serviço de pronto-socorro possua um conhecimento profundo dos critérios diagnósticos dos transtornos mentais. Mesmo psiquiatras experientes, em muitos casos, só poderão estabelecer um diagnóstico confiável após avaliar o paciente em múltiplas ocasiões ou ao longo do tempo. Considerando os objetivos delineados pela Associação Psiquiátrica Americana para avaliação de emergência, o profissional deve possuir um entendimento fundamental de psicopatologia, o que lhe permitirá identificar as principais síndromes psiquiátricas, como esquizofrenia e outras condições psicóticas, transtorno bipolar, episódios maníacos e depressivos, síndromes ansiosas, transtorno por uso de álcool e outras drogas.

Além disso, espera-se que o profissional dos serviços de saúde em situações de urgência e emergência no atendimento aos indivíduos no SUS com alteração de comportamento possa realizar o diagnóstico diferencial entre transtornos mentais primários, representados por essas síndromes, e transtornos mentais orgânicos, que frequentemente se manifestam como delírio ou demência, como causas secundárias. Após estabelecer um diagnóstico preliminar, é fundamental que o profissional tenha a capacidade de lidar com a situação emergencial e de decidir entre o tratamento ou o encaminhamento apropriado para o paciente, com compartilhamento do cuidado entre a equipe multidisciplinar.

² CHAGAS et. al. A linguagem e o estigma: os termos utilizados na área de álcool e outras drogas.

Epidemiologia. Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 1, e2020921, 2021. Disponível

em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-4974202100010002>. Acessos em 12 set. 2023. Epub 12-Mar-2021.



2.1. DEFINIÇÕES

Os termos "comportamento alterado" e "confusão" não possuem definições médicas restritas. Um paciente procura frequentemente atendimento médico quando seu comportamento é percebido como incomum para o indivíduo, seja por familiares, cuidadores, observadores ou até mesmo autoridades policiais, em relação às normas sociais. É menos comum que os próprios pacientes se relacionem como confusos, o que muitas vezes reflete uma falta de compreensão sobre suas próprias mudanças comportamentais.

O delírio, por outro lado, é uma alteração aguda na capacidade de concentração e atenção, frequentemente acompanhada por outras modificações no estado mental, cuja intensidade pode variar ao longo do tempo. A investigação, seja devido a um diagnóstico psiquiátrico subjacente ou aos efeitos de toxicodependência, pode ou não estar associada ao delirium.

A demência, por sua vez, é um distúrbio da cognição com início gradual, podendo ou não incluir distúrbios comportamentais. É importante observar que essas duas condições podem coexistir e, de fato, ocorrem frequentemente simultaneamente.

2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A identificação das possíveis causas de confusão e comportamento alterado é um desafio complexo, uma vez que esses sintomas podem resultar de diversas condições, incluindo doenças sistêmicas, disfunções orgânicas, reações adversas a medicamentos, intoxicações, abstinência, doenças psiquiátricas, traumas ou doenças neurológicas. Para abordar a forma sistemática de pacientes com comportamento alterado, é essencial avaliar os estados de consciência diminuídos e, em seguida, investigar distúrbios neurológicos, especialmente aqueles que envolvem déficits neurológicos focais agudos. Caso alguns desses sintomas estejam presentes, são estes que direcionam uma abordagem diagnóstica. Para pacientes acordados, alertas e sem déficits neurológicos, é necessário realizar uma avaliação formal da capacidade de atenção e cognição possível, o que auxilia na diferenciação entre delirium e queixas psiquiátricas primárias.

Quando o paciente apresenta queixa de confusão ou comportamento alterado isolado, é



importante verificar se os sinais vitais estão estáveis, o que pode auxiliar na tomada de decisão na avaliação de condições potencialmente fatais. Os pacientes com comportamento alterado devem ser avaliados quanto à hipóxia e hipoglicemia por meio de testes realizados à beira do leito, em sistemas de classificação de risco e triagem, em consultórios, em unidades básicas de saúde ou até mesmo nas salas de emergência. Se algum desses problemas estiver presente, o tratamento é direcionado ao achado e a causa primária deve ser investigada. É importante destacar que, embora a sepse geralmente se manifeste com febre, nem todos os pacientes febris apresentam sepse, e alguns podem até apresentar hipotermia.

Além disso, a apresentação de certos quadros de intoxicação pode coincidir com doenças sistêmicas. Como exemplo, a síndrome da serotonina pode incluir taquicardia, hipertermia e agitação ou confusão, tornando-a difícil de distinguir da sepse ou infecções do sistema nervoso central. A encefalopatia hipertensiva é um diagnóstico de exclusão, mas qualquer suspeita deve levar à redução da pressão arterial. Outras condições, como deficiência de tiamina, também podem causar comportamento alterado em pacientes com overdose de drogas. Diagnósticos diferenciais incluem: hipoglicemia em adultos sem diabetes mellitus; retinopatia hipertensiva moderada a grave e encefalopatia hipertensiva em adultos; encefalopatia de Wernicke e intoxicação por medicamentos.

Quadros como meningite e hemorragia subaracnóidea podem resultar em comportamento alterado, embora a cefaleia ou febre sejam apresentadas mais comuns. O acidente vascular cerebral isquêmico relatado é uma causa isolada de confusão, mas casos de acidente vascular cerebral isquêmico no tronco cerebral rostral ou acidente vascular cerebral talâmico bilateral (por exemplo, devido à oclusão de um ramo arterial anômalo da artéria cerebral posterior, conhecido como artéria de Percheron) podem levar a alterações no estado mental.

A súbita instalação dos sintomas é uma evidência importante de um possível acidente vascular cerebral isquêmico. Lesões traumáticas agudas do sistema nervoso central, como hematomas subdurais, também podem resultar em confusão. Convulsões podem causar confusão, frequência de forma transitória no período pós-ictal. Alguns tipos de crises podem se apresentar sem convulsões, manifestando-se como um estado de confusão contínua, incluindo o estado de mal epilético não convulsivo. Outra causa incomum de comportamento alterado é uma lesão expansiva no lobo frontal, como um tumor ou abscesso. Também deve ser suspeito e descartado os achados para meningite bacteriana aguda; hemorragia subaracnóidea aneurismática; síndromes cerebrovasculares de



circulação posterior em isquemia do tronco cerebral rostral e síndrome do "topo da basilar e hematoma subdural em adultos.

Para casos graves de alteração do estado mental que incluam o estado de coma, é possível agrupar as causas reversíveis em cinco categorias diagnósticas separadas:

1. Causas que excluem exames de imagem cerebrais ou cerebrovasculares, como hemorragia intracerebral ou lesões expansivas.
2. Intoxicações que requerem tratamentos específicos, como intoxicação por monóxido de carbono ou álcool tóxicos.
3. Causas infecciosas que exigem punção lombar e/ou administração de antimicrobianos intravenosos.
4. Convulsões que ocorrem de um eletroencefalograma (EEG) para diagnóstico.
5. Distúrbios metabólicos e endócrinos que desativam tratamento com dextrose, tiamina ou reposição hormonal.

As alterações de comportamento mais frequentemente associadas estão relacionadas a distúrbios sistêmicos comuns, como infecções do trato urinário ou pneumonia, que podem levar ao delírio. Os adultos mais idosos, especialmente aqueles com comprometimento cognitivo, são particularmente vulneráveis a essas condições. Pacientes com demência que desenvolvem uma doença sistêmica podem apresentar uma mudança aguda no comportamento, embora também seja possível que apresentem distúrbios comportamentais da demência sem uma nova doença aguda.

Os efeitos adversos de medicamentos e interações medicamentosas frequentemente resultam em confusão em idosos. Alguns dos eventos adversos de medicamentos mais comuns que levam à hospitalização neste extremo etário não se devem necessariamente a medicamentos inadequados, mas sim a anticoagulantes e agentes hipoglicêmicos, que podem estar associados a estados de confusão aguda. As síndromes de abstinência de álcool e medicamentos também são diagnósticos comuns.

Transtornos psiquiátricos, tais como depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia são específicos de outro grupo de pacientes com a doença sabidamente conhecida e que frequentam os serviços de urgência e emergência devido a um comportamento alterado.



É importante mencionar que a confusão não natural, seja ela simulada ou resultante de distúrbios funcionais de sintomas neurológicos, como o transtorno de conversão, pode surgir nesse contexto. **No entanto, os profissionais de saúde devem abordar essa possibilidade com cautela, baseando a assistência multiprofissional e o diagnóstico médico em evidências concretas em vez de especulações, a fim de evitar a negligência de patologias genuínas.** É fundamental aos profissionais de saúde destes serviços conhecerem os fatores de avaliação e diagnóstico de depressão unipolar em adultos, transtorno bipolar e esquizofrenia.

Praticamente todas as condições médicas agudas têm potencial para causar comportamento alterado ou confusão, especialmente em indivíduos mais idosos. Qualquer condição aguda que resulte em desequilíbrios eletrolíticos, incluindo distúrbios endócrinos, pode levar à confusão. Distúrbios da tireoide, infarto do miocárdio, acidentes vasculares sem déficits motores e lesões expansivas no sistema nervoso central são exemplos de condições que podem manifestar alterações no estado mental, embora as apresentações típicas dessas condições sejam mais comuns.

Com abordagem diferenciada, nos casos de agitação psicomotora, não se adota metodologia clássica de atendimento clínico, com anamnese, exame físico, diagnóstico etiológico e tratamento, para pacientes agitados, adota-se a rápida avaliação e tratamento de sintomas, seguido de propedêutica sistematizada. Os passos seguem em categorização, tratamento não farmacológico, contenção física, quando indicada, contenção química, quando indicada, diagnóstico e tratamento da etiologia da agitação.



**TABELA 01 - AGRUPAMENTO DE DOENÇAS QUE DEVEM SER CONSIDERADOS
DIAGNÓSTICOS ETIOLÓGICOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA**

Grupos	Exemplos
Clínico	Delirium
	Epilepsia pós ictal
	Distúrbios metabólicos (hipoxemia, hipo ou hiperglicemia, uremia, insuficiência hepática, etc.)
	Distúrbios hormonais (hipertireoidismo)
	Infecção (meningite, encefalite, sepse)
Psiquiátrica	Transtorno afetivo bipolar
	Esquizofrenia e transtornos psicóticos
	Síndromes fóbicas-ansiosas
	Transtornos de personalidade (borderline)
	Transtornos dissociativos
Toxicológico	Síndrome de abstinência
	Intoxicação por uso de substância psicoativa (álcool, cocaína, crack, etc)
Traumático	Traumatismo cranioencefálico (TCE)

Fonte: Medicina de Emergência: abordagem prática. 15. ed. rev. atual. e ampl. Barueri [SP], Manole, 2021.

2.3. LEVANTAMENTO DE ACHADOS CLÍNICOS

O primeiro desafio enfrentado nos serviços de urgência e emergência reside na definição do que constitui comportamento alterado ou confusão e na compreensão das razões que levaram o paciente a buscar atendimento médico. Idealmente, uma discussão clínica com testemunhas oculares é útil para esclarecer os eventos. Deve-se explorar o comportamento específico que motivou a visita ao serviço de saúde. Antecedentes médicos ou psiquiátricos de familiares, cuidadores, registros multiprofissionais ou informações clínicas prévias podem ser fundamentais para o diagnóstico.



A segunda questão é discernir se o problema está relacionado à desorientação ou à dificuldade de memória, em contraposição a um conteúdo de pensamento alterado. Dificuldades de desorientação e memória frequentemente apontam para causas clínicas ou neurológicas, enquanto distúrbios no conteúdo do pensamento sugerem uma possível etiologia psiquiátrica. Alucinações, quando presentes, tendem a ser predominantemente auditivas em doenças psiquiátricas e visuais em causas clínicas, como diagnóstico diferencial para psicose em adultos.

O tempo de início do comportamento alterado, suspeitas de precipitantes e histórico de episódios semelhantes anteriores são informações cruciais. Transtornos como esquizofrenia e transtorno bipolar frequentemente apresentam recorrência. Um início abrupto pode sugerir um evento cerebrovascular. O surgimento de uma nova condição psiquiátrica geralmente ocorre durante a adolescência e o início da idade adulta, enquanto a demência é uma condição que afeta principalmente idosos. Identificar um momento específico de início na demência pode ser desafiador, embora a ocorrência de uma doença aguda muitas vezes revele um distúrbio cognitivo prévio não diagnosticado.

Os fatores históricos associados às causas médicas de comportamento alterado incluem:

1. Problemas clínicos preexistentes, como diabetes mellitus ou distúrbios convulsivos.
2. Ausência de diagnóstico psiquiátrico prévio conhecido.
3. Transtorno por uso de substâncias psicoativas, como alucinógenos.
4. Uso de medicamentos psicotrópicos prescritos, especialmente quando se trata de vários tipos, o que é mais comum em idosos.
5. Início tardio dos sintomas (após os 40 anos).
6. Presença de sintomas de início abrupto que variam ao longo de horas a dias.

De especial interesse são os medicamentos atualmente em uso, quaisquer alterações recentes nesses medicamentos ou um histórico de abuso de substância. As síndromes de abstinência e transtorno por uso de substâncias psicoativas têm o potencial de desencadear modificações no comportamento, especialmente em pacientes idosos, as condições clínicas subjacentes e interações medicamentosas são causas frequentes (ver



Tabela 1).

A rapidez com que os sintomas se iniciam pode ser esclarecedora. O comportamento alterado devido a causas clínicas de base tende a surgir abruptamente e pode ocorrer em qualquer faixa etária. Já os distúrbios psiquiátricos podem se apresentar no início ao longo de semanas a meses e tendem a afetar adultos mais jovens. O delírio pode se manifestar de forma aguda ou insidiosa, e uma característica distintiva é a flutuação na atenção.

O exame físico geral desempenha um papel fundamental na determinação da origem do comportamento alterado, seja devido a um problema sistêmico, um distúrbio do sistema nervoso central ou um distúrbio psiquiátrico. Em primeiro lugar, é essencial verificar os sinais específicos. Geralmente, pacientes com distúrbios comportamentais apresentam sinais específicos normais, a menos que sejam extremamente agitados ou tenham uma condição médica subjacente.

A presença de febre levanta a suspeita de que um processo infeccioso pode estar associado à alteração do comportamento. Em pacientes idosos, qualquer variação na temperatura aumenta a preocupação com possíveis infecções. No entanto, a ausência de febre não descarta a possibilidade de infecção em idosos. A taquipneia ou taquicardia sugere a possibilidade de um processo infeccioso ou outro distúrbio sistêmico.

Posteriormente, é realizado um exame físico completo. Pacientes com distúrbios comportamentais geralmente apresentam um exame físico dentro do considerado normal, embora sinais de desidratação ou negligência de problemas médicos atuais possam ser evidentes, como feridas antigas ou infecções. Achados anormais, como sibilos e estertores, indicam possíveis doenças pulmonares ou cardíacas, que podem causar alteração no comportamento devido a hipóxia, hipercarbida ou infecção. Outros achados, como bócio, sensibilidade abdominal, icterícia, sinais de trauma ou aparência petequial, direcionam a necessidade de investigações adicionais.

É importante observar que problemas estruturais no sistema nervoso central ou distúrbios médicos sistêmicos têm maior probabilidade de resultar em aumento do nível de consciência em comparação com doenças psiquiátricas. A identificação de um toxidromo deve suscitar a investigação de possível intoxicação ou interação medicamentosa. Estas substâncias podem incluir confusão, juntamente com alterações nos sinais específicos. O nistagmo pode estar presente em pacientes com intoxicação por etanol, medicamentos sedativos-hipnóticos e outros medicamentos, mas também pode



ser observado em casos de eventos cerebrovasculares na circulação posterior.

O exame neurológico desempenha um papel crucial na busca de achados que possam indicar alterações estruturais no cérebro. A presença de anisocoria (diferença no tamanho das pupilas) e alterações nos movimentos oculares sugere a possibilidade de um evento neurológico na região da circulação posterior, e se esses sintomas estiverem associados a uma diminuição do nível de consciência, podem indicar uma isquemia na área basilar.

A identificação de afasia, um achado neurológico focal, pode ser fundamental. Embora as afasias não fluentes sejam relativamente simples de considerar, uma afasia fluente com substituições de palavras pode passar despercebida no atendimento em urgência e emergência. Solicitar ao paciente que nomeie objetos, leia uma frase e repita uma frase pode ser uma abordagem útil para detectar essa forma de afasia. As síndromes de negligência, especialmente as relacionadas à negligência visual causada por um AVC na região parieto-occipital, podem ser particularmente desafiadoras para discernir. A realização de testes de comparação de campos visuais ou a observação do paciente durante o deslocamento podem ser úteis para esse fim.

TABELA 02 - AGRUPAMENTO DE EXAMES SUGERIDOS PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Exames sugeridos para investigação de agitação e etiologia orgânica
Glicemia
Eletrólitos (sódio e cálcio; fósforo e magnésio)
Rastreio infeccioso (hemograma, urina 1, radiografia de tórax; líquido e hemocultura)
Função renal (creatinina, cistatina C, ureia nitrogenada no sangue - blood urea nitrogen, BUN)
Função hepática (hepatograma: AST, ALT, GGT, albumina, bilirrubina, lactato desidrogenase e tempo de protrombina)
Função tireoidiana (TSH e o T4 livre)
Infecções sexualmente transmissíveis (HIV, sífilis)
Eletrocardiograma



Exames sugeridos para investigação de agitação e etiologia orgânica
Eletroencefalograma
Rastreo de drogas no sangue e na urina
Neuroimagem (tomografia computadorizada de crânio)

Fonte: Medicina de Emergência: abordagem prática. 15. ed. rev. atual. e ampl. Barueri [SP], Manole, 2021.

2.3.1. Teste de estado mental

Quando um paciente está acordado, alerta, com sinais normais e sem qualquer déficit neurológico focal, é fundamental realizar uma avaliação do estado mental, incluindo a capacidade de atenção. Para isso, sugere-se que esses pacientes sejam submetidos a testes simples para avaliar a sua capacidade de atenção.

Um dos métodos comuns é uma reprodução simples de dígitos, podendo incluir versões desses dígitos. Geralmente, a maioria das pessoas consegue repetir facilmente seis ou sete dígitos e reverter facilmente quatro dígitos. Outro teste de atenção envolve soletrar a palavra "MUNDO" ao contrário ou colocar as letras em "MUNDO" em ordem alfabética. Esses são usados como uma triagem inicial para avaliar a atenção.

Para uma avaliação mais detalhada, podem ser utilizados o Six-Item Screen (SIS) ou uma Quick Confusion Scale (QCS). Os pacientes que apresentarem evidência de déficit de atenção, incluindo uma pontuação SIS abaixo de 5 ou uma pontuação QCS abaixo de 15, deverão ser submetidos a uma avaliação para identificar possíveis doenças médicas subjacentes (ou seja, não psiquiátricas) ou problemas relacionados a medicamentos. Pacientes com resultados de triagem normais devem ser avaliados para possíveis transtornos psiquiátricos.

O teste do estado mental é uma avaliação do estado emocional e intelectual do indivíduo no momento do exame. No entanto, esses testes muitas vezes são realizados de forma informal no pronto-socorro, o que pode aumentar o risco de não identificar descobertas importantes. Para uma avaliação mais completa, é aconselhável utilizar uma estrutura formal para o teste de estado mental, que consiste em seis elementos:



1. Aparência, afeto e atitude
2. Distúrbios do pensamento
3. Distúrbios de percepção
4. Humor e afeto
5. Visão e julgamento
6. Cognição e sensorial.

É importante destacar que os distúrbios de pensamento incluem delírios ou alucinações. Enquanto as alucinações auditivas são mais comuns em transtornos psiquiátricos, as alucinações visuais e outras podem sugerir a possibilidade de distúrbios neurológicos ou clínicos.

Entende-se que a presença de déficit de atenção e problemas de memória de curto prazo é um achado fundamental em estados de confusão, especialmente entre os adultos mais velhos. A capacidade de desviar a atenção e assimilar novas informações é essencial para o funcionamento diário, sendo a incapacidade de realizar essas tarefas o sintoma mais comum de confusão.

Muitos pacientes com distúrbios psiquiátricos, como depressão ou transtorno bipolar, geralmente mantêm a capacidade de manter a atenção e o detalhamento de funções cognitivas, ao contrário dos pacientes com distúrbios clínicos ou neurológicos. No entanto, existem abordagens a esse princípio, principalmente na presença de psicose. Em casos graves de depressão, esquizofrenia ou transtorno bipolar, alucinações ou delírios podem interromper a relação normal com o ambiente, tornando os testes cognitivos alterados ou até impossíveis de serem realizados.

O miniexame do estado mental (MEEM) é frequentemente usado para rastrear problemas cognitivos por profissionais de saúde mental e permite uma avaliação aproximada da atenção. No entanto, a sua aplicação em situações de urgência e emergência pode ser desafiadora. O MEEM é uma ferramenta de triagem para demência e envolve tarefas que avaliam a orientação, registro, atenção, cálculo, seguimento de comandos de três etapas e cópia de um desenho.

Outra alternativa é a Escala de Confusão Rápida (QCS), que busca quantificar os aspectos de atenção do estado mental. Ela foi demonstrada significativamente com o MEEM em um estudo com pacientes de prontos-socorros que apresentaram comportamento



alterado não relacionado a trauma ou doença aguda. O QCS pode ser executado mais rapidamente do que o MEEM e não exige uma tarefa de construção.

O Six-Item Screener (SIS) é outro teste breve de cognição considerado 94% sensível e 86% específico na identificação de comprometimento cognitivo em idosos. O SIS consiste em seis perguntas simples administradas em três etapas, avaliando a memória e a orientação temporal. Uma avaliação abaixo de cinco indica comprometimento cognitivo.

Existem diversos outros testes de triagem para disfunção cognitiva em pacientes idosos em serviços de urgência e emergência. No entanto, é importante ressaltar que todos esses testes podem ser influenciados pela alfabetização do paciente, pelo nível de inteligência e pelo ambiente circundante, avaliando apenas uma pequena parte do estado mental do paciente.

As evidências internacionais em geriatria recomendam o uso de um processo de duas camadas para avaliar o delirium. Primeiro, é realizada uma triagem de delirium altamente sensível, seguida pelo método mais específico de avaliação breve de confusão. Se o delírio não for identificado, as diretrizes sugerem a triagem para demência usando o Short Blessed Test.

2.3.2. Exames diagnósticos complementares

As informações obtidas no histórico clínico e no exame físico são essenciais para orientar a realização de exames laboratoriais e diagnósticos. Dado que as causas de alteração do estado mental são diversas, a realização de testes apresentados não é apenas ineficiente, mas também não econômica. É fundamental que os testes laboratoriais sejam direcionados pela história e pelo exame físico do paciente.

O algoritmo de diagnóstico apresenta uma estratégia de teste recomendada. Inicialmente, sugere-se que todos os pacientes com estado mental alterado sejam avaliados no nível de glicose e oxigenação imediatamente na classificação de risco. Além disso, se o paciente apresentar um nível de consciência aumentado, é importante realizar exames para verificar os eletrólitos básicos, hemograma completo e função renal.

Para pacientes com febre ou outros sinais de infecção, é fundamental realizar investigações laboratoriais completas em busca de uma fonte de infecção. Além disso, um eletrocardiograma (ECG), exame de urina e radiografia de tórax devem ser considerados, principalmente em pacientes idosos. Quando indicado pela história ou exame físico, ou



quando a história do paciente não é clara, testes toxicológicos específicos podem ser úteis, porém recomenda-se o contato com o CIATox - Centro de Informação e Assistência Toxicológica para direcionamento da conduta nestes casos, através do plantão médico de teleatendimento 24h: 0800 283 9904 ou ramais administrativo: 27 3636-7503/3636-7575.

FIGURA 1. CIATox-ES.



Fonte. SESA, 2023. Disponível em: <https://ciatox.es.gov.br/>. Acesso em 01 de setembro de 2023.

Se o estado mental alterado persistir e a causa continuar indefinida, exames adicionais podem ser necessários, incluindo gasometria arterial, estudos da tireóide, análise do líquido cefalorraquidiano ou biomarcadores cardíacos em serviços hospitalares. À medida que o tempo de permanência no serviço de urgência e emergência se estende, a distinção entre exames realizados neste serviço e na internação pode se tornar menos clara, e as investigações mais desenvolvidas não podem ser realizadas em Unidades de Pronto Atendimento (UPA/PA/HPP). Estes exames incluem o eletroencefalograma (EEG), ressonância magnética (MRI) ou até biópsia cerebral. Naturalmente, esses testes devem ser avaliados pela sua necessidade pelos clínicos que farão o acompanhamento do paciente na internação e não compete aos serviços de referência exigirem tais exames.



2.3.3. Abordagem diagnóstica

O algoritmo adaptado³ por este protocolo apresenta uma abordagem sistemática para pacientes com estado mental alterado. Essa abordagem se baseia em quatro questões fundamentais:

1. Existe uma diminuição do nível de consciência?
2. Há algum déficit neurológico agudo?
3. Existe um déficit agudo de atenção ou problema de memória de curto prazo (ou seja, confusão)?
4. Existem evidências de investigação ou outra doença aguda?

Os pacientes que apresentam agitação são submetidos a uma estratégia diagnóstica específica. Da mesma forma, aqueles com déficits neurológicos focais são avaliados de maneira diferenciada, com foco na detecção de acidente vascular cerebral ou lesão de massa no sistema nervoso central. Pacientes confusos que também apresentam febre ou outros sinais de infecção ou doença sistêmica recebem uma avaliação avaliada.

Aqueles pacientes que não se enquadram em nenhuma dessas categorias podem ter causas clínicas ou psiquiátricas para terem seu comportamento alterado. Para esses casos, testes direcionados de atenção e cognição são valiosos. Em muitos pacientes com transtornos psiquiátricos, a capacidade de atenção e outros testes cognitivos permanecem normais, enquanto o conteúdo do pensamento se mostra alterado. Alterações na capacidade de atenção ou nos testes cognitivos sugerem que pode haver uma etiologia clínica ou neurológica subjacente ao comportamento alterado.

³ Mutter, M Kathryn, MD, MPH Justin B Mutter, MD, MSc (2023). Evaluation of abnormal behavior in the emergency room. UpToDate. Retrieved August 27, 2023, from <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-abnormal-behavior-in-the-emergency-department>.



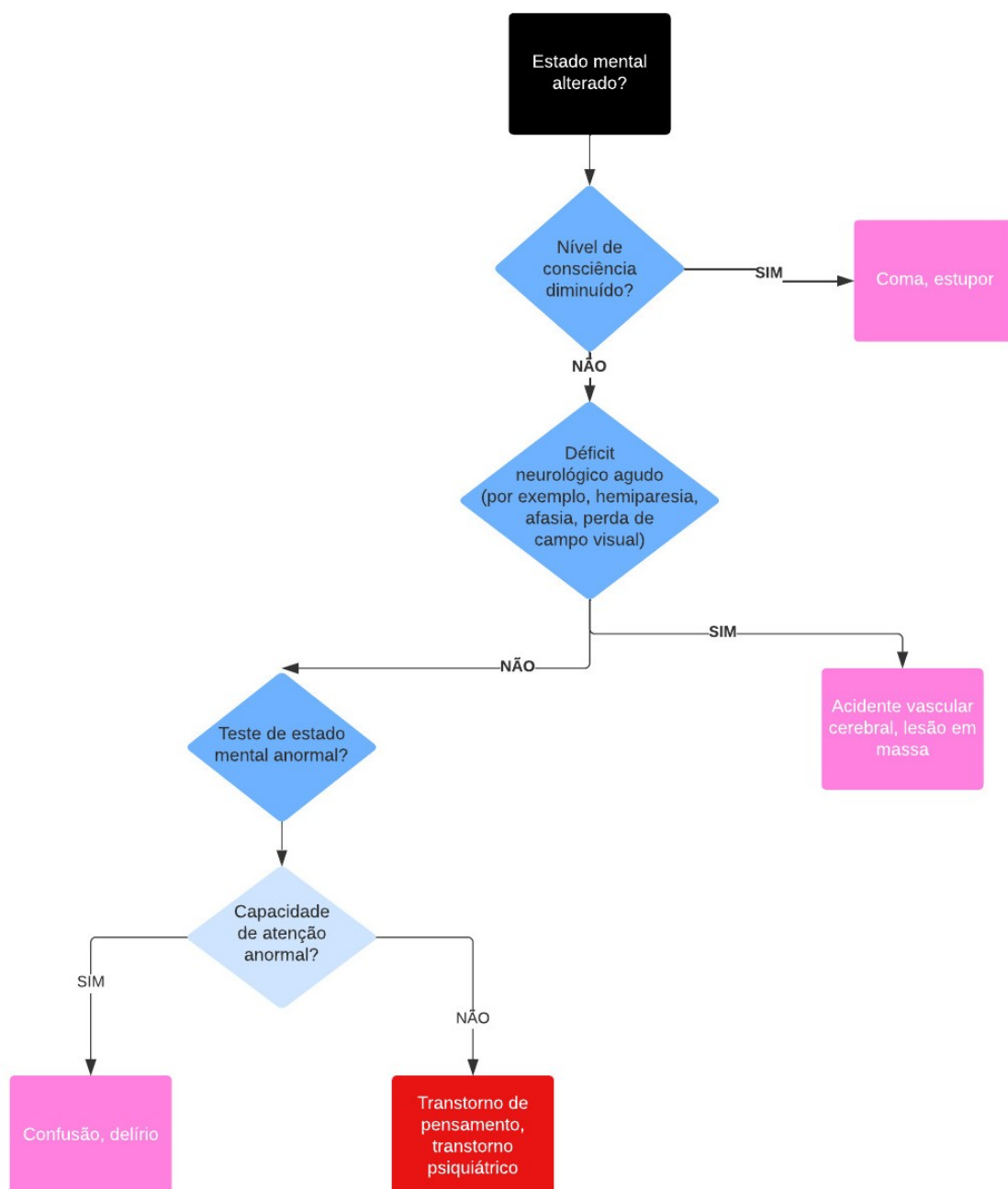
TABELA 01. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COMPORTAMENTO ADULTO ALTERADO

Condições de risco de vida
Hipóxia
Hipoglicemia
Sepse
Encefalopatia hipertensiva
Encefalopatia de Wernicke
Overdose
Infecções do SNC (meningite, encefalite)
Trauma do SNC
Hemorragia intracraniana (por exemplo, subaracnóidea, subdural)
Epilepsia (por exemplo, estado de mal epiléptico não convulsivo)
Condições comuns
Infecções do trato urinário
Pneumonia
Distúrbios eletrolíticos
Efeitos adversos e interações de medicamentos
Síndromes de abstinência de medicamentos
Doença psiquiátrica
Outras condições
Doença endócrina (por exemplo, tireóide)
AVC sem déficit motor focal
Lesões de massa no SNC
Demência

Fonte: Mutter, M Kathryn, et al. Gráfico 77387. Versão 3.0. Traduzido e adaptado. 2023.



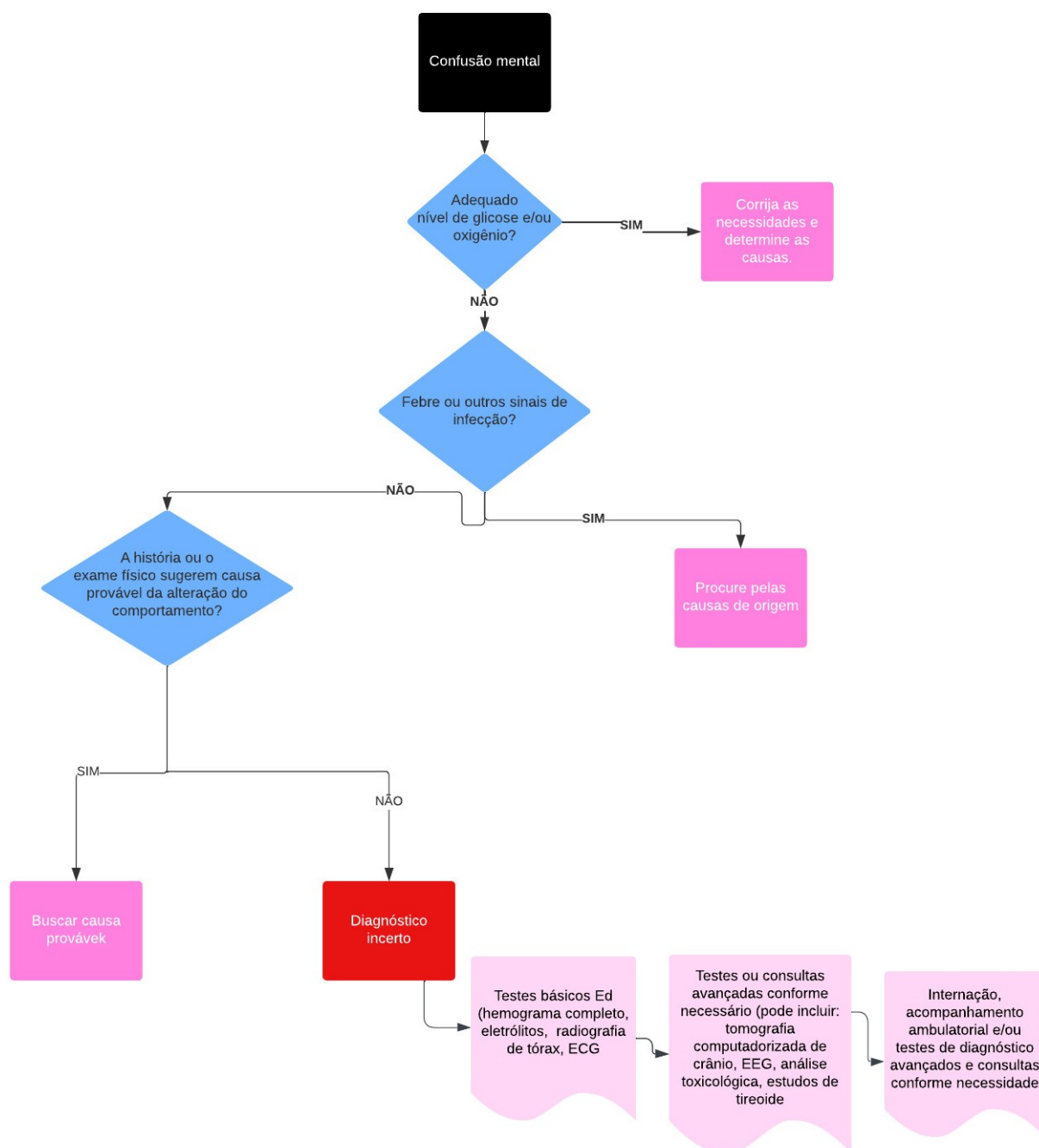
FIGURA 2. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DO ADULTO COM ESTADO MENTAL ALTERADO



Fonte: Mutter, M Kathryn, et al. Gráfico 77387. Versão 3.0. Traduzido e adaptado. 2023.



FIGURA 3. ABORDAGEM DE MANEJO AO PACIENTE COM ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO DO TIPO CONFUSÃO MENTAL



Fonte: Mutter, M Kathryn, et al. Gráfico 57512 Versão 3.0. Traduzido e adaptado. 2023.



QUADRO 1. MEDICAÇÕES QUE PODEM CAUSAR OU PROLONGAR DELÍRIO OU ESTADOS DE CONFUSÃO

Analgésicos
AINEs
Opióides (especialmente meperidina)
Antibióticos e antivirais
Aciclovir
Aminoglicosídeos
Anfotericina B
Antimaláricos
Cefalosporinas
Cicloserina
Fluoroquinolonas
Isoniazida
Interferon
Linezolida
Macrolídeos
Metronidazol
Ácido nalidíxico
Penicilinas
Rifampicina
Sulfonamidas
Anticolinérgicos
Atropina
Benzotropina
Difenidramina
Escopolamina
Triexifenidil
Corticosteróides
Agonistas da dopamina
Amantadina



Bromocriptina
Levodopa
Pergolida
Pramipexol
Ropinirol
Agentes gastrointestinais
Antieméticos
Antiespasmódicos
Bloqueadores dos receptores de histamina 2
Loperamida
Fitoterápicos
Extrato de Atropa beladonna
Meimendo
Mandrágora
Estramônio
Erva de São João
Valeriana
Hipoglicêmicos
Hipnóticos e sedativos
Barbitúricos
Benzodiazepínicos
Relaxantes musculares
Baclofeno
Ciclobenzaprina
Outros agentes ativos no SNC
Dissulfiram
Inibidores da colinesterase (por exemplo, donepezil)
Interleucina 2
Lítio
Fenotiazinas

Fonte: Mutter, M Kathryn, et al. Gráfico 70449 Versão 9.0. Traduzido e adaptado. 2023.



AINEs: antiinflamatórios não esteroidais; SNC: sistema nervoso central.

A listagem não é exaustiva, todos os medicamentos devem ser considerados.

2.3.4. Segurança profissional e do paciente

A segurança tanto dos pacientes quanto da equipe é uma prioridade fundamental. A maior parte da investigação realizada visa identificar causas potencialmente fatais e reversíveis da alteração do comportamento. Caso a confusão ou o comportamento alterado persistam, o médico poderá diagnosticar a natureza da confusão mental em colaboração com o Complexo Estadual Regulador. Pacientes com suspeitas de distúrbios psiquiátricos primários poderão ser avaliados em complementaridade por psiquiatras ou outros profissionais de saúde mental, através de acesso referenciado.

Por outro lado, pacientes com suspeitas ou diagnóstico de distúrbios clínicos ou neurológicos deverão ser internados nestas referências hospitalares, sob os cuidados de médicos clínicos e avaliação multiprofissional. Se a confusão mental for resolvida sem a necessidade de internação, o paciente deverá ser referenciado para serviços no território tais como: Atenção Primária à Saúde, Equipes de Referência em Saúde Mental, Ambulatório de Saúde e CAPS em e o tratamento adequado puder ser fornecido de forma ambulatorial, o paciente poderá ser liberado para acompanhamento pela atenção primária. O atendimento com assistente social e psicólogo sempre será benéfico para avaliação do contexto de risco.

Em algumas situações, pode ser necessário gerenciar problemas comportamentais em atendimentos de urgência e emergência. Inicialmente, são aplicadas abordagens ambientais, como criar um ambiente tranquilo e manter conversas calmas. No entanto, em casos que sejam de extrema agitação psicomotora, podem ser utilizados agentes sedativos, como haloperidol, para garantir a segurança do paciente e da equipe.



3. PADRONIZAÇÃO DA REGULAÇÃO E CRITÉRIOS DE PRIORIDADE EM SITUAÇÕES DE ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Este protocolo se destina à regulação de vagas urgentes, situações de emergência e regulação de vagas de internação hospitalar dos pacientes com quadro agudo de alteração comportamental, em especial aquelas de natureza de saúde mental caracterizadas como urgências psiquiátricas e incluindo os decorrentes do transtorno por uso de álcool e outras drogas. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e, portanto, o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Este protocolo visa manter um parâmetro de critérios para embasamento das decisões. Para outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, o médico possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e aplicação dos critérios de prioridade.

Da mesma forma, tal competência é de autonomia do médico regulador, porém com atributo de autoridade sanitária (Portaria nº 360-S, de 14 de setembro de 2016, publicada no DIOES em 15/09/2016), atribuindo autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas dos leitos e da internação médica. O objetivo é disponibilizar a assistência mais adequada aos usuários do SUS, sendo essas ações baseadas no rigor técnico, custo-benefício e efetividade da gestão da clínica.

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos incisos VIII e XVI do Capítulo I, e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: "(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...)

(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o



tratamento, salvo quando em benefício do paciente.(...)"

Capítulo II: "(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.(...)"

Pautada nos princípios da Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a Política Nacional de Saúde Mental prevê atendimentos e acompanhamento em nível territorial e comunitário, assegurando aos usuários do Sistema Único de Saúde o direito de acesso ao melhor tratamento, consentâneo às suas necessidades e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

O cuidado em saúde mental se faz nos pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como em dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e intersetoriais, bem como em iniciativas desenvolvidas nos grupos familiares e comunitários. As questões de saúde mental demandam atendimento continuado no sistema de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade e visando a integralidade e continuidade da atenção.

Portanto, todos os pacientes com alteração comportamental são considerados como prioritários para regulação, sendo registradas neste protocolo algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência.



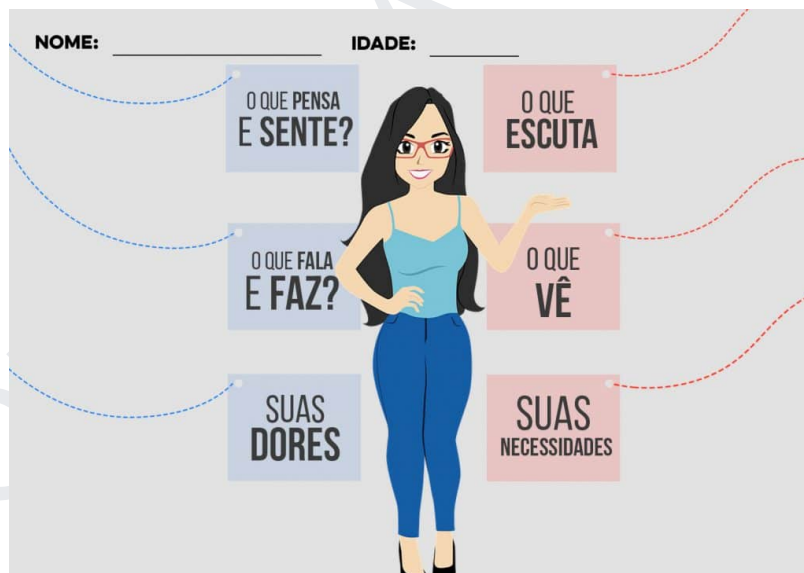
3.1. ABORDAGEM EM ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS E CRISE EM SAÚDE MENTAL NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Como regra geral, os profissionais da rede de urgência e emergência devem se lembrar que sinais e sintomas de alteração comportamental podem ser a primeira manifestação de:

- a) Problemas clínicos;
- b) Problemas neurológicos;
- c) Uso de substâncias psicoativas e/ou abstinência pelo uso de álcool e outras drogas;e
- d) Transtornos psiquiátricos.

Seis questões são essenciais ao profissional de saúde:

FIGURA 05. MAPA DA EMPATIA - ADAPTADO (DAVE GRAY).



Fonte. <https://agenciawn.com.br/mapa-da-empatia/>

- 1) O que o paciente pensa e sente?
- 2) O que o paciente fala e faz?
- 3) Quais as suas dores?



- 4) O que ele escuta?
- 5) O que ele vê?
- 6) Quais as suas necessidades?

Geralmente, nas demandas espontâneas de urgência e emergência, há um tempo limitado para a realização da entrevista inicial, pois há volume de problemas com características clínicas exigindo intervenção precoce, pressões da demanda e expectativas da equipe. A entrevista, pois, deve ser dirigida, fazendo-se uma busca ativa dos sintomas e sinais.

É interessante que os casos, logo na chegada, sejam dirigidos a uma sala especial de triagem e classificação de risco, onde serão submetidos a uma observação prévia, com identificação de um conjunto de sintomas ou de sinais que permitam atribuir um grau de prioridade clínica no atendimento. A este grau corresponderá uma cor e um tempo de espera recomendado, até ocorrer a primeira observação médica.

Todos os funcionários precisam considerar que a **missão de um serviço de urgências como UPA e PA é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (emergentes e urgentes)**, representativas de situações de risco para a saúde. Quanto mais grave é a situação clínica, mais rápida deve ser a inclusão do paciente no serviço.

1. Geralmente são classificáveis em cor **VERMELHA** os casos de delirium tremens, toxicidade por álcool ou outras drogas, comportamento violento, tentativas de suicídio ou de homicídio, agitação extrema, ou os casos em que o paciente está inconsciente.
2. Classificam-se, na maior parte das vezes, em **AMARELO**, os casos de síndrome de abstinência alcoólica (ainda não em delirium), comportamento bizarro, agitação menos intensa, estado de pânico, potencial de agressividade, alucinações e desorientação, pensamentos e atitudes sugestivos de condutas suicidas ou homicidas, síndromes extrapiramidais iatrogênicas (por sensibilidade ou altas doses de neurolépticos, como o haloperidol e a risperidona). Também pode-se incluir as crises dissociativas ou conversivas capazes de mobilizar e atingir emocionalmente outros pacientes em sala de espera, pois sua característica invasiva sobre o grupo complica o andamento do trabalho.
3. São classificados em **VERDE** os transtornos situacionais, as queixas de insônia, atos



histéricos conversivos leves, embriaguez.

4. Todas as demais condições, não agudas, como regra, são classificadas em **AZUL**.

Entre estas, aportam aos serviços de emergência casos de ansiedade por distúrbios situacionais. Muitas vezes o paciente relata que “somente quer falar”, ou que “precisa de alguém que o compreenda”. O serviço deve ter uma postura acolhedora mas precisa estabelecer um limite à satisfação do desejo do paciente, explicando-lhe que deve ir a uma unidade básica de saúde.

Alguns pacientes comparecem para elucidar questões sobre dúvidas com medicação e com possíveis efeitos colaterais. Precisam ser orientados sobre a importância de frequentar as unidades de atenção primária, escolhendo a mais próxima de sua residência, para lá serem atendidos, com hora marcada. Estes pacientes devem ser encaminhados ao serviço que lhes receitou a medicação sobre a qual têm dúvidas. Em caso de resistência àquele serviço, devem ser encaminhados a uma unidade básica. Se estão em tratamento em serviço especializado de saúde mental, como os CAPS, devem ser encaminhados ao serviço.

Alguns usuários de saúde mental por desconhecimento do fluxo da RAPS nos territórios, ou ainda por considerarem mais prático o atendimento médico em prontos-socorros, acabam por buscar a renovação de receitas nestes pontos de atenção, e em muitas situações, equivocadamente acabam por se vincular aos pontos de urgência e emergência, quando deveriam estar vinculados a serviços de base comunitária, com garantia do cuidado longitudinal.

Frente a questão, faz-se importante que os profissionais das unidades de urgência e emergência façam a contrarreferência direcionada ao usuário para acompanhamento e/ou seguimento do cuidado no território. Podendo, ainda, acionar os serviços da APS e/ou CAPS para discussão dos casos com vistas à construção de estratégias e elaboração de PTS conjunto entre os diversos pontos de atenção da RAPS. Ressalte-se ainda, que o matriciamento em urgência emergência a ser feito pelos CAPS, junto aos profissionais da urgência e emergência se constitui em recurso importante no processo de cuidado, já que o vínculo tem que ser estabelecido no território, e não na urgência e emergência.

Ocorrem situações em que o cidadão pede pressa e atenção imediata, por sofrimentos que não colocam em risco sua vida e nem têm potencial de criar sequelas, pois há sofrimento pessoal e dificuldade do sujeito para se conter e para avaliar o grau de perigo. Pessoas que usam mecanismos de defesa histriônicos, podem chamar ou ser encaminhadas a serviços de emergência apresentando quadros de:



1. Amnésia psicogênica
2. Fuga dissociativa
3. Convulsões, quedas ou desmaios dissociativos
4. Anestesias ou perdas sensorial dissociativas
5. Paralisias e transtornos motores dissociativos (abasia, astasia, ataxia)
6. Transtornos somatoformes
7. Irritabilidade e agitação ansiosa
8. Transtornos hipocondríacos
9. Neurastenia.

3.1.1. A APS diante das crises em saúde mental e das urgências de alterações comportamentais

A Atenção Básica em Saúde constitui o primeiro e fundamental componente da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Ela engloba a Unidade Básica de Saúde (UBS) responsável pela área de atendimento do paciente e é complementada por equipes de atenção básica voltadas para populações específicas, a equipe do Consultório na Rua, a equipe de apoio aos serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório e os Centros de Convivência.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), diversas práticas e ações de cuidado em saúde mental podem ser implementadas:

1. **Oferecer escuta e disponibilidade:** Essencialmente, mostrar-se disponível para ouvir e compreender o sofrimento psíquico ou alterações comportamentais. Isso deve ocorrer não apenas em situações específicas de atendimento em saúde mental, mas em todos os momentos e locais de prestação de serviços de saúde, com uma postura acolhedora.
2. **Realizar diagnóstico situacional da rede de saúde do território:** Isso envolve a análise dos pontos de atenção na rede intra e intersetorial em seu território e na Região de Saúde, bem como a interação entre eles. Também inclui a consideração da rede de proteção informal nas comunidades, como iniciativas locais, associações comunitárias, igrejas e projetos do terceiro setor, juntamente com a avaliação das condições socioeconômicas da população atendida e



- suas principais vulnerabilidades, como violência, pobreza, desemprego e dificuldades de acesso.
3. **Compreender o desenvolvimento psicoemocional em cada ciclo de vida:** Isso implica em uma escuta qualificada durante os atendimentos de rotina para identificar tanto sinais indicativos de transtornos mentais quanto situações próprias de cada fase da vida que podem gerar sofrimento mental.
 4. **Reconhecer a relação entre sofrimento psíquico e doenças clínicas:** É importante entender como o sofrimento psíquico pode influenciar o desenvolvimento, agravamento e prognóstico de doenças clínicas, como hipertensão, diabetes, doenças hepáticas e outras.
 5. **Conhecer o perfil epidemiológico em saúde mental:** Isso inclui identificar pessoas e famílias que enfrentam sofrimento ou doença mental no território, bem como as queixas e problemas mais comuns. A estratificação de risco pode ser uma ferramenta valiosa para definir estratégias de intervenção adequadas.
 6. **Implementar abordagens de redução de danos:** Estratégias para minimizar os danos associados ao uso de substâncias psicoativas devem ser adotadas.
 7. **Promover os direitos das pessoas com transtornos mentais:** Facilitar o acesso à cidadania, garantindo que essas pessoas tenham conhecimento de seus direitos.
 8. **Integrar-se com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a rede de proteção social:** Participar ativamente de reuniões de rede, fóruns e espaços de discussão coletiva para fortalecer as iniciativas de mobilização e controle social.
 9. **Realizar busca ativa:** às pessoas com transtornos mentais graves, bem como os transtornos por uso de álcool e outras drogas sempre que a equipe avaliar pela necessidade nos momentos de discussão de caso. Isso inclui identificar aqueles que fazem uso prejudicial de medicamentos, álcool e outras drogas.
 10. **Realizar acompanhamento domiciliar:** Essa prática é fundamental para casos crônicos e situações agudas, quando necessário.
 11. **Envolver as famílias em todas as etapas do cuidado:** Reconhecer como as dinâmicas familiares afetam e são afetadas pelo adoecimento psíquico de um membro, oferecendo apoio e acompanhamento adequado.
 12. **Desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares (PTS):** Especialmente para casos mais complexos, é importante criar planos de cuidado individualizados.
 13. **Priorizar casos graves e vulneráveis:** Isso inclui pessoas em situação de maior vulnerabilidade social, pacientes com histórico e/ou egressos de hospitais psiquiátricos, pessoas em situação



de rua, crianças, adolescentes e idosos em situação de abandono, autoagressão e comportamento suicida, bem como aqueles com transtornos mentais graves e persistentes e transtornos por uso de álcool e outras drogas.

14. **Solicitar apoio matricial de outros serviços e equipes:** Isso pode incluir Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipes de Referência em Saúde Mental (ERSM) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para discussão de casos, construção de PTS e estudos sobre políticas e tecnologias de cuidado em saúde mental.
15. **Manejo da crise:** Dentro de sua capacidade e complexidade, é fundamental saber manejar situações de crise.
16. **Referência e Contrarreferência:** Garantir o encaminhamento adequado para outros pontos de atenção, garantindo o acompanhamento contínuo dos casos.
17. **Incluir discussões sobre saúde mental nos grupos:** Isso pode ser feito em grupos já existentes na APS, não necessariamente específicos para saúde mental, promovendo uma cultura de acolhimento e apoio mútuo entre os participantes.
18. **Priorização de casos graves e vulneráveis:** Isso inclui pessoas em situação de maior vulnerabilidade social, pacientes com histórico e/ou egressos de hospitais psiquiátricos, pessoas em situação de rua, crianças, adolescentes e idosos em situação de abandono, autoagressão e comportamento suicida, bem como aqueles com transtornos mentais graves e persistentes, e transtornos por uso de álcool e outras drogas.

O acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenha um papel crucial na formação de vínculos e na prática de cuidado entre os profissionais de saúde e os usuários. Logo no primeiro contato, por meio do acolhimento, a equipe da UBS tem a oportunidade de oferecer um espaço de atenção aos usuários e suas famílias. Isso permite que eles se sintam confortáveis e confiantes para expressar suas preocupações, dúvidas e angústias, sabendo que a UBS está pronta para acolhê-los, acompanhá-los e, quando necessário, compartilhar o cuidado com outros serviços de saúde.

Esses encontros com os usuários fornecem aos profissionais a chance de entender as demandas de saúde da população em seu território. Com esse conhecimento, a equipe pode desenvolver recursos de cuidado, tanto coletivos quanto individuais, que são considerados os mais adequados para atender às necessidades de seus usuários e da comunidade em geral. No campo da Saúde Mental, destacam-se dispositivos comunitários como grupos terapêuticos, grupos operativos, abordagem familiar, redes de apoio social e pessoal dos indivíduos, grupos de convivência, grupos de artesanato ou geração de renda, entre outros. Esses dispositivos também podem ser úteis para abordar questões de saúde de outras áreas.



3.1.2. O CAPS diante das crises em saúde mental e das urgências de alterações comportamentais

O segundo componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é a Atenção Psicossocial Estratégica, que inclui os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, em suas diferentes modalidades. O título de serviço estratégico conferido ao CAPS não é sem razão. Os CAPS têm uma dupla missão: fornecer tratamento especializado para pessoas com transtornos mentais e comportamentais ou que sofrem de grave sofrimento mental, bem como os transtornos por uso de álcool e outras drogas, e também ativar uma rede de cuidados e proteção que envolve a família, a comunidade, outros serviços de saúde, a rede intersetorial e a sociedade como um todo, conforme o documento "Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil".

Os CAPS ocupam uma posição estratégica como articuladores da rede de atenção à saúde mental em seus territórios, promovendo a autonomia aos recursos articulares de diversas redes, incluindo aqueles de natureza social, jurídica, educacional e sanitária. A promoção da reinserção social requer uma ampla articulação, envolvendo vários componentes e recursos de assistência, com o objetivo de apoiar a vida comunitária e a autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS desempenham um papel fundamental nesse processo, fornecendo os recursos essenciais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais.

O território é composto por indivíduos que o habitam, com suas relações, conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições e cenários (igrejas, escolas, locais de trabalho, entre outros). A construção de uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais e transtornos por uso de álcool e outras drogas e suas famílias, amigos e específicos parte da noção de território. Para criar essa rede, todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer são convocados para fortalecer as equipes de saúde em seus esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.

Muitas crises que não apresentam risco de vida iminente ou ameaças graves podem ser resolvidas de forma eficaz nos CAPS. Os profissionais que lidam com atendimento a crises se dedicam a situações que rompem com a compreensão usual do mundo. Nesses momentos, o terapeuta desempenha o papel de intermediário entre o paciente e a realidade, buscando restabelecer o equilíbrio. No entanto, as crises que não se resolvem especialmente podem ser encaminhadas dos CAPS para o pronto-socorro de um hospital geral e o SAMU poderá ser acionado pela equipe do CAPS para condução do usuário ao ponto de atenção de maior



complexidade.

Nos casos em que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi chamado para transportar o paciente, em caso de não haver familiar presente para acompanhamento do usuário, o profissional do CAPS poderá ser convidado a para acompanhamento do paciente durante o transporte. Essa colaboração tende a ser enriquecedora para as duas equipes (SAMU e CAPS) ambos os lados, possibilitando a troca de experiências. Esses profissionais podem atuar como mediadores, promovendo a difusão de ideias e estimulando a imaginação, contribuindo para melhorar os processos já estabelecidos. No contexto do atendimento a crises e urgências psiquiátricas, é fundamental que haja uma integração estratégica entre os serviços redes de atenção à saúde mental de base comunitária e os serviços de urgência e emergência.

O CAPS é um serviço de "portas abertas", o que significa que está disponível para atendimento espontâneo, não exigindo encaminhamento prévio. Além disso, os indivíduos que recebem acompanhamento no CAPS têm liberdade de ir e vir conforme sua necessidade. É importante destacar que nem todas as situações de transtorno ou sofrimento mental excluem a possibilidade de um acompanhamento contínuo pelo CAPS. Transtornos mentais comuns, por exemplo, podem ser adequadamente gerenciados na Atenção Básica à Saúde. No entanto, outros pontos de atendimento podem solicitar o suporte matricial do CAPS em seu território sempre que identificarem a necessidade.

Conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 03/2017 nº 3.588/2017(revogada), os CAPS são classificados em diferentes modalidades de acordo com a população atendida na região. A Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012), define uma série de ações que compõem os procedimentos dos CAPS e que podem fazer parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários e suas famílias. Essas ações incluem:

1. **Acolhimento inicial:** Garantindo uma primeira abordagem acolhedora e empática para os usuários em busca de auxílio.
2. **Ações de Articulação em Rede Intra e Intersetoriais:** Estabelecendo parcerias e colaborações entre diferentes serviços e setores para um atendimento mais abrangente.
3. **Fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares:** Incentivando a participação ativa das pessoas atendidas e de suas famílias no processo de cuidado.



4. **Matriciamento de equipes de Atenção Básica:** Provendo suporte técnico e consultoria às equipes da Atenção Básica.
5. **Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência** e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde relacionadas ao uso de substâncias: Colaborando com outros serviços de saúde em situações de urgência e emergência relacionadas à saúde mental.
6. **Ações de redução de danos:** Adotando estratégias para minimizar os danos associados ao uso de substâncias psicoativas.
7. **Acompanhamento do Serviço Residencial Terapêutico:** Oferecendo suporte a serviços de moradia terapêutica.
8. **Apoio ao Serviço Residencial de Caráter Transitório:** Apoiando serviços de moradia transitória.
9. **Acolhimento diurno:** Proporcionando acolhimento durante o dia para indivíduos que necessitam de suporte.
10. **Acolhimento noturno:** Ação de hospitalidade noturna nos CAPS do Tipo III e AD III, como recurso do Projeto Terapêutico Singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrentes de transtornos mentais, incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas.
11. **Atendimento individual:** Realizando atendimentos personalizados às crises e alterações de comportamento durante seu funcionamento.
12. **Atendimento em Grupo:** Ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitem a experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania (BRASIL,2012).
13. **Atendimento Familiar:** Ações voltadas para o atendimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas.
14. **Atendimento Domiciliar:** Atenção prestada no local de moradia da pessoa e/ou de



seus familiares.

15. **Práticas Corporais:** Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa.
16. **Práticas Expressivas e Comunicativas:** Estratégias ou atividades dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários.
17. **Atenção a situações de crise:** Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise.
18. **Ações de reabilitação psicossocial:** Ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura e direitos humanos.
19. **Promoção de Contratualidade:** Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana.

3.1.3. O Pronto Socorro é parte de uma rede mais ampla do SUS

A integração dos serviços de urgência e emergência com os demais serviços de saúde na região é um elemento fundamental para o funcionamento adequado tanto da unidade de emergência quanto da rede de saúde mental a que ela pertence. Uma unidade de emergência que é capaz de atender tanto situações clínicas quanto psiquiátricas desempenha um papel crucial na organização do fluxo de pacientes dentro da rede, evitando sobrecargas desnecessárias.

Os prontos-socorros e as unidades de pronto-atendimento (UPA/PA) desempenham um papel central na estruturação das redes de saúde mental e nas demais redes de atenção à saúde. Na prática, esses serviços funcionam como estratégia de monitoramento do desempenho da atenção primária e secundária. Além disso, tem a capacidade de atuar como um sistema temporário de amortecimento para lidar com demandas adicionais, muitas vezes decorrentes das limitações dos serviços extra-hospitalares, com fluxo de resolução em até 24 horas.



Essas unidades são frequentemente uma porta de entrada para a rede de saúde mental, especialmente para pacientes que estão enfrentando sua primeira crise em saúde mental. Os serviços de urgência e emergência podem desempenhar um papel vital na prevenção e no diagnóstico precoce, integrando esses pacientes na rede de atenção psicossocial.

Na maioria dos casos, não há indicação clínica para hospitalização. Nestas situações, após o atendimento de urgência ou emergência, os serviços de saúde devem orientar e fazer o encaminhamento responsável do paciente para seguimento do cuidado nos serviços da RAPS de seu território de moradia. Os pacientes atendidos pelos pontos de atenção da Urgência e Emergência sem indicação de internação, deverão ser encaminhados, conforme descrição abaixo:

1. **Pacientes com transtornos mentais moderados ou graves (segundo a avaliação clínica):** deverão ser encaminhados para o serviço de referência em saúde mental (como o CAPS em suas diversas modalidades, equipes de referência em saúde mental ou ambulatorios de saúde mental) em seu município de origem. Deverá ser elaborado documento com breve relato do caso, além do contato telefônico com o serviço de referência para compartilhamento de informações sobre o paciente.
2. **Pacientes com transtornos mentais leves:** deverão ser encaminhados com documento de transição de cuidado para o serviço de referência em saúde mental (como a APS - unidade básica de saúde) em seu território de residência e/ou Equipe de Referência em Saúde Mental. Deverá ser elaborado documento com breve relato do caso, além do contato telefônico. Um breve relato do caso é fornecido e é previsto contato telefônico com o serviço de referência para compartilhar informações sobre o paciente.
3. **Pacientes que apresentam transtorno por uso de álcool e outras drogas:** deverão ser encaminhados para serviços de referência em saúde mental tais como: CAPS ADII e/ou CAPS ADIII, CAPSI e CAPS IJ, equipes de referência em saúde mental ou ambulatorios de saúde mental em seu município de origem. Deverá ser elaborado documento com breve relato do caso, além do contato telefônico com o serviço de referência para compartilhamento de informações sobre o paciente.

Para que o fluxo de referência e contrarreferência seja efetivo será necessário a apropriação do conhecimento dos serviços de saúde mental existentes no território de origem dos usuários.



3.1.4. O acionamento do SAMU-192

O acionamento do SAMU-192 para atendimento à pessoa em crise de saúde mental, pode partir do domicílio do usuário, por algum cidadão em via pública ou por trabalhadores de algum serviço de saúde de menor complexidade. Após sua chegada ao local a equipe avaliará a cena, definirá conduta relativa a necessidade ou não de acionamento para suporte por agentes de segurança pública (Polícia Militar e/ou Guarda Municipal), Equipe de Suporte Avançado de Vida do SAMU ou ainda, Corpo de Bombeiros, e após o contorno da situação definir através de sua central de regulação para qual ponto de atenção o paciente deverá ser referenciado.

As situações de Urgência e Emergência em Saúde Mental, no âmbito da SESA/ES, que são atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/ES, serão direcionadas para unidades especializadas em Urgência e Emergência. Isso inclui Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Medicina de Emergência, Unidades de Trauma, Pronto Atendimento Obstétrico e Unidades de Emergência Pediátrica. Esse destino será realizado de acordo com a regulação médica e baseado em quadros clínicos associados à condição de saúde mental do paciente.

3.2. FLUXO ASSISTENCIAL PARA AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL

No contexto das Urgências e Emergências em Saúde Mental, o processo assistencial das equipes móveis do SAMU-192 segue um fluxo estruturado transferindo a qualidade e eficácia no atendimento aos usuários. Este fluxo é regido pelas seguintes diretrizes:

- A) Avaliação e liberação de contenção física:** Quando um usuário estiver sob contenção física, sua remoção só poderá ser realizada após avaliação criteriosa e autorização por parte do médico plantonista e/ou enfermeiro plantonista.
- B) Observação em casos de contenção química:** Caso o paciente tenha sido submetido a contenção química durante o primeiro atendimento pré-hospitalar, ele deverá permanecer sob observação na unidade de emergência pré-hospitalar fixa. Posteriormente, ele será reavaliado no próprio serviço para determinar a conduta



subsequente.

- C) Liberação da Equipe do SAMU/ES para novos atendimentos:** Após prestar o primeiro atendimento, a unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/ES estará liberada para atender a uma nova ocorrência que esteja registrada na tela da central de regulação do serviço. Um membro da equipe pré-hospitalar passará o caso atendido para o plantonista da emergência ou outro profissional disponível, garantindo a continuidade no atendimento ao usuário.

3.2.1. Fluxo assistencial do SAMU-192 baseado em diretrizes clínicas

O fluxo assistencial nas Urgências e Emergências em Saúde Mental é orientado pelas melhores práticas de psiquiatria, clínica médica, medicina de emergência, pediatria, emergência pediátrica, medicina de família e comunidade, bem como outras especialidades médicas relevantes.

Esse fluxo considera fatores como a etiologia do quadro apresentado, a faixa etária do paciente, a presença ou ausência de comorbidades, sua procedência e a necessidade de internação. São diretrizes gerais:

1. É responsabilidade de todas as equipes de saúde conhecer e orientar sobre o fluxo de Urgência e Emergência em Saúde Mental.
2. A equipe do Atendimento Pré-hospitalar Fixo (UPA) tem o papel de garantir a continuidade da assistência ao usuário com transtorno mental.
3. Os demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS contribuem para garantir a continuidade da assistência, prevenindo recorrências de novos surtos.
4. Este fluxo assistencial fornece uma abordagem integrada e eficiente para situações de urgência e emergência em saúde mental, garantindo o melhor cuidado aos usuários e uma atuação coordenada das equipes de saúde envolvidas.



3.2.2. Organização dos Atendimentos em Urgências e Emergências em Saúde Mental

A fim de fornecer atendimentos adequados em casos de Urgências e Emergências em Saúde Mental, estabelecem-se as seguintes diretrizes de organização:

- A) Primeiro atendimento nas Unidades de Referência:** Usuários que apresentam situações de Urgências e Emergências em Saúde Mental e/ou de Alteração Comportamental, atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Domiciliar (AD) ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), devem ser encaminhados preferencialmente para seu primeiro atendimento nessas unidades. Caso necessário, o profissional responsável deve estabelecer contato imediato com outros pontos de atenção à saúde para garantir um atendimento adequado à situação. Estes serviços serão responsáveis em encaminhar o paciente às UPA/PA e Prontos Socorros de HPP, exceto os casos classificados e avaliados com maior gravidade, que serão regulados e encaminhados pelo SAMU-192.
- B) Intercorrências de baixa gravidade:** Para intercorrências e crises em usuários com transtornos mentais de baixa gravidade e complexidade ou com alteração comportamental, restritos ao território, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o ponto de atendimento, conforme os instrumentos normativos específicos da SESA/ES.
- C) Transtornos mentais graves e persistentes:** Intercorrências e crises em usuários com transtornos mentais graves e persistentes ou alteração comportamental sem risco significativo de vida, restritos ao território, devem ser atendidos pelas equipes do CAPS e/ou outros serviços da Atenção Ambulatorial Secundária. A forma cooperativa do cuidado deve permanecer sob a responsabilidade das equipes da APS, de acordo com os instrumentos normativos específicos da SESA/ES.
- D) Crises de maior gravidade:** Crises agudas em usuários com transtornos mentais de maior gravidade e complexidade ou alteração comportamental com risco de vida, devem ser direcionadas aos Serviços de Urgência e Emergência dentro do próprio município, seguindo os protocolos de atendimento do serviço. Estes serviços serão responsáveis em acionar o Complexo Regulador das urgências através do SAMU-192, em que serão orientados e caso necessário, regulados e encaminhados pela base descentralizada à UPA/PA/HPP mais próxima do território definida pelo médico



regulador

- E) **Avaliação após situações traumáticas:** Os usuários expostos a situações traumáticas que envolvam ocorrência de estresse agudo e grave ameaça à integridade deverão receber avaliações psicossociais nos Serviços de Urgência e Emergência, idealmente em até 72 horas por demanda espontânea ou referenciado pelo próprio serviço de atenção primária ou especializada do território. Isso visa a prevenção do transtorno de estresse pós-traumático e outras complicações.
- F) **Comportamento suicida:** Usuários com comportamento suicida com lesão traumática, independentemente da idade, devem ser avaliados em UPA/PA/HPP e após a estabilização clínica e/ou cirúrgica, encaminhamento para envolvimento da referência necessária (traumatológica, queimados, psiquiatria, neurologia, dentre outros). Posteriormente, a regulação para internação psiquiátrica, se necessária, será avaliada após cadastro e avaliação conjunta do caso pelo médico regulador do NERI (Núcleo Especial de Regulação das Internações).

Para agilizar a resposta aos casos de Urgências e Emergências em Saúde Mental nos CAPS, Serviços Ambulatoriais de Atenção Primária e Secundária, estabelecem-se as seguintes diretrizes para o atendimento do SAMU-192:

- A) **Atendimento sequencial e resgate:** Os serviços de saúde, em situações de Urgências e Emergências em Saúde Mental, podem acionar o SAMU, de acordo com a gravidade do quadro. O objetivo é garantir o atendimento sequencial ou o resgate do paciente, seguido pelo encaminhamento adequado a um Serviço de Urgência e Emergência, conforme orientações do médico regulador do SAMU.
- B) **Prioridade para pacientes com contenção:** Pacientes com contenção física ou química transportados pelo SAMU aos Serviços de Urgência e Emergência recebem prioridade no atendimento. Isso será feito sem prejuízo do atendimento de casos mais graves, permitindo que uma equipe seja liberada para atender a próxima ocorrência na tela de regulação.
- C) **Atendimento em conjunto com a Polícia Militar:** Usuários com transtorno mental grave **com extrema agitação psicomotora, agressividade, armados, treinados em artes marciais ou que recusem atendimento e representem risco para a equipe móvel do SAMU** devem ser atendidos em conjunto com uma equipe da Polícia Militar e/ou Guarda Municipal. Essa abordagem visa garantir a segurança do usuário, da



equipe de saúde e do ambiente de atendimento.

A Central de Regulação do SAMU/ES possui as seguintes responsabilidades:

1. Avaliar e determinar a gravidade de um caso comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma avaliação preliminar da gravidade.
2. Despachar os recursos necessários para o atendimento, considerando tanto as necessidades do paciente quanto os recursos disponíveis.
3. Decidir se é necessário enviar unidades móveis de atenção médica. Caso contrário, o médico regulador deve explicar a sua decisão e fornecer orientações ou aconselhamento médico ao solicitante do atendimento, permitindo que este assuma os cuidados necessários ou procure assistência num local indicado pelo médico regulador.
4. Determinar qual recurso deve ser mobilizado para cada caso, selecionando a resposta mais completa com base nas disponibilidades, para garantir a melhor assistência possível para cada paciente, considerando sua condição específica.
5. Decidir se o paciente deve ser encaminhado para um hospital ou para atendimento ambulatorial após o atendimento pré-hospitalar.

O estado do Espírito Santo é dotado com de três serviços especializados de maior complexidade de atendimento com urgência e emergência especializada em psiquiatria: o Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), localizado em Cariacica, para atendimento a adultos e o Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC), localizado em Cachoeiro de Itapemirim, com atendimento ao público adulto, e o Hospital Estadual Infantil Alzir Bernardino Alves (HIMABA), dedicada ao atendimento pediátrico.

Estes serviços estão sujeitos a todas as normas aplicáveis aos Serviços de Urgência e Emergência do estado do Espírito Santo. São unidades de referência que contam com pessoal qualificado e equipamentos adequados para o manejo de situações de Urgência e Emergência em Saúde Mental de alta e média complexidade. Essas unidades têm capacidade de resolução e estão aptas a atender:

- 1) Casos de melhoria psicomotora e agressividade.
- 2) Comportamentos violentos com riscos para indivíduos, terceiros e



patrimônio.

- 3) Exigências de contenção física e/ou química.
- 4) Crises psicóticas.

Os Pronto Atendimentos em Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos têm os seguintes objetivos gerais:

1. Integrar-se à Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Saúde Mental, atendendo às demandas referenciadas por outras unidades da RAPS ou casos espontâneos.
2. Garantir a prestação de serviços de Urgência e Emergência em Saúde Mental em regime de atendimento integral, em forma cooperativa com outros pontos de atenção.

As equipes do HEAC, CAPAAC e do HEIMABA podem ser contatadas diretamente pelas Unidades de Pronto Atendimento dos municípios para avaliação especializada. Elas funcionam como referência em situações agudas que não foram resolvidas no atendimento primário e, quando resolvidas, emitem contrarreferência para os casos avaliados, diminuindo a necessidade ou não de internação hospitalar.

3.2.3. O atendimento do SAMU-192

O atendimento do SAMU pode ser categorizado em dois tipos: atendimento primário, quando é acionado por um cidadão; ou atendimento secundário, quando o paciente já recebeu o primeiro atendimento, mas precisa ser direcionado para outro serviço de saúde mais especializado para dar continuidade ao tratamento.

A partir de uma ligação telefônica para o número 192 e após a regulação médica da demanda, a equipe do SAMU providencia atendimento imediato ou mediato, facilitando o acesso a outros pontos de assistência necessários no pré-hospitalar ou ao longo do acompanhamento do paciente, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou outros serviços.

Durante o período diurno, de segunda a sexta-feira, sempre que possível, é conveniente que o SAMU inclua em seu atendimento a orientação de apoio do CAPS de referência no



território onde ocorre a situação de crise em saúde mental. Isso visa permitir uma intervenção conjunta ou oferecer orientações sobre a melhor abordagem para a situação em questão.⁴

Passo a passo operacional do atendimento às demandas regulatórias de urgência e emergência em saúde mental ou alteração comportamental:

1. **Abertura do chamado:** O Telefonista Auxiliar de Regulação Médica - TARM habilitado para atendimento em saúde mental, dá início ao atendimento à solicitação de auxílio proveniente da população, na central de regulação médica, anota dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência). Após a abertura do chamado, a ligação é transferida para o médico regulador.
2. **Primeira regulação médica:** O Médico Regulador das Urgências dá continuidade ao atendimento telefônico realizando a primeira regulação. No exercício de suas atribuições, o profissional avalia o caso, classifica o atendimento com base nos protocolos específicos da regulação e de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental – 2018 da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, e toma a decisão da conduta mais adequada ao caso. Caso não haja necessidade de envio de uma unidade móvel, o médico regulador pode decidir nos diversos recursos disponíveis durante esse atendimento inicial. Tem-se como possíveis fontes de apoio alguns recursos na própria comunidade como família, companheiros/namorados/cônjuges, amigos e colegas, profissionais ligados às comunidades religiosas, profissionais de saúde com os quais a pessoas já possuam algum vínculo, grupos de apoio, incluindo o Centro de Valorização da Vida.⁵ Durante a primeira ligação, o médico pode fazer uma teleconferência com a equipe do CVV, passando a ligação para acompanhamento deste serviço, assim que estiver seguro do segmento assistencial, garantido continuidade no apoio ao solicitante e ao paciente.

O médico regulador pode, ainda, realizar orientações específicas como a ingestão de medicações de uso regular prescritos previamente pelo especialista que acompanha o paciente, ou mesmo sugerir que o familiar prossiga para a UBS, CAPS ou UPA mais próxima para uma avaliação médica presencial. Recomenda-se que os casos classificados como Amarelo, Verde ou Azul sejam encaminhados aos serviços equipes

⁴ conforme Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental - SESA 2018, página 93.

⁵ O CVV – Centro de Valorização da Vida realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail e chat 24 horas todos os dias. iniciativa voluntária que acolhe pessoas em sofrimento presencialmente, pela internet www.cvv.org.br ou ainda por telefone com ligações gratuitas 188, durante todo o ano, 24h por dia (Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental- SESA 2018, Página 194).



dos territórios de origem dos pacientes, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Equipes de Referência em Saúde Mental (ERSM), Ambulatórios de Saúde Mental, devendo estes serviços responsabilizar-se pelo acompanhamento continuado dos mesmos.⁶

Caso julgue necessário, na presença de situação de risco de autoagressão ou heteroagressão, ou nos casos graves, o Regulador poderá enviar um recurso móvel para atendimento in loco. Deve ser questionado se o paciente é portador de algum tipo de arma, se é treinado em artes marciais, bem como se há algum elemento na cena que traduza insegurança para a equipe.

3. **Atendimento presencial pela equipe do SAMU:** Uma equipe preparada e treinada, realiza o atendimento presencial do paciente. Em relação às urgências Psiquiátricas, a Portaria MS 2048/2002 declara que as equipes precisam de reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência na cena das ocorrências, descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento, reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH (vítimas agressivas em situações de risco para si e para os outros), e adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas.

3.2.4. A avaliação da cena

A avaliação da cena é a análise imediata que se deve fazer em uma cena de urgência para detectar, pela leitura da composição e articulação de seus elementos, indícios do ocorrido e riscos ali presentes, inclusive para a equipe de abordagem. Trata-se de um procedimento muito adequado à abordagem da crise, com a diferença de que em saúde mental é necessário articular risco e vulnerabilidade tanto para o paciente quanto para a equipe.⁷

O Protocolo de Suporte Avançado de Vida, do Ministério da Saúde, ao considerar a suspeita de situações que envolvem crises em saúde mental, recomenda o manejo mediante condutas preestabelecidas. O atendimento da equipe, associado ao cenário, será firmado por intermédio do protocolo/regulamentação, que descreve as etapas da

⁶ Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental- SESA 2018, Página 93.

⁷ CAMPOS, 2014b, p. 30.



assistência à pessoa em crise psíquica. Destaca-se a avaliação inicial pelo método ACENA:

- A** - Avaliar o ambiente.
- C** - Observar a rede social.
- E** - Avaliar as expectativas e a receptividade da rede social e do próprio paciente.
- N** - Avaliar o nível de consciência e de sofrimento.
- A** - Avaliar uso de substâncias e agressividade.

Depois da aproximação da equipe ao paciente, **define-se um mediador**, que deve agir de forma tranquila, identificando-se quanto ao nome e função, explicando os motivos da aproximação e atentando-se à linguagem verbal e não verbal dos atendidos (usuário e família). A abordagem pode incluir exame físico e mental e levantamento de necessidades. Nesse momento, o aporte profissional de uma equipe especializada em saúde mental amplia as possibilidades resolutivas para as situações adversas identificadas.

Assim sendo, pelo método ACENA, o fluxo estabelecido é avaliar o ambiente, sujeitos e segurança, conforme Protocolo de Suporte Básico e Avançado de Vida do SAMU, já que em alguns casos faz-se necessário o compartilhamento do cuidado junto à Polícia Militar ou Corpo de Bombeiros.



FIGURA 06. PROTOCOLO ACENA



Fonte: SILVA, 2023. Ministério da Saúde, adaptado (Canva).

3.2.5. Apoio de agentes de segurança pública

O Protocolo de Suporte Avançado de Vida do SAMU 192, em AC39 - Manejo da crise em saúde mental estabelece que cabe à Central de Regulação das Urgências e Emergências decidir solicitar a necessidade de apoio de profissionais da saúde mental e/ou do próprio SAMU. Policiais/bombeiros podem ser acionados em casos que coloquem em risco a segurança da cena.

No AC 40 - Atuação e Situação de Violência - traz que o médico regulador pode solicitar apoio da autoridade policial se houver presença de objetos que podem ser utilizados para agressão ou autoagressão, assim como na presença de armas de fogo ou nos casos de resistência à entrega/abandono do objeto, a autoridade policial assumirá a mediação.



Conforme BC29 - SAMU-192, os agentes de segurança pública devem ser acionados em casos de agitação psicomotora importante e em situação de violência extrema.

Para regulação médica ou conduta dos casos, deve-se suspeitar ou critérios de inclusão: paciente com quadro de hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade e verborreia ou em uma atitude hostil (física e/ou verbal), ameaçadora ou em franca agressão. Irritabilidade exacerbada, medo e estresse são sentimentos que podem estar na base dessas situações.

A Portaria 2048 estabelece que uma das responsabilidades do SAMU durante o atendimento é identificar a necessidade de envolver outros atores no atendimento de emergências psiquiátricas, especialmente quando envolve a segurança das equipes de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) ou quando há risco de agressão por parte das vítimas a si mesmas ou a terceiros. Esse direcionamento é respaldado pelo Protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental - Protocolo BC28 (ANEXO), SAMU 192.

No mesmo documento, o Protocolo BC29 (Anexo) estipula que, quando há objetos que possam ser usados para agressão ou autoagressão, a assistência da autoridade policial é solicitada. Na presença da autoridade policial, a equipe tenta negociar com o paciente para a entrega ou abandono do objeto, a menos que haja uma arma de fogo envolvida. Nesse caso, a autoridade policial assume o controle da situação. Após a remoção da arma de fogo, uma equipe procede com a contenção física do paciente (Protocolo BP27) e avalia a necessidade de envio policial na ambulância.

Após a remoção da arma, a equipe inicia a contenção física do paciente, conforme o Protocolo BP27 do SAMU 192. A Resolução nº 1952/2010 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que aborda diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, estabelece que a decisão e a prescrição de contenção física em pacientes psiquiátricos são de competência do médico.

Outra abordagem terapêutica possível em emergências psiquiátricas é a contenção química. A medicação nesses casos não visa necessariamente sedar, mas tranquilizar o paciente. A decisão do médico pode partir do próprio paciente ou ser sugerida por um profissional e aceita pelo paciente. Sempre que possível, o paciente deve participar da decisão sobre a medicação e a via de administração. Caso um acordo não seja alcançado, é importante comunicar ao paciente a avaliação da necessidade de medicação e os próximos passos.⁸

A prescrição de contenção química deve ser feita pelo médico regulador com base em protocolos específicos do serviço e nas Diretrizes Clínicas em Saúde Mental - 2018 da

⁸ SESA-ES. Diretrizes Clínicas em Saúde Mental - 2018, página 209.



Secretaria de Saúde do Estado.

Após a avaliação e o atendimento pessoal do paciente em crise de saúde mental, incluindo a contenção química, se necessário, o paciente pode ser liberado para casa ou encaminhado para uma unidade de pronto atendimento no município onde foi atendido. Agora, medicado e sem risco de agressão, o paciente pode ser transportado para a unidade de pronto atendimento mais próximo.

É importante lembrar que o encaminhamento para uma unidade de pronto atendimento como destino final do atendimento pré-hospitalar está previsto desde 2018 nas Diretrizes Clínicas em Saúde Mental da SESA. Esse fluxo já foi testado e validado em diversos municípios do interior do Estado do Espírito Santo ao longo dos anos. Destaca-se:

- A política de saúde mental preconiza que a abordagem de crises pode ocorrer em vários pontos de atendimento da rede de saúde, incluindo unidades específicas de saúde mental, como os CAPS, bem como unidades mais generalistas, como unidades básicas de saúde (UBS), SAMU e unidades de pronto atendimento (UPAs) (Diretrizes Clínicas em Saúde Mental - 2018, página 87).
- A Portaria Nº 1.601, de 7 de julho de 2011, parágrafo 2º, estabelece que as unidades de pronto atendimento (UPA 24 h) devem ser implantadas em locais/unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e classificação de risco.
- O Conselho Federal de Medicina (CFM), conforme o Art. 17 da Resolução CFM nº 2.057/2013, determina que “nenhum estabelecimento de hospitalização ou assistência médica em geral, seja pública ou privada, pode recusar atendimento médico alegando que o paciente possui doença mental”.
- A Portaria 2048, no CAPÍTULO III, define o atendimento pré-hospitalar fixo como uma assistência prestada em um primeiro nível de atenção a pacientes com condições clínicas, traumáticas ou psiquiátricas agudas que podem causar sofrimento, sequelas ou até mesmo a morte. Esse atendimento garante assistência adequada e/ou transporte a um serviço de saúde hierarquizado, regulamentado e integrado ao Sistema Estadual de Urgência e Emergência.
- De acordo com o Anexo III da Portaria de Consolidação Nº 3/2017, a sala de estabilização nas unidades de pronto atendimento deve ser projetada para a estabilização de pacientes críticos e/ou graves. Essas unidades, vinculadas a uma instalação de saúde, funcionam 24 horas por dia.



3.2.6. Apoio do Corpo de Bombeiros Militar

Os aspectos elencados podem estar presentes em situações de autoagressão e risco de suicídio. No entanto, de forma isolada, esses aspectos não podem ser considerados critérios de inclusão. Conforme o BC32-SAMU-192- Autoagressão e risco de suicídio, seguindo os seguintes critérios de inclusão:

1. Paciente em condição de intenso sofrimento, que se manifesta por meio de desejo, impulso, ideação ou planejamento de atos autolesivos comumente direcionados ao objetivo de levar à morte;
2. Paciente que apresenta sinais de auto negligência grave;
3. Presença de sentimento de desesperança e/ou culpa, conflitos interétnicos ou familiares, rupturas ou alterações significativas no contexto de vida do sujeito, como doença grave ou terminal, perda de um ente querido, perda de poder econômico ou desemprego.
4. Cena que envolva uma pessoa em situação de sofrimento, com sinais de desespero, angústia e/ou desesperança, em local de risco elevado que possa levar a lesões graves ou à morte, como pontes altas e viadutos, plataformas de trem/metrô, vias de tráfego intenso de veículos e mar.

Conduta em casos de paciente com autoagressão e risco de suicídio:

1. Ao se aproximar do local da ocorrência, desligar a sirene e manter apenas os sinais luminosos, sem pisca ou estrobo;
2. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA);
3. Em caso de presença de objetos ou condições que promovam risco de heteroagressão ou autoagressão, informar o médico regulador para que solicite apoio de equipes especializadas e/ou autoridades policiais. Exemplos:
4. Objetos: armas de fogo, armas brancas, vidros quebrados, etc.;
5. Condições: altura (risco de queda), tráfego intenso (risco de atropelamento), água (risco de afogamento), refém, etc.
6. Afastar curiosos, imprensa ou qualquer estímulo que possa contribuir para o aumento do estresse na cena;



7. 5. Abordar o paciente conforme os princípios previstos no protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental (BC28), considerando, em especial, as seguintes medidas:

- Definir um mediador (preferencialmente um profissional de saúde treinado), considerando a receptividade do paciente em relação à formação de vínculo;
- Desligar ou baixar o som do rádio comunicador e/ou do celular;
- Aproximar-se de forma tranquila para ser visto pelo paciente e manter a segurança;
- Identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda, escuta, apoio);
- Iniciar a comunicação diretamente com o paciente, preferencialmente garantindo a privacidade do contato e encorajando a expressão de problemas e sentimentos vivenciados;
- Perguntar o que está acontecendo e demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar o paciente.
- Fraseologia: “Gostaria de entender como você está se sentindo”; “Posso me aproximar?”; “Ficarei o tempo que for necessário para ajudar”.
- Identificar e legitimar (“Dá para entender”; “É compreensível”; “Estou entendendo”) a emoção presente na cena (raiva, desconfiança, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação, desesperança, indiferença, frustração) e atentar às situações descritas pelo paciente como insuportáveis (“Não aguento mais”; “Sou um peso para os outros”; “Eu preferia estar morto”; “Estão querendo acabar com a minha vida”);
- Estabelecer o ritmo da conversação sem pressa para chegar ao desfecho do atendimento, transmitindo ao paciente a sensação de que ele não está sozinho.

O médico regulador do SAMU, ao enviar a unidade móvel de suporte básico de vida, deve se certificar de que a ambulância dispõe, além das medicações clínicas básicas, de fármacos com atividade psicoativa ou com capacidade de promover contenção química em situações



de urgência ou emergência onde ela se faça necessária. Como regra, todas as unidades básicas precisam ter prometazina, haloperidol e diazepam, para uso oral e para uso injetável.

Primeiramente a equipe deve realizar o contato visual e verbal; se necessário realizará contenção química e, como último recurso, contenção mecânica. Deste modo, a terapia medicamentosa para contenção reduz a necessidade de contenção mecânica, devendo-se evitar o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos deve seguir regras científicas.

No que diz respeito à contenção física, a equipe do SAMU deve buscar sempre o aceite de ajuda por parte do paciente, realizando, assim que possível, a avaliação primária (protocolo AC1) e a avaliação secundária (protocolo AC2), atentando a sinais de intoxicação exógena e automutilação, nos casos de tentativa de suicídio.

3.2.7. Atendimento ao usuário do SUS em crise de saúde mental ou alteração comportamental

Os objetivos de um atendimento psiquiátrico emergencial são a estabilização do quadro, a exclusão de uma causa orgânica e o encaminhamento a um serviço capaz de dar sequência.

As ferramentas informatizadas do sistema público de regulação utilizam a Classificação de Risco em Saúde Mental, que garante a priorização de atendimento e classificação do risco em saúde mental categorizada através das cores:

- **VERMELHO:** Caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato. Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros.
- **LARANJA:** Risco significativo. Condições que potencialmente ameaçam à vida e requerem rápida intervenção.
- **AMARELO:** Casos de gravidade moderada. Condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas rapidamente.
- **VERDE:** Condições que apresentam um potencial para complicações.
- **AZUL:** Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, sem alterações dos sinais vitais.



Recomenda-se que os casos classificados como **AMARELO**, **VERDE** ou **AZUL** sejam encaminhados aos serviços equipes dos territórios de origem dos pacientes - como Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS, EMAESM - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, Ambulatórios de Saúde Mental, devendo estes serviços responsabilizar-se pelo acompanhamento continuado dos mesmos.⁹

Os casos envolvendo risco iminente de morte, de auto ou heteroagressão, e surtos psicóticos com agitação psicomotora não entram no sistema de marcação de consultas ambulatoriais: são casos mais graves, classificados como **LARANJA** e **VERMELHO** e são atendidos diretamente por equipes emergencistas em serviços pré-hospitalares ou hospitalares.

Na prática, em qualquer serviço de urgência, como os prontos socorros de hospitais gerais, as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), os Pronto Atendimentos (PA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), **as equipes emergencistas** lidam com várias situações de alteração comportamentais, nas quais estão incluídas os casos de saúde mental.

Essa classificação tem por objetivo:

1. Personalizar o atendimento aos usuários de saúde mental;
2. Avaliar o usuário logo na sua chegada a um serviço de saúde;
3. Definir e desencadear a resposta mais indicada a cada caso: atendimento no tempo certo e com recurso adequado;
4. Apoiar a organização o fluxo regulatório de acesso aos serviços de saúde mental;
5. Agilizar o atendimento aos casos mais graves e urgentes;
6. Evitar o uso de tecnologias invasivas e/ou de alta complexidade sem a devida avaliação (ex.: internação sem indicação);
7. Qualificar o acesso ao recurso necessário de forma eficiente e equânime;
8. Normatizar a abordagem assistencial à crise em saúde mental no estado do Espírito Santo.

⁹ SESA, 2018.



3.3. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER REGULADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE SAÚDE MENTAL

As situações de urgência e emergência ou situações de crise em saúde mental contemplam várias manifestações, tais como: alterações psíquicas ou comportamentais que indiquem risco iminente à integridade física do indivíduo, pessoas em contato com o mesmo ou ao meio (auto e heteroagressividade), agitação psicomotora, ideação suicida, síndrome de abstinência, quadros agudos de ansiedade, síndromes conversivas, apatia extrema, dentre outros.

Todos os pacientes que se encontram em tratamento em saúde mental, que estão inseridos nos serviços de Atenção Primária ou Atenção Psicossocial Estratégica Especializada ou, a saber os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral nos CAPS III e AD III e que apresentarem uma das condições clínicas descritas abaixo, devem ser encaminhados preferencialmente ao seu serviço de origem.

Todo atendimento de urgência e emergência inicia-se pela avaliação e elaboração de hipóteses diagnósticas, na qual se considera toda a sintomatologia apresentada, o histórico do paciente, e os resultados de exames, quando houver. Reforça-se que o resultado é obtido após um processo de dedução por exclusão. Consiste, portanto, numa importante ferramenta para a terapêutica em saúde mental e também imprescindível para evitar a negligência de quadros orgânicos devido a uma possível confusão com transtornos mentais primários. Sendo que, quando não houver a presença de exames prévios de exclusão diagnóstica, estes devem ser solicitados pelo profissional médico que acompanha o caso.

Destaca-se que conforme determina a Política Nacional de Saúde Mental (Lei N.º 10.216, de 6 de abril 2001)¹⁰ todos os pontos de atenção dos Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (UBS, CAPS e Portas Hospitalares, PA e UPA) são responsáveis pelo manejo de qualquer crise em saúde mental, dentro de suas possibilidades e recursos disponíveis, referenciando aos pontos de maior complexidade quando não lhe for possível o manejo terapêutico ou medicamentoso adequado.

Serão atendidos em qualquer Serviço de Urgência e Emergência do Estado do Espírito Santo os usuários que apresentem risco de morte ou suicídio, agitação psicomotora, catatonia, anorexia, estando ou não sob efeito de substâncias psicoativas, sob contenção física e/ou

¹⁰ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm



química, conforme instrumento específico de estratificação de risco, conforme protocolos específicos de atendimento, e que sejam referenciados pelo:

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Corpo de Bombeiros Militar do ES (COBOM/ES);
- Rede de Atenção à Saúde da SESA/ES;
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Sistema Socioeducativo;
- Sistema Prisional.

Todo usuário do SUS que também esteja na porta por demanda espontânea, sozinho e/ou acompanhado por familiares ou populares deve ter seu atendimento garantido, através do acolhimento, classificação de risco, atendimento em saúde e encaminhamento responsável, no tempo seguro e oportuno, caso necessário, ao serviço mais adequado da rede.

Destacam-se dois grupos de situações urgências por alteração de comportamento, atendidos pela clínica geral e com necessidade de diagnóstico diferencial em saúde mental:

1. Urgências comportamentais: comportamentos de natureza emergencial de diversas patologias psiquiátricas e da personalidade ou disfunções comportamentais graves de pessoas sem diagnóstico aparente.

Várias patologias podem apresentar-se com sintomas semelhantes a uma urgência psiquiátrica, até mesmo de forma semelhante a transtornos mentais clássicos, e por tal motivo **faz-se necessário a realização do diagnóstico diferencial**, que visa distinguir duas ou mais patologias que apresentam sintomatologia semelhante.



2. Urgências cérebro-orgânicas (delirium): associadas a rebaixamento da consciência; Caracterizam por mecanismos de perturbação da consciência e alteração da cognição.

Causas mais comuns são:

- Intoxicação exógena por álcool, e outras drogas ou venenos;
- Abstinência alcoólica (delirium tremens) ou de sedativos-hipnóticos;
- Doenças cerebrais primárias (TCE, epilepsias, neoplasias, transtornos cerebrovasculares); ou
- Doenças sistêmicas afetando o cérebro (encefalopatia metabólica, infecções).

3.2.1. O Atendimento Pré Hospitalar - Unidades de Pronto Atendimento (UPA/PA) e Pronto Socorros (PS) de Hospitais de Pequeno Porte (HPP)

O SAMU tem importante papel em identificar as crises em saúde mental e funciona como regulador do processo. Após o atendimento, o paciente é encaminhado a uma unidade de saúde, seja ela **CAPS, Pronto Atendimento, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro de Hospitais Gerais. Os casos mais complexos e graves devem ser referenciados ao hospital psiquiátrico e devem ser referência para casos complexos e graves.**

O SAMU pode direcionar o paciente aos Pronto Atendimentos, Unidades de Pronto Atendimentos e Pronto Socorros, sendo que os PA atendem pequenas urgências da Atenção Primária, as UPAs são mais especializadas, possuem ao menos 4 leitos e equipamentos para manter o paciente até ter vaga no hospital referenciado e os PS são as portas hospitalares.

As Unidades de Pronto Atendimento - UPA, os Pronto Atendimentos - PA e os Pronto Socorros Hospitalares de “pequeno porte” integrantes do Sistema Estadual de Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial, devem estar aptos a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são estruturas de complexidade complexas,



posicionadas entre as unidades básicas de saúde e as unidades de saúde da família, por um lado, e as unidades hospitalares de atendimento a urgências e emergências, por outro. Eles desempenham um papel crucial na compreensão da demanda específica que se dirige aos prontos-socorros, além de atuarem como elementos organizadores dos fluxos de atendimento de urgência. As principais missões das UPAs incluem:

1. Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa de Saúde da Família não estão ativos.
2. Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade.
3. Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família.
4. Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda.
5. Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.
6. Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico- degenerativos, com a prevenção de suas agudizações frequentes).
7. Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência.

Assim, compete aos serviços de atendimento pré-hospitalar realizar a avaliação e estabilização inicial do paciente e providenciar sua transferência para os serviços de referência loco regionais, seja para elucidação diagnóstica através de exames especializados, seja para avaliação médica especializada ou internação. Após o acolhimento do paciente pela UPA, a Unidade especializada do SAMU estará liberada para prosseguir para o outro



atendimento psiquiátrico, reduzindo o tempo resposta dos atendimentos em tela com a garantia da assistência ao usuário e seu acesso ao recurso de saúde que necessitar.

Essas diretrizes reforçam o que é determinado pela Portaria MS 2048/2002, que estabelece que municípios menores devem se capacitar para acolher pacientes com urgências de natureza clínica, traumato-cirúrgica, gineco-obstétrica e psiquiátrica. Esses pacientes, sejam adultos, crianças ou recém-nascidos, devem ser avaliados e estabilizados inicialmente no município e depois encaminhados para serviços de referência na região, onde podem receber diagnósticos por meio de exames especializados, avaliação médica especializada ou internacional.

3.2.2. A preparação para a qualificação do cuidado em urgências e emergências em saúde mental

Após o acolhimento do paciente pela UPA/PA/HPP, uma equipe especializada do SAMU poderá garantir o atendimento em saúde mental, diminuindo o tempo de resposta nos serviços de urgência e emergência e evitando a sobrecarga social, a sobrecarga dos pacientes e a sobrecarga para a Secretaria de Saúde do Estado. Assim sendo, como parte do planejamento estratégico da SESA para 2024-2027 será implantado um serviço que, após o atendimento pré-hospitalar, uma equipe composta por psicólogos e/ou assistentes sociais, compartilhará informações sobre os pacientes atendidos com a atenção primária em saúde por meio do Núcleo Especial de Saúde Mental do Estado - NESAM-SAMU-192. Isso ocorrerá de maneira sistemática, conforme manual operacional a ser implantado.

O objetivo dessa ação é fornecer atendimento especializado de urgência e emergência nos serviços pré-hospitalares, garantindo acompanhamento e continuidade do tratamento integrado, para prevenir recidivas ou recorrências. Isso é particularmente importante nos atendimentos pré-hospitalares do SAMU, pois visa evitar que as crises evoluam para condições mais graves e protejam os laços familiares, comunitários e sociais do paciente.

O NESAM nasce da política de inovação do Governo do Estado do Espírito Santo, sendo motivado pela crença fundamental de que cuidar da saúde mental é essencial para o bem-estar geral da comunidade. Através de uma abordagem holística, inovação tecnológica e colaboração com a comunidade, busca-se oferecer cuidados de saúde mental de alta



qualidade para aqueles que mais precisam, impactando vidas positivamente e promovendo uma sociedade mais saudável. Foi criado com a missão de proporcionar um atendimento de excelência e acolhedor às pessoas que enfrentam crises de saúde mental e emocional, em que cada indivíduo merece cuidados de saúde mental acessíveis e de alta qualidade, para que possa viver uma vida mais saudável e significativa.

O NESAM adotará uma abordagem multidisciplinar e multidimensional, contando com uma equipe de profissionais altamente capacitados enquanto rede de atenção, incluindo psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e enfermeiros, que trabalharão em conjunto para fornecer avaliações abrangentes e tratamento personalizado como um rede sinérgica de cuidados e cooperação técnica. Utilizará tecnologias avançadas para agilizar o atendimento, incluindo telemedicina, registros eletrônicos de saúde e ferramentas de triagem para melhorar o acesso aos cuidados.

O NESAM oferecerá atendimento de emergência em saúde mental 24 horas por dia, 7 dias por semana, para pessoas de todas as idades. Além do atendimento direto, tem a proposta de oferecer treinamento para profissionais de saúde da rede pré-hospitalar como parte integrante e fundamental deste núcleo, capacitação para equipes do SAMU e programas de educação pública para promover a saúde mental na comunidade. O objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas, reduzir os índices de agravamento dos casos de sofrimento mental e minimizar os seus impactos na sociedade.

3.2.3. O atendimento hospitalar

O foco do tratamento em saúde mental, no contexto da atenção psicossocial, está no território onde os indivíduos vivem, estabelecem suas relações e têm a oportunidade de encontrar e criar recursos para fortalecer uma rede de apoio social e de saúde. Após o atendimento primário pela equipe especializada do SAMU, o paciente é encaminhado para a Unidade de Pronto Atendimento do Município, onde continuará seu tratamento. A UPA pode colaborar com unidades hospitalares de referência, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como outras instituições e serviços de saúde da região. Isso visa estabelecer fluxos de referência e contrarreferência de coesos e práticas.

De acordo com o Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - 2018, quando necessário e após uma avaliação adequada e classificação de risco, as internações em saúde mental podem ser solicitadas ao Núcleo Especial de Regulação de Internacional (NERI). O NERI faz parte da estrutura organizacional



da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA) e é responsável por regular o acesso a tecnologias de saúde, garantindo o acesso oportuno, equitativo, ordenado e racional, qualificando o fluxo regulador dos usuários do sistema de saúde de acordo com a prioridade clínica.

Conforme estabelecido pela Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), o NERI tem como objetivos organizar, controlar, gerenciar e priorizar o acesso e os fluxos assistenciais dentro do SUS. A autoridade sanitária desempenha um papel fundamental na garantia do acesso com base em protocolos, classificação de risco e outros critérios de priorização.

Ao chegar ao hospital, o paciente com quadro de saúde mental com necessidade de internação deve ser atendido pela equipe multiprofissional responsável pelos cuidados em saúde mental. No contexto da atenção hospitalar, mesmo que esse vínculo seja de curta duração, ele oferecerá maior garantia de acompanhamento nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sugeridos.

Um atendimento focalizado apenas nos sintomas simplifica e reduz a complexidade do quadro, superando a compreensão biopsicossocial abrangente. Ao abordar a crise de forma técnica e humanizada, ela pode ser vista como um potencial de mudança e transformação na vida do indivíduo.

É fundamental que os familiares também se sintam acolhidos e ouvidos, recebendo orientações relevantes sobre o tratamento, incluindo informações sobre sintomas, medicamentos, efeitos colaterais e outras necessidades fornecidas pelos pacientes.

A internação deve ser considerada como uma medida excepcional, parte de um Plano Terapêutico Singular (PTS), somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e todas as outras possibilidades de intervenção que tenham sido esgotadas. Independentemente do local de internação, seja em um leito de hospital geral, hospital psiquiátrico, CAPS III ou ADIII e a rede complementar contratualizada a internação como recurso para o manejo de crises e quadros agudos em saúde mental deve ser de curta duração, preservando os laços familiares e a inserção na comunidade.

Para garantir a proteção do usuário, conforme a necessidade de internação, a internação deve ser realizada e acompanhada de acordo com a Lei 10.216/2001, conforme os artigos:

1. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos. São considerados três tipos de



internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória.

2. A pessoa que solicitar voluntariamente sua internação ou que a consente deverá submeter uma declaração no momento da admissão, retirará sua opção por esse regime de tratamento. O termo da internação voluntária pode ocorrer por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
3. A internação voluntária ou involuntária só pode ser autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se encontra o estabelecimento. A internação involuntária deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas. A cláusula de internação involuntária pode ocorrer por solicitação escrita do familiar ou responsável legal ou por determinação do especialista responsável pelo tratamento.
4. A internação compulsória é determinada pelo juiz competente, levando em consideração as condições de segurança do estabelecimento para salvaguardar o paciente, os demais internados e os funcionários.

É importante destacar que a internação não deve, em hipótese alguma, ser utilizada como substituição de outras políticas setoriais e não deve ser considerada a única medida possível quando outros serviços no território não estão disponíveis ou são desconhecidos pelo usuário.

3.4. ABORDAGEM CLÍNICA NA ALTERAÇÃO COMPORTAMENTAL POR USO DE CONTENÇÕES

As contenções podem ser categorizadas em 02 tipos: Contenção Física/Mecânica e Contenção Química/Medicamentosa.

1. **Contenção Física/Mecânica:** Trata-se de uma medida terapêutica que envolve o uso de dispositivos manuais para limitar as ações do usuário em crise, quando esse oferece perigo para si e para terceiros, com o intuito de preservar a integridade física e moral do paciente e dos outros. Tal procedimento deve ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva. Contudo, ela **deve ser o último recurso a ser utilizado para controlar condutas violentas.**
2. **Contenção Química/Medicamentosa:** Trata-se de uma medida terapêutica na qual são usados medicamentos para controlar o comportamento ou restringir a



liberdade de movimento do usuário em crise. Esse tipo de técnica só é utilizado por prescrição médica.

Baseada nas evidências disponíveis, as seguintes recomendações foram feitas para a realidade brasileira no uso da contenção química:¹¹

- 1) o tratamento farmacológico é indicado somente após as abordagens não farmacológicas terem falhado;
- 2) a causa da agitação, os efeitos colaterais dos medicamentos e as contraindicações devem orientar a escolha do medicamento;
- 3) a via oral deve ser preferida para administração de medicamentos;
- 4) A administração intravenosa deve ser evitada; e
- 5) todos os sujeitos devem ser monitorados antes e depois da administração de medicamentos.

Uma sequência hierárquica é proposta para orientar o manejo farmacológico da agitação psicomotora:³

TABELA 01 - MANEJO DA ESCOLHA MEDICAMENTOSA NA AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Nível de Agitação	Medicação de Escolha	2ª Linha
LEVE	Lorazepam 1-2mg VO	Antipsicóticos orais
MODERADA	Midazolam 2-5 mg IM	Haloperidol 5-10 mg IM
GRAVE	Quetamina 5 mg/kg IM	Midazolam 10mg IM Haloperidol 10 mg IM

Fonte: Medicina de Emergência: abordagem prática. 15. ed. rev. atual. e ampl. Barueri [SP], Manole, 2021.

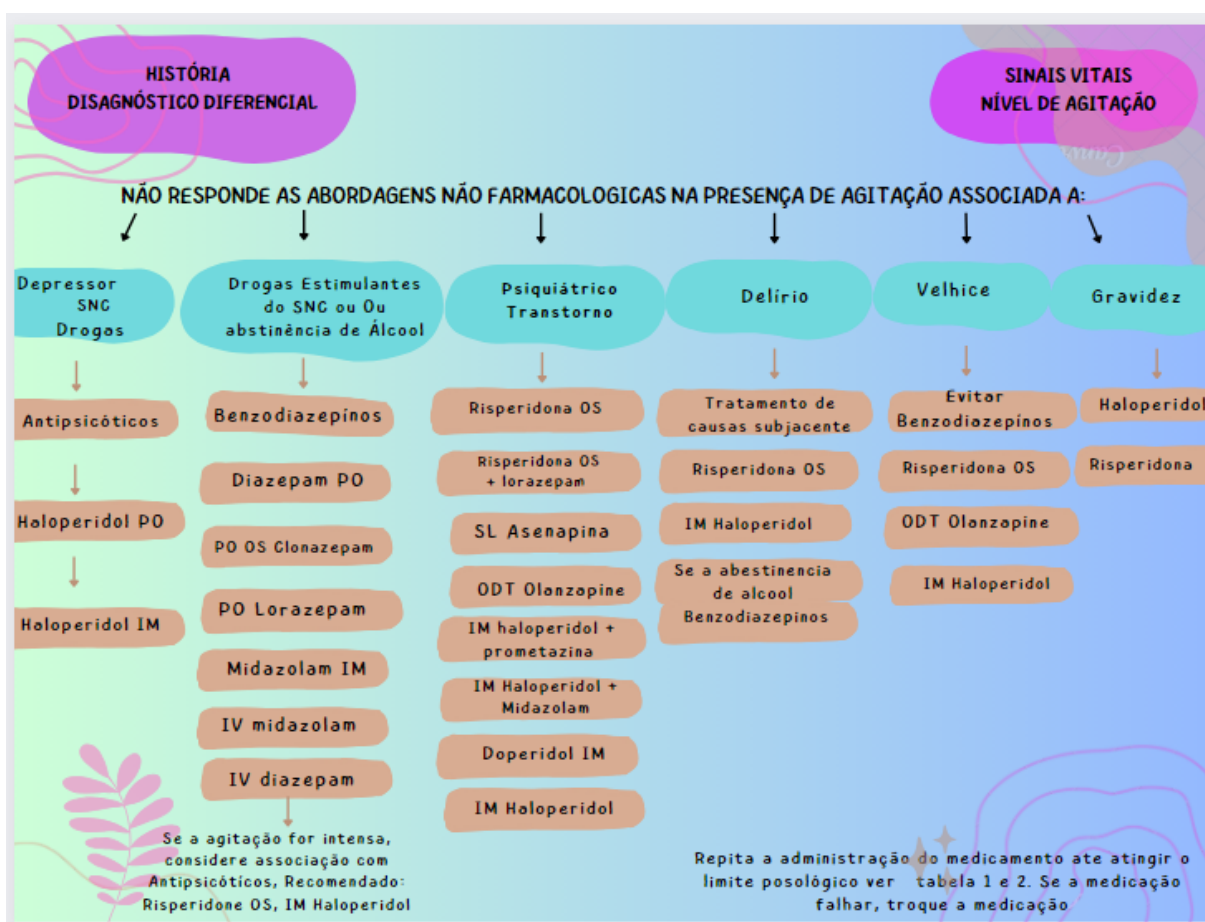
IM - intramuscular / PO - punção óssea

VO - via oral

¹¹1. Baldaçara L, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, dos Santos RM, Gomes V de P, et al.. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. **Pharmacological approach**. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2019Jul;41(4):324–35. Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0177>



FIGURA 07. MANEJO FARMACOLÓGICO NA AGITAÇÃO PSICOMOTORA



Fonte: Baldaçara L, Diaz AP, 2019; traduzido por DEMUNER, 2023.

Portanto, tendo sido esgotados todos os recursos tais como: manejo verbal-comportamental e ambiental, e persistindo comportamento heteroagressivo, autoagressivo ou com agitação psicomotora que exponha o paciente e terceiros em risco como último recurso utiliza-se a abordagem direta ou contenção física/mecânica.

Assim, a contenção física/mecânica está indicada quando, em virtude de agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros;

1. Imobilização para prevenção de quedas após sedação;
2. Alto risco de degradação do ambiente;



3. Por solicitação do próprio paciente quando houver risco de agitação psicomotora;
4. Em procedimentos como exames ou tratamentos essenciais, nos casos em que o paciente não colaborar.

Esse processo que vai da contenção física/mecânica à medicamentosa exige muita técnica por parte dos profissionais envolvidos face o alto risco de traumas físicos ao usuário e até mesmo ao profissional responsável pelo manejo. Assim, havendo a decisão da abordagem direta deve-se avaliar algumas condições:

1. A disponibilidade de materiais e medicação.
2. A potencial dificuldade do procedimento.
3. A disponibilidade de pessoas suficientes para o auxílio (mínimo de três pessoas, máximo de sete pessoas).
4. A definição do líder do procedimento (profissional com experiência nesse manejo)
5. A compreensão das orientações do líder pelos profissionais envolvidos.

A Resolução nº 1952/2010 do CFM – que trata das diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil – sinaliza que a indicação e a **prescrição de contenção física ao paciente psiquiátrico compete ao médico.**

As contenções devem ser realizadas por equipes treinadas (saúde e segurança), e com técnica adequada. É importante atribuir o mesmo valor à contenção tal como as demais técnicas que são utilizadas no trabalho em saúde. A Resolução nº 1952/2010 do Conselho Federal de Medicina – que trata das diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil - sinaliza que a indicação e a prescrição de contenção física ao paciente psiquiátrico compete ao médico. Porém, caso a instituição de saúde mantenha protocolo instituído e atualizado, cabe ao enfermeiro decidir e comunicar, após a chegada do médico, as abordagens utilizadas, incluindo a retirada de contenção física previamente adotada.

A equipe mínima para a abordagem direta é de três pessoas, sendo que ao menos um deve ser um profissional de saúde e ao menos 2 devem ter treinamento em imobilização e contenção. Caso a equipe de saúde não seja suficiente para compor a equipe de abordagem direta, pode ser auxiliada por membros dos órgãos de segurança ou pessoas da comunidade.

Policiais, corpo de bombeiros e pessoas da comunidade não devem realizar



imobilizações ou contenção sem a participação e coordenação de profissionais de saúde. A abordagem de pessoas possivelmente armadas deve ser feita por força policial, com envolvimento imediato e subsequente da equipe de saúde. O mesmo se aplica a pessoas em locais de risco, que devem primeiro ser resgatadas pelo corpo de bombeiros.

São recomendados como critérios para o dimensionamento da equipe:

1. **Baixo grau de dificuldade:** pessoas desvitalizadas, idosos e indivíduos de baixo peso (40 kg ou menos, incluindo crianças) – **mínimo de 3 pessoas.**
2. **Moderado grau de dificuldade:** pessoas eutróficas com grande prejuízo do pragmatismo ou em delirium — **mínimo de 5 pessoas.**
3. **Alto grau de dificuldade:** Pessoas de porte atlético ou em segunda tentativa de imobilização — **mínimo de 7 pessoas.**

Passo a passo do procedimento de contenção física/química e medicamentosa:

Profissionais e posicionamento da equipe: São necessários cinco profissionais, correspondendo à distribuição deles em relação às partes do corpo a serem contidas. A técnica deve ser aplicada antes que o indivíduo tome a iniciativa de concretizar a agressão. Deve-se avaliar a situação do local, histórico do sujeito, riscos inerentes, local adequado para o posicionamento, a abordagem do indivíduo com a imposição de limites, a avaliação do quadro psicopatológico, a tomada de decisão e a comunicação da equipe para realizar a contenção física. (SESA:2018)

Passos para a imobilização: A imobilização é o procedimento de restrição manual dos movimentos do paciente, visando com isto realizar a contenção física subsequentemente. Ao realizar esse procedimento um dos membros da equipe não deverá participar da imobilização e se ocupar da contenção física no momento imediato em que a imobilização for minimamente estável. Quando o objetivo é realizar a contenção física, a forma final da imobilização deve sempre levar o paciente ao decúbito.

A imobilização deve ser realizada sobre locais específicos do corpo, a saber:

1º Punhos, 2º Ombros, 3º Terço distal da coxa, 4º Terço proximal da perna.



1. Os membros superiores são a primeira prioridade de imobilização. São necessárias ao menos duas pessoas para o manejo dos membros superiores.
2. No primeiro movimento da abordagem, com o paciente em pé, os imobilizadores devem segurar o punho, com tração para baixo, e o braço, posicionando-se ao lado e em direção contrária ao indivíduo. O paciente deve ser levado ao chão, se possível imediatamente, ou sobre um leito ou contra um anteparo firme.
3. Para a passagem ao chão, após o sinal do líder, os imobilizadores devem desequilibrar a base de apoio dos membros inferiores fazendo contraposição posterior dos mesmos, devendo um terceiro imobilizador dar apoio e proteção ao dorso e a cabeça.
4. Se inicialmente imobilizado em anteparo, os imobilizadores livres abordarão os membros inferiores pelos joelhos para levar o indivíduo ao chão.
5. Uma vez em decúbito dorsal, os braços devem ser mantidos em posição supina e um pouco afastados do corpo e deve-se fazer apoio sobre os ombros.
6. Se houver um imobilizador canhoto, este deve ficar do lado esquerdo do paciente. O punho direito do paciente deve ser imobilizado pela mão direita do imobilizador, ficando a esquerda com o apoio do ombro, e o inverso para o membro superior esquerdo (diagrama 1). (PARANÁ:2015)
7. É frequentemente necessário cobrir a mão do paciente com uma faixa.

DEVE-SE EVITAR A TODO CUSTO DERRUBAR O INDIVÍDUO AO CHÃO DEVIDO AOS RISCOS DE FRATURA DOS OSSOS E POR CONFIGURAR UM ATO DE AGRESSÃO.



Imobilização com baixo grau de dificuldade

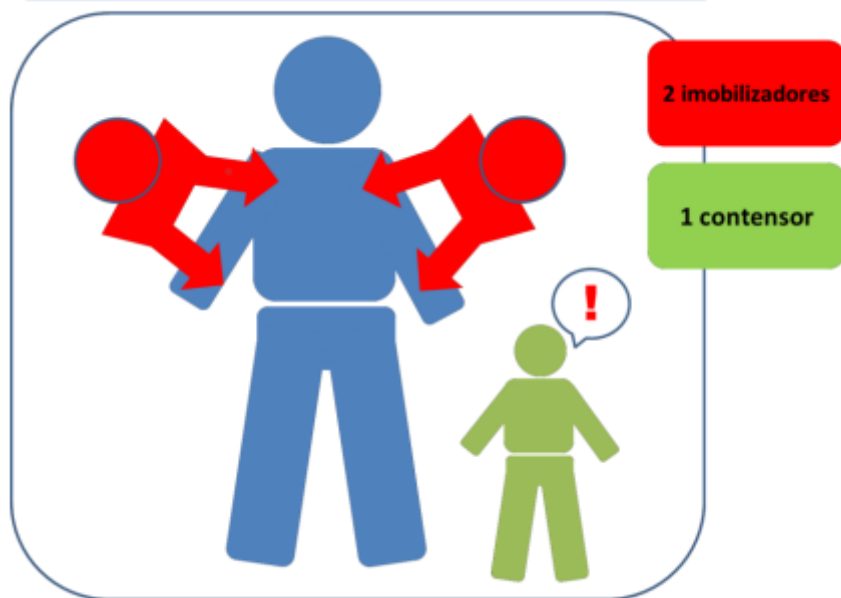
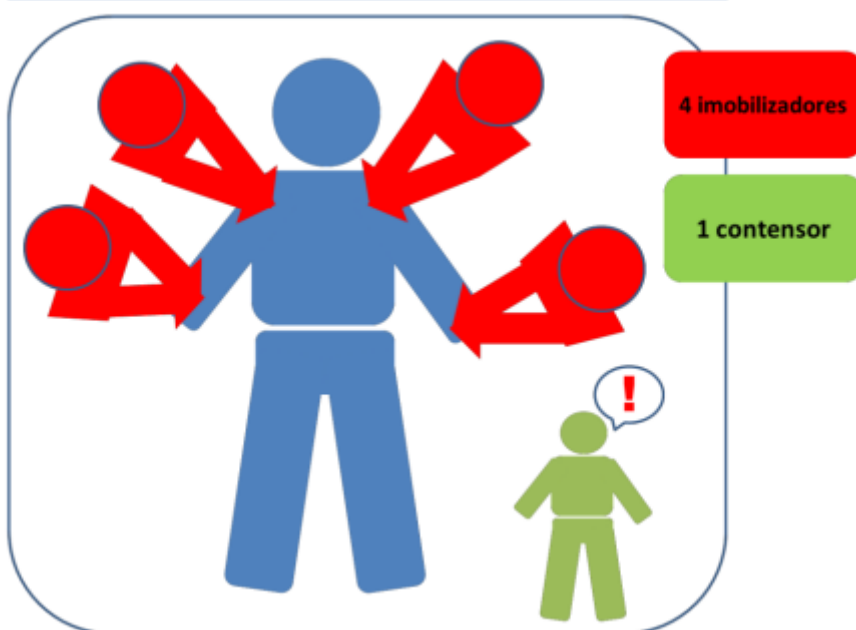


Diagrama 1

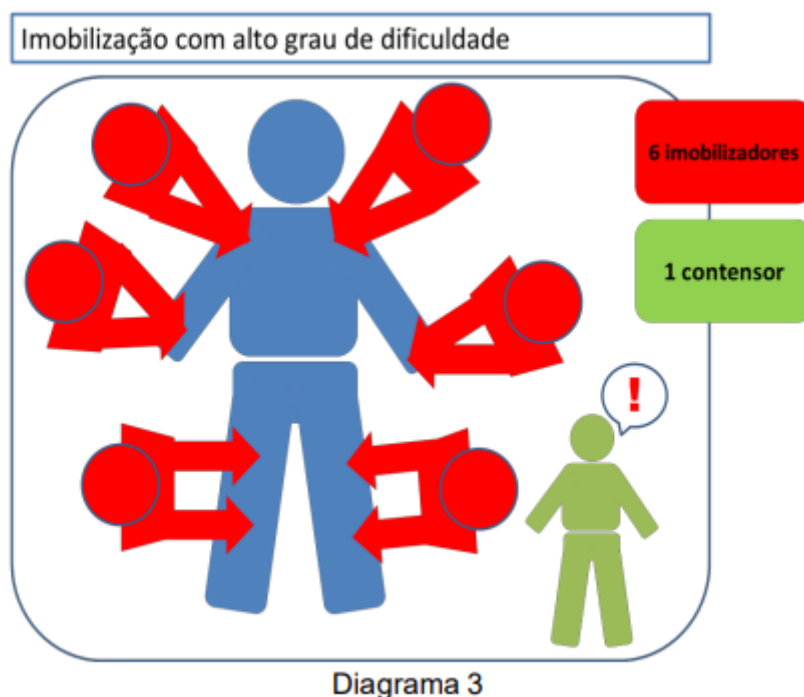
Quando a imobilização se revelar instável, os imobilizadores devem se concentrar nos punhos e pedir dois outros imobilizadores para os ombros (diagrama 2)

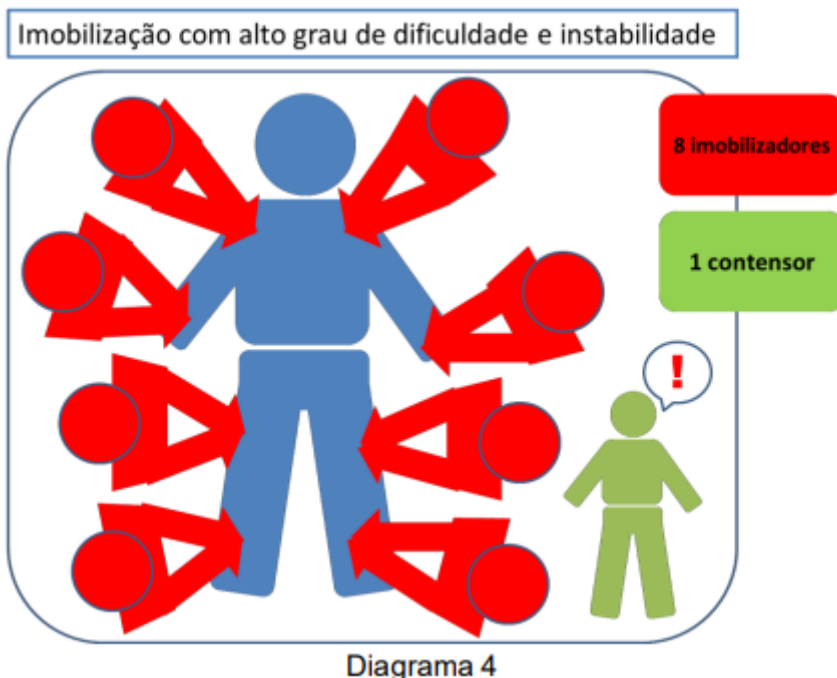
Imobilização com moderado grau de dificuldade





Em graus ainda maiores de dificuldade, mais dois imobilizadores devem apoiar firmemente o terço distal das coxas e proximal da perna, evitando pressionar o joelho (Diagrama 3), e, em situação de instabilidade, devem se concentrar no terço distal da coxa e solicitar dois imobilizadores para o terço proximal da perna (Diagrama 4)





Em todas as condições, um indivíduo extra deve ficar livre para realizar as contenções, começando pelos membros superiores, liberando assim os imobilizadores mais experientes primeiro. Não sendo possível estabilizar a imobilização, o líder deve interrompê-la e readequar a dimensão ou a composição da equipe

Indicações para Uso de Contenção Física/Mecânica:

1. Prevenir ou interromper danos físicos iminentes a outros, especialmente a equipe.
2. Prevenir ou interromper danos físicos ao próprio paciente.
3. Prevenir ou interromper danos materiais.
4. Interromper a agitação psicomotora quando esta for obstáculo absoluto para o atendimento do paciente.

Pacientes contidos devem ser continuamente observados e entendidos como pacientes em estado crítico. A maioria das iatrogenias associadas à mortalidade em psiquiatria ocorre em pacientes em contenção.

- Os materiais utilizados nas contenções físicas devem ser de tecido largo,



preferencialmente não elástico e devem ser resistentes.

- O corpo deve ficar acessível ao exame físico e deve ser possível fazer acessos venosos.

Deve-se utilizar técnica que evite o garroteamento dos membros para profilaxia das lesões vasculares ou nervosas.

- Membros superiores e inferiores podem ser contidos em enfaixamento em espiral, separadamente. As pontas das faixas devem ser ancoradas com mínima folga possível em local de amarração que esteja próximo.
- Caso necessário, faixas diagonais podem ser apoiadas sobre a superfície anterior dos ombros(diagrama 5).
- Tábuas de transporte constituem um excelente material de base para a contenção física, por contarem com diversos locais de apoio para a amarração das faixas.
- Quando o paciente contido é colocado em macas de urgência estas devem ser abaixadas ao nível do chão pois há risco de quedas. (PARANÁ:2015)



Contenção: posição das faixas contensoras

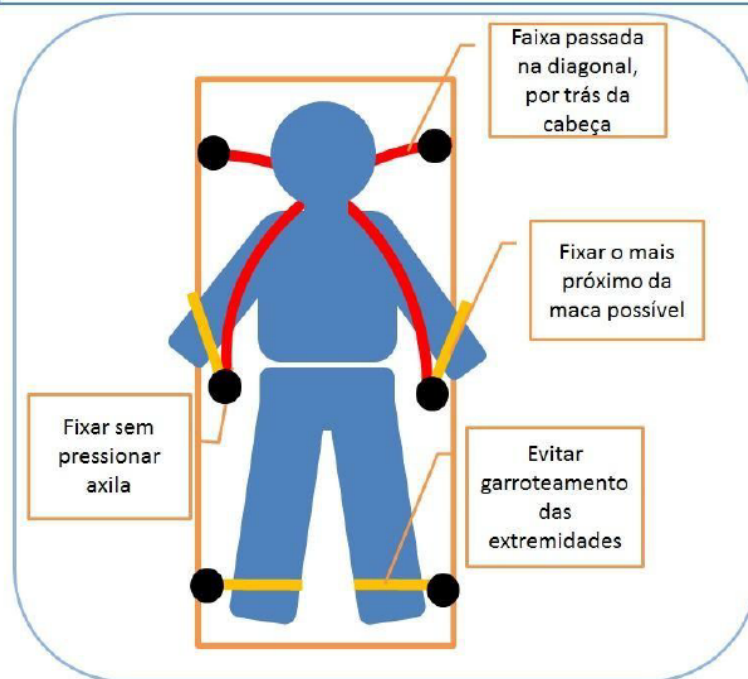


Diagrama 5 – Exemplificação da localização e cuidados com as faixas contensoras.

3.2.1. Cuidados com a contenção física

1. A contenção mecânica deve ser realizada por uma equipe de 3 a 5 pessoas:
2. Realizada a contenção, explicar para o paciente e seus familiares os comportamentos que tornaram necessária a intervenção.
3. **Explicar o procedimento, a finalidade e o período de tempo da intervenção para o paciente e seus familiares, em termos compreensíveis.**
4. **Explicar ao paciente e seus familiares os comportamentos necessários para o término da intervenção.**
5. Monitorar a resposta do paciente ao procedimento.
6. Manter as contenções fora do alcance do paciente.



7. Oferecer conforto psicológico ao paciente.
8. Monitorar a condição da pele nos locais de contenção.
9. Monitorar cor, temperatura e sensação frequentemente nas extremidades contidas.
10. Posicionar o paciente de modo a facilitar o conforto e evitar aspiração orotraqueal e ruptura da pele.
11. Avaliar em intervalos regulares (30 minutos) a necessidade do paciente
12. da continuidade da intervenção restritiva.
13. Retirar contenções gradualmente, à medida que o paciente deixa de forçá-las.
14. Registrar em Prontuário a razão para a intervenção, condição física do paciente, medicações e seu horário, e cuidados de enfermagem oferecidos durante toda intervenção e o motivo para o término da intervenção. (PARANÁ:2015).

3.2.2. Observação intensiva

A observação intensiva é necessária em todas as urgências de primeiro e segundo nível. Serve para monitorar os comportamentos que constituem risco e determinar a necessidade de contenção física ou medicamentosa no momento adequado. **Aliado a isto, o simples fato de estar sendo observado por alguém reduz o risco de suicídio intensamente**, sendo à base da intervenção de enfermagem nesse tipo de comportamento.

O procedimento de observação intensiva pode ser realizado no domicílio, em unidade de urgência ou em ambiente hospitalar. Segue abaixo algoritmo para a realização da observação intensiva:

1. Informar ao paciente a necessidade de acompanhamento contínuo, de que ele colabore com o acompanhante, permaneça ao alcance da observação do mesmo, não saia do local nem tranque portas.
2. Disponibilizar acompanhantes cientes das regras acima.
3. Organizar revezamento de acompanhantes em períodos definidos.

Para ser possível realizar observação intensiva é necessário que as seguintes condições sejam preenchidas:



1. Que o paciente seja colaborativo e aceite as condições da observação.
2. Que as pessoas envolvidas saibam a razão da observação e entendam o
3. risco comportamental que afeta o paciente.
4. Que haja número suficiente de pessoas disponíveis para um revezamento contínuo.

3.2.3. Quando realizar a contenção química/medicamentosa

A Contenção química/medicamentosa é o objetivo final da intervenção direta. Enquanto tanto a imobilização quanto a contenção física são instáveis e transitórias a contenção medicamentosa é permanente e progressivamente mais eficaz.

No primeiro momento em que o paciente estiver estável deve ser feita a aplicação da medicação, de preferência por via intramuscular.

Estará indicado em todos os casos de delirium, em todas as urgências onde for necessário realizar a imobilização e a contenção física e naquelas urgências em que o paciente encontra-se agitado ou agressivo, porém não foi necessária a imobilização.

A **medicação de escolha** para realização da contenção medicamentosa é o **HALOPERIDOL**, um antipsicótico típico que age através do bloqueio altamente seletivo dos receptores tipo 2 da dopamina. Seu efeito “cataleptico”, gerando oligocinesia, hipertonia/rigidez é o objetivo da contenção medicamentosa. Apresenta ação gradual e lentamente progressiva.

O haloperidol encontra-se disponível em forma injetável para via Endovenosa - EV ou Intramuscular - IM na dose de 5 mg por ampola, podendo ser repetido a cada 30 minutos se necessário. Suas principais vantagens como droga contensora são:

1. Ação seletiva;
2. Preservação da reatividade consciente;
3. Baixa repercussão clínico-sistêmica;
4. Ausência de efeito bloqueador alfa 1 adrenérgico (hipotensão); e
5. Baixo potencial quinolínico (risco arritmogênico).

As fenotiazinas (anti psicóticos típicos de baixa potência) são contra indicadas devido seus



riscos específicos e a necessidade de múltiplas doses, o que aumenta ainda mais o risco de efeitos colaterais.

- **Clorpromazina:** O hipotensão e arritmogenicidade;
- **Levomepromazina:** o delirium, hipotensão e arritmogenicidade; e
- **Prometazina:** o delirium e baixa contenção motora.

Os Benzodiazepínicos são opções para a contenção química /medicamentosa devido a uma urgência psiquiátrica, o que alivia o desconforto da contenção física. Para auxiliar na contenção química/medicamentosa do Haloperidol e com o intuito de aliviar o desconforto do paciente que estará em contenção física, sendo descartada alterações neurológicas, orienta-se utilizar os benzodiazepínicos, pois eles aumentam a eficiência de inibição neuronal do GABA; agem, portanto, de forma indireta. Apresentam como vantagens como drogas contensoras:

- Rápido início de ação;
- Proporcionam relaxamento muscular predominantemente estriado;
- Ação ansiolítica;
- Deprime moderadamente a atividade bulbar; e
- Baixa repercussão hemodinâmica.

Como opção de benzodiazepínico há duas propostas disponíveis:

- **Midazolam:** disponível em apresentação injetável 15 mg/3 ml, 5 mg/5 ml, 50 mg/10 ml (usado em anestesia); meia vida curta (aproximadamente 2 horas);
- **Diazepam:** Apresentação injetável de 5 mg pouco hidrossolúvel precipita mais em Solução Glicosada Endovenosa (SG-EV) proporciona alto pico de concentração inicial (maior risco de depressão respiratória) com declínio regular e previsível; Intramuscular (IM) absorção mais errática, meia vida longa, múltiplos metabólitos.

Apenas na **SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA AO ÁLCOOL E DEPRESSORES:** diazepam 20 mg (EV) lento, repetir a cada 30 minutos até a sedação ou melhora da agitação e dos sinais físicos. Deve-se evitar o uso de barbitúricos devido sua maior probabilidade de causar depressão bulbar (depressão respiratória) e de causar delirium. Também não deve ser usado os opióides, pois causam delirium, baixo relaxamento muscular, vômitos, perda do reflexo da tosse.¹²

¹² PARANÁ:2015.



3.2.4. Conduta em casos de paciente com agitação psicomotora e de porte e posse de arma de fogo ou branca

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. **Em caso de presença de objetos que possam ser utilizados para agressão ou autoagressão, informar o médico regulador para solicitar apoio da autoridade policial e do Suporte Avançado de Vida- SAV (quando disponível).**
3. Na presença do apoio tentar negociar com o paciente a entrega/abandono do objeto, exceto na presença de arma de fogo.
4. **Na presença de armas de fogo ou nos casos de resistência à entrega/abandono do objeto, a autoridade policial assumirá a mediação.**
5. Após o desarme, não havendo SAV disponível, **conter fisicamente** o paciente (**Protocolo BP27**) e avaliar a necessidade de acompanhamento policial dentro da ambulância.

3.2.5. Conduta em paciente com agitação psicomotora e desarmado

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Abordar a cena conforme protocolo de manejo da crise (Protocolo BC28).
3. Demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar, na tentativa de tranquilizá-lo.
4. Ouvir atentamente o que o paciente tem a dizer, incluindo sua linguagem corporal.
5. Utilizar frases curtas e simples e repetir propostas.
6. Identificar um parente, amigo, ou profissional preferencialmente indicado pelo paciente, que possa oferecer suporte e negociar as necessidades de apoio e as formas de lidar com a situação.



7. Perguntar o que está acontecendo que possa estar causando a agitação, tentando associar o estado de agitação a quatro situações:
 - **Raiva** - hostilidade, fala exaltada, tensão muscular, etc.;
 - **Euforia** – hiperatividade, verborreia, ideia de grandeza, insônia, etc.;
 - **Medo** – atitude de desconfiança, sensação de ameaça, etc.; e
 - **Confusão mental** – desorientação, discurso incoerente, etc.
8. **Investir na conversa com alguém agitado é uma estratégia potente para a redução da agitação**, mesmo não havendo resposta verbal do paciente. Contudo, é importante períodos de silêncio a fim de possibilitar a expressão do paciente e evitar que a estratégia da fala se torne evento estressor.
9. Ofertar opções para que o paciente possa escolher, mantendo postura firme e segura para negociar limites, sem desafiá-lo, nem confrontá-lo.

4. CRISE EM CATÁSTROFES E DEFESA CIVIL

As catástrofes que exigem o apoio da defesa civil nas ações do Complexo Estadual Regulatório e incluem uma gama de eventos, como inundações, avalanches, incêndios e acidentes com um grande número de vítimas. Em tais situações de crise, é possível que surjam sofrimentos que exijam socorro imediato, especialmente entre as pessoas vulneráveis que se encontram em cenários complexos e angustiantes.

Algumas vítimas podem não apresentar sintomas imediatos durante um evento de crise, como uma catástrofe natural ou um acidente grave. No entanto, podem desenvolver sequelas graves, como transtornos de estresse pós-traumático, a longo prazo. Programas integrados de defesa civil têm o potencial de intervenção de forma preventiva em desastres coletivos, com o objetivo de evitar ou minimizar essas sequelas.

Esses programas geralmente oferecem apoio emocional aos afetados de maneira empática e não invasiva. Eles também empregaram estratégias de enfrentamento adaptativas por meio de protocolos de Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) ou protocolos de incidentes críticos. Um exemplo concreto desse tipo de intervenção ocorreu em Santa Catarina, após um



período de enchentes e inundações. Nesse contexto, uma cartilha desenvolvida pela Associação Brasileira de Psiquiatria tem sido um recurso valioso para orientar as intervenções junto às populações afetadas.

Destaca-se o termo "terrorismo infantil" que se refere a comportamentos extremamente perturbadores e específicos para adolescentes, que podem incluir violência física ou emocional direcionada a outras crianças, adultos, ou até mesmo a si mesmas. Esses comportamentos são uma fonte de grande preocupação e impedem uma intervenção urgente em saúde mental para entender as causas subjacentes e fornecer apoio adequado à criança envolvida. Violência física: Comportamentos agressivos, como bater, morder, chutar ou ferir deliberadamente outras crianças ou adultos.

- Violência verbal: Uso de ameaças, palavras agressivas e intimidantes para atacar verbalmente os outros.
- Destruição de propriedade: Danificar exclusivamente objetos pessoais ou pertencentes a outras pessoas.
- Autolesão: Comportamentos de automutilação, como cortes, queimaduras ou espancamentos.
- Isolamento social: recusa-se a interagir com colegas, familiares ou amigos.
- Comportamento anti-social: Participação em atividades delinquentes, como roubo, vandalismo ou comportamento cruel com animais.
- Comportamento sexual inapropriado: Exibição de comportamento sexual inapropriado para a idade.

A abordagem e o encaminhamento adequado de crianças que apresentam comportamento perturbador em situações de atendimento pelo SAMU ou em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) deve ter como foco identificar e intervir precocemente em casos de comportamento que envolvam violência física ou emocional, autolesão, destruição de propriedade, isolamento social, comportamento anti-social, comportamento sexual inapropriado, entre outros, a fim de garantir o apoio necessário e promover o bem-estar da criança.

O SAMU e os prontos-socorros desempenham um papel crucial no rastreamento e encaminhamento adequado de crianças que apresentam comportamentos perturbadores. Profissionais de saúde, incluindo psicólogos e psiquiatras, podem avaliar essas crianças,



oferecer apoio emocional e desenvolver um plano de tratamento personalizado. O objetivo é entender as causas subjacentes e fornecer procedimentos terapêuticos, terapia familiar e apoio à saúde mental, promovendo o bem-estar e a recuperação dessas crianças. A colaboração entre os serviços de emergência, profissionais de saúde mental e serviços sociais é essencial para garantir que essas crianças recebam o suporte necessário para um futuro mais saudável e feliz.

5. A AVALIAÇÃO E A ESCOLHA DO TRATAMENTO

A escolha do tratamento decorre de uma trilha de decisões, expressa, geralmente, em quatro fases:

1. **Fase de avaliação:** avaliação do quadro clínico em termos de agitação atual, níveis de auto e heteroagressão, anamnese e coleta de histórico informando-se de tratamentos anteriores, fatores ambientais e de desencadeamento, avaliação clínica global (sinais vitais e exame físico). Em hospital, alguns casos poderão demandar a realização de exames laboratoriais ou instrumentais (ECG, por exemplo).
2. **Fase de diagnóstico:** montagem das hipóteses e comparação dos diagnósticos diferenciais.
3. **Fase de definição de tratamento.** A tranquilização rápida tem como princípio gerar uma calma ao paciente, sem obrigá-lo a dormir
4. **Fase de avaliação dos primeiros resultados e definição do monitoramento:** varia de acordo com tratamento escolhido e as condições clínicas do paciente, visando a aplicação do programa terapêutico e o possível uso da mesma droga, ou de outros tratamentos, se a resposta não foi adequada

O diagnóstico diferencial é um ponto chave na escolha do tratamento. Alguns medicamentos servem para prevenir mais de uma síndrome. Outros são específicos. No algoritmo decisional seguinte há quatro áreas diferenciais básicas, no diagnóstico e tratamento das urgências ou emergências de problemas comportamentais psiquiátricos:

1. A agitação associada a quadros de delirium, sem e com suspeita de síndrome de abstinência por álcool ou por benzodiazepínico;
2. A agitação por intoxicação, devida a estimulantes ou a depressores do sistema



nervoso central;

3. A agitação por quadro psicótico, em paciente com história de transtorno mental (surto em doença do espectro esquizofrênico, ou crise maníaca);
4. As agitações indiferenciadas ou por quadros complexos, com ausência e com presença de sintomas psicóticos evidentes.
5. A medicação de escolha, na maior parte dos casos, baseia-se no quadro sindrômico abaixo

Os procedimentos de suporte de vida devem levar em conta o fato de que muitas vezes há mescla de drogas utilizadas pelo paciente, algumas não identificáveis. Em caso de delirium ou de intoxicação, deve-se entrar em contato com o CIATox e seguir os protocolos clínicos próprios.

Dependendo do quadro, devem ser seguidos os protocolos clínicos específicos: delirium, álcool etílico, cocaína e derivados, sedativos e hipnóticos, alucinógenos, solventes voláteis, anfetaminas, opiáceos, esquizofrenia; psicoses agudas e transitórias; transtornos afetivos bipolares monopares maníacos e hipomaníacos; transtorno de ansiedade generalizada, pânico transtornos dissociativos, conversivos e outros, intoxicações geradoras de síndrome colinérgica, intoxicações geradoras de síndrome anticolinérgica, intoxicações geradoras de síndrome simpaticomimética, intoxicações geradoras de síndrome narcótica, intoxicações por lítio, tentativas de suicídio, efeitos colaterais de psicofármacos, agressividade, etc.

5.1. LISTA DE MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS NAS URGÊNCIAS

Alguns medicamentos devem estar sempre disponíveis na unidade de urgência, contemplando medicamentos usados na primeira abordagem dos pacientes graves e também sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, uma vez que alguns pacientes poderão permanecer nestas unidades por um período de até 24 horas ou, excepcionalmente, por mais tempo se houver dificuldade para uma internação hospitalar indicada. Os antídotos serão indicados pelo CIATox, conforme protocolo específico.

Grifando-se os mais usados nos quadros psiquiátricos, a lista mínima abrange os seguintes medicamentos:



Adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, amitriptilina, ampicilina, atropina, bicarbonato de sódio, biperideno, brometo de ipratrópio, bupivacaína, captopril, **carbamazepina**, carvão ativado, cefalexina, cefalotina, cetoprofeno, clister glicerinado, **clordiazepóxido**, cloridrato de **clonidina**, cloridrato de hidralazina, cloreto de potássio, cloreto de sódio, **clorpromazina**, clorafenicol, codeína, **complexo B injetável**, deslanosídeo, dexametasona, **diazepam**, diclofenaco de sódio, digoxina, dipirona, enalapril, escopolamina (hioscina), **fenitoína**, **fenobarbital**, fenoterol bromidrato, **flumazenil**, furosemida, gentamicina, glicose isotônica, glicose hipertônica, gluconato de cálcio, **haloperidol**, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, manitol, meperidina, metildopa, metilergometrina, metilprednisolona, metoclopramida, metoprolol, **midazolam**, nifedipina, nistatina, nitroprussiato de sódio, óleo mineral, omeprazol, oxacilina, paracetamol, penicilina, **prometazina**, propranolol, ranitidina, ringer lactato, sais para reidratação oral, salbutamol, soro glico-fisiológico, **soro fisiológico**, **soro glicosado**, sulfadiazina prata, sulfametoxazol+trimetoprima, sulfato de magnésio, **tiamina (vitamina B1)**, tramadol, tobramicina, colírio, verapamil, vitamina K.

CONSULTA



6. REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO - NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO (NERI)

As questões de saúde mental frequentemente são condições crônicas que requerem atendimento no sistema contínuo de saúde, abrangendo diferentes níveis de complexidade e implicações à integralidade da atenção. Ao longo do tempo, essas condições podem agravar-se, exigindo instruções específicas e imediatas, muitas vezes envolvendo outros pontos de atenção além daqueles já envolvidos no acompanhamento contínuo.

A estratificação de risco em saúde mental é uma ferramenta essencial para auxiliar na tomada de decisões clínicas, permitindo que uma equipe identifique as necessidades de cuidado da pessoa e, assim, forneça os recursos necessários no momento e localmente adequados. O protocolo de regulação em saúde mental no âmbito do Núcleo Especial de Regulação de Internacional (NERI) segue os seguintes conceitos:

- **NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO - NERI:** Espaço institucional da Secretaria de Saúde Estadual, responsável pela regulação do acesso ao recurso leito hospitalar. O gerenciamento das informações é feito por um sistema de informação operacional de acesso via web (MV Regulação), atualizado conforme as informações fornecidas pelos usuários solicitantes e executantes e profissionais reguladores.
- **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS:** Unidades municipais responsáveis pelo transporte sanitário.
- **UNIDADES SOLICITANTES:** São os estabelecimentos de Saúde que solicitam o serviço de internação, a saber: Hospitais, Pronto Atendimento, UPAs, Pronto Socorro, CAPS e Unidades da Atenção Primária de Saúde, de acordo com pactuações da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- **UNIDADES EXECUTANTES:** São definidas como os estabelecimentos de saúde que ofertam seus serviços ao SUS, realizando internações em leitos próprios disponibilizados à Regulação de Internação.
- **REGULAÇÃO MÉDICA:** Ato médico de identificar e controlar o acesso dos usuários aos diferentes serviços de saúde, tanto em caráter de urgência quanto eletivo.
- **LEITO DE INTERNAÇÃO:** Recurso físico limitado, existente em estabelecimento executante, que compõe a grade de informação do sistema de regulação,



habitualmente utilizado para internação, liberado no sistema a partir da alta de um usuário.

- **MV REGULAÇÃO** - sistema operacional de regulação. O acompanhamento do andamento das solicitações pode ser feito por meio da coluna “status” no grid de solicitações pendentes.

Uma solicitação pode ter os seguintes status:

1. **Em digitação:** está havendo inserção ou cadastro de informações.
2. **Aguardando Regulação:** quando a solicitação está aguardando definição da necessidade clínica ou do tipo de leito pelo NERI.
3. **Aguardando confirmação:** quando o NERI já identificou leito disponível em executante adequado para a solicitação, estando já na tela do executante para que a solicitação possa vir a ser aceita ou rejeitada.
4. **Aguardando esclarecimento:** quando o médico regulador - NERI necessita de alguma informação imediata para definição do recurso devido à regulação da vaga.
5. **Rejeitado:** quando o médico regulador - NERI retorna a solicitação quando há alguma informação relevante pendente, ou por mais de 7 dias sem atualização de quadro clínico, ou ainda quando a solicitação não possa ser adequadamente tratada pela Central de Regulação de Internação.
6. **Reserva confirmada:** ação do hospital executante quando aceita a solicitação de internação.
7. **Aguardando remoção:** ação do solicitante depois de confirmada a liberação do leito, trata-se apenas de uma atualização de status no sistema operacional de regulação. O transporte deverá ser realizado pela Secretaria Municipal de Saúde.
8. **Em trânsito:** ação do solicitante quando o paciente já está se deslocando para o hospital executante.
9. **Internado:** ação do hospital executante quando o paciente já está internado no leito.
10. **Alta:** ação do hospital executante quando o paciente está de alta pelos seguintes motivos: óbito, evasão, administrativa, transferência, melhorada. Esta alteração no



- status libera o recurso para ser utilizado por outro usuário.
11. **Pacientes ADULTOS:** Pessoas candidatas a leitos adultos, com idade a partir de 18 anos completos
 12. **Pacientes INFANTO-JUVENIS:** Pessoas candidatas a leitos infanto-juvenis, com idade até 18 anos incompletos.
 13. **Cancelado:** ação do solicitante quando o paciente não necessita mais de transferência.

Para regulação da internação em saúde mental, adota-se os seguintes protocolos:

- Casos classificados como **AMARELO**, **VERDE** ou **AZUL** - Recomenda-se encaminhados/manejo pelos serviços equipes dos territórios de origem dos pacientes - como Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS, ERSM, Ambulatórios de Saúde Mental -, devendo estes serviços responsabilizar-se pelo acompanhamento continuado dos mesmos.
- Casos classificados como **VERMELHO, COM RISCO GRAVE**, são tempo dependentes e necessitam atendimento prioritário clínico e/ou especializado imediato. Portanto deverão ser prontamente encaminhados à RUE (UPA/SAMU/PS/PS PSIQUIÁTRICO/ETC).
- Casos classificados como **LARANJA**, em que **EXISTE RECOMENDAÇÃO DE INTERNAÇÃO MAS NÃO HÁ RISCO IMEDIATO À VIDA**, portanto existe mínimo suporte social e clínico para aguardar disponibilização de leito em rede credenciada. Recomenda-se cadastro em tela MV Saúde Mental com laudo médico circunstanciado, avaliação clínica, exame físico e avaliação psicopatológica **RECENTES (60 dias)**, mantendo atualizações semanais.

São critérios para cadastro/ inserção do paciente no sistema MV REGULAÇÃO: Pacientes devem ser atendidos nos pontos de atenção da RAS e, após estratificação, caso elegíveis para regulação de internação eletiva via NERI, devem ser inseridos no MV Regulação - SAÚDE MENTAL para permitir prosseguimento no processo regulatório. Os pacientes serão estratificados e regulados para o leito mais adequado ao perfil individual, de acordo com a Classificação de Risco em Saúde Mental e disponibilidade de leitos na Rede.

São critérios para cadastro/ inserção do paciente no sistema para REGULAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: O cadastro deve conter dados mínimos necessários à regulação, dados de



Anamnese, Exame Físico, Exame Psíquico, Hipótese diagnóstica e conduta estabelecida; as comorbidades clínicas, e as medicações em uso também devem ser descritas no cadastro inicial.

1. A regulação do leito será realizada mediante apresentação de laudo médico circunstanciado atual, conforme previsto nos Artigos 4º e 6º da Lei Federal 10.216 de 2001, Resolução CFM 2.057 de 2013; Portaria da SESA N90-R de 13/10/2014 e Parecer do CRM-ES 02/2022.
2. O Cadastro inicial deverá ser realizado pela Unidade Solicitante e deverá conter em anexo LAUDO MÉDICO circunstanciado carimbado e datado, contendo HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (CID-10) e definição de necessidade de internação (VOLUNTÁRIA ou INVOLUNTÁRIA), a partir de avaliação presencial pelo profissional médico.

6.1. ATUALIZAÇÃO DE QUADRO CLÍNICO

A manutenção dos cadastros aguardando disponibilidade de vagas é condicionada à sua atualização clínica realizada a cada 7 dias. Na evolução deve constar data da avaliação e identificação do profissional que a realizou.

As Unidades Solicitantes são responsáveis por cadastrar e monitorar suas “telas de solicitantes” do MV Regulação, atualizando o quadro clínico dos pacientes cadastrados a cada 7 (sete) dias ou sempre que necessário, a partir de encontro presencial com o paciente

Para atualização do quadro de saúde, será necessário inserir as seguintes informações:

1. **PSIQUIÁTRICO:** Quadro psicopatológico atual (súmula); medicações em uso.
2. **QUADRO CLÍNICO GERAL:** Anamnese, exame físico atual.



6.2. MUDANÇA DE QUADRO CLÍNICO

A qualquer momento os pacientes podem deteriorar seu quadro clínico e consequentemente mudar sua gravidade na estratificação de risco. Casos que eventualmente evoluem para **RISCO GRAVE** (classificação **VERMELHO**) tornam-se situação de urgência/emergência e é responsabilidade da equipe que o assiste no território o manejo adequado de acordo com fluxo da Rede de Urgência e Emergência, portanto, não devem permanecer aguardando vaga em tela de solicitação.

Os cadastros sem atualização periódica serão rejeitados e não poderão acessar o recurso requerido até que a atualização seja feita através da evolução do MV Regulação.

6.3. PRAZOS REGULATÓRIOS

Buscando dar agilidade necessária ao processo regulatório fica estabelecido:

1. Após ser alocado recurso pela SESA/NERI, as Unidades Executantes deverão responder em até 2 (duas) horas quanto à rejeição ou confirmação da reserva.
2. Após **RESERVA CONFIRMADA**, o tempo de resposta para a Unidade Solicitante se manifestar quanto ao interesse ou desistência da Internação é de 1 (um) dia útil.
3. O Interesse no recurso disponibilizado deve ser manifestado alterando o status da solicitação para **AGUARDANDO REMOÇÃO, EM TRÂNSITO** no MV Regulação.
4. O prazo para a efetivação da internação do paciente no leito regulado é de 72 horas contadas a partir da **RESERVA CONFIRMADA**.
5. O prazo para efetivação da internação não desobriga a Unidade Solicitante de manifestar o interesse ou desistência da internação dentro do prazo estabelecido de 1 dia.



6.4. DESISTÊNCIA/CANCELAMENTO

São critérios de cancelamento do cadastro no MV Regulação **pelo NERI**:

1. Não manifestar interesse pela internação em 24h após **RESERVA CONFIRMADA**.
2. **NÃO EFETIVAR INTERNAÇÃO EM 72h** após manifestar interesse pela internação.
3. Recusa da vaga pelo solicitante/paciente/família.
4. Cadastros rejeitados sem evolução/atualização por período igual ou superior a 30 dias.

Os cadastros rejeitados por mais de 30 dias sem evolução atualizada serão considerados como desistência de internação e cancelados no sistema. Caso o paciente volte a necessitar de internação, é possível que as Unidades Solicitantes insiram nova solicitação no sistema MV Regulação, mesmo após uma solicitação inicial ter sido cancelada.

A unidade solicitante pode desistir da internação requerida a qualquer momento, devendo cancelar a solicitação realizada no sistema MV Regulação. O objetivo desse processo é diminuir a morosidade e melhorar o tempo de acesso ao leito, oportunizando recursos para os demais pacientes aguardando disponibilidade.



7. REFERÊNCIAS

1. GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo Especial de Programação Dos Serviços de Saúde - NEPSS. A Programação Assistencial e a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde – RAVS, no Estado do Espírito Santo. **Material Preliminar**. Vitória, 2022.
2. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Nova Agenda de Saúde Mental para as Américas: Relatório da Comissão de Alto Nível sobre Saúde Mental e COVID-19 da Organização Pan-Americana da Saúde - Resumo executivo**. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275727225>. Acesso em 07jul. 2023.
3. SESA, GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Demandas Judiciais em Saúde - GEDEJ. **Relatório Anual de Gestão - 2022**. Gabinete do Secretário. Vitória - ES, 2022
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5** / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-co-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em jul. 2023.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A Saúde Mental pelo prisma da Saúde Pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OPAS/OMS, p. 1-16. 2001. Disponível em: < https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_po.pdf?ua=1>. Acesso em jul. 2023.
6. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 75 p. Disponível em: < https://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_coonsumidor/diretrizes_assistenciais.pdf>. Acesso em jul. 2023.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada**



- e integrada da assistência à saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acesso em jul. 2023.
 9. Presidência da República (BR). 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.** 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em jul. 2023
 10. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2022.
 11. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Núcleo de saúde mental, SAMU/SES/DF. **Protocolo Operacional Padrão.** Brasília (DF); 2017.
 12. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: CONASS; 2015. 127 p.
 13. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html Acesso em jul. 2023.
 14. COSTA MC, Cunha JD, Silva REB. Main psychiatric disorders found/attended in the emergency and emergency health services: an integrative literature review. **Rev Ciênc Saberes.** 2018 Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/375/1755>. Acesso em jul. 2023.
 15. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012. **Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de**



- Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2012 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em jul. 2023.
16. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 536, de 08 de junho de 2018. **Institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde [Internet]. 2011 Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d1a268b0b8054cf1821cda2ce6ca58fa/ses prt 536 2018.html> . Acesso em jul. 2023.
17. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep. Acesso em jul. 2023.
18. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 356, de 8 de abril de 2013. Fica redefinido o cadastramento, no SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU192 da Rede de Atenção às Urgências[Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0356_08_04_2013.html
19. ALMEIDA, Alexsandro Barreto et al. Intervention in situations of psychic crisis: challenges and suggestions of a prehospital care staff. **Rev Bras Enferm.** 2014;67(5):708-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506>. Acesso em 07 jul. 2023.
20. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
21. NARASIMHAN, Mera et al. Quality, utilization, and economic impact of a statewide emergency department telepsychiatry program. **Psychiatr Serv.** 2015;66(11):1167-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400122> . Acesso em 08 jul. 2023.



22. KRAMER, Greg M et al. Legal, regulatory, and risk management issues in the use of technology to deliver Mental Health Care. **Cognit Behav Pract.** 2015;22(3):258-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.04.008>. Acesso em 08 jul. 2023.
23. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 354, de 10 de março de 2014. **Proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência"**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html. Acesso em 07 jul. 2023.
24. OLIVEIRA, Lucidio Clebeson de. Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0214>. Acesso em 07 jul. 2023.
25. BRITO, Andiará Araújo Cunegundes de. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis: Rev Saúde Coletiva.** 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400013>. Acesso em 08 jul. 2023.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Brasília: [s.n.], 2006. 76p.
27. VILLANO, L. A. B. . Epidemiologia dos transtornos mentais em populações atendidas em locais de cuidados gerais de saúde no Brasil: revisão dos estudos nos últimos vinte anos. IN: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. O uso racional de medicamentos psiquiátricos. **Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental.** (Rio de Janeiro, 22-23 de Novembro de 1997) Genebra: OMS,
28. ARMSTRONG, Elizabeth (ed.). The guide to mental health for nurses in primary care. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2002. 176p.
29. LUZ, Francys Mary da. Educação permanente em saúde (EPS): uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Varginha, 2010. 24f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).
30. GRILLO, Maria José Cabral . Educação permanente em saúde: um instrumento para a reorganização da atenção em saúde. Belo Horizonte, 2012. 8f.



31. GUSMÃO, Allyne Cynthia Fernandes . Educação permanente em saúde: uma ferramenta de transformação do processo de trabalho. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Teófilo Otoni, 2010. 21f.
32. JACQUES, Édison Jacques; GONÇALO, Cláudio Reis . Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **Revista de Administração e Inovação**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 106-124, 2007.
33. KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo et al. Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde. São Paulo: **Annablume**, 2006. 224p. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/10865/7811> . Acesso em 08 jul. 2023.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia . Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. , 2006. 43p.
35. MEDEIROS, Alba Regina Silva; SOUZA, Lidianni Cruz . Educação permanente para o desenvolvimento gerencial do SUS - CDG - SUS. Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT . Recife, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/5061.pdf>. Acesso em 07 jul. 2023.
36. A linguagem e o estigma: os termos utilizados na área de álcool e outras drogas. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2021, vol.30, n.1, e2020921. Epub 12-Mar-2021. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100024>.



ANEXOS

ANEXO 1 - Atendimento pré-hospitalar de tentativa de suicídio

Atendimento pré-hospitalar de intoxicações agudas por medicamentos ou outras drogas, inclusive pesticidas.	
Abordagem	Circunstâncias da descoberta: Afirmação da intoxicação aguda por medicamentos: embalagens de medicamentos, cartas, testemunhas... Produtos suspeitos: receituários Quantidade máxima ingerida e hora provável de intoxicação. Estado da Vítima: Consciência, agitação, movimentos anormais, dificuldade respiratória, cianose, sudorese, coma, dor torácica, dor abdominal, problemas neurossensoriais. Identificar se houve outras tentativas de suicídio.
Decisão Técnica	UTI MÓVEL (USA): sempre que intoxicações por cardiotônicos, cloroquinas, antidepressivos tricíclicos e hipoglicemiantes orais. E em casos de insuficiência respiratória, inconscientes, coma, convulsões, agitação extrema ou muita dor. USB: Em todo caso, onde o recurso chegue mais rápido que a UTI MÓVEL (USA) e em casos notoriamente sem gravidade.
Orientações ao solicitante	Repouso, em posição confortável, ou PLS (nos casos de inconsciência), solicite para afrouxar as vestes. Orientar para que não seja realizada nenhuma ingesta oral. Coleta de todas as embalagens.
Acompanhamento da decisão técnica	Solicitar confirmação se houve associação com trauma ou não. Subsidiar as equipe com dados técnicos e demais necessidades
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura



Atendimento durante transferências de casos de intoxicações à hospital	
Abordagem	QP: ingestão ou contato com produtos Sintomas Associados: vão depender do tipo de intoxicação (ingestão, contato, aspiração) sudorese, dispnéia, náuseas e vômitos, palpitações, tonturas, cefaléia. Definir o tipo, quantidade do produto, tempo de ingestão ou contato Sinais de Gravidade: Torpor, Coma, Glasgow <8 Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR Conduta inicial: (o que já foi realizado) Exames: Evolução: Recurso Solicitado: Justificativa: Pertinência:
Decisão Técnica	Sempre consultar um Centro de Informações Toxicológicas para condutas específicas Cuidados Gerais com vias aéreas Entubação se glasgow <8 Acesso Venoso
Orientações ao solicitante	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI, se sinais de gravidade.
Acompanhamento da decisão técnica	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Finalização	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel, se sinais de gravidade.



ANEXO 2 - Atenção pré-hospitalar em transtornos mentais e de comportamento

Atendimento para pacientes psiquiátricos	
Abordagem	A pessoa está ansiosa? A pessoa está agitada? A pessoa tem idéias delirantes ou incoerentes? A pessoa tem idéias suicidas? A pessoa apresenta agressividade? Crises anteriores, antecedentes, ou trauma emocional recente, sofrimentos, desemprego e outros fatores de estresse.
Decisão Técnica	USB/ UTI MÓVEL (USA) + Policiamento (no caso de agressividade com risco de vida)
Orientações ao solicitante	Pedir para o solicitante colocar o paciente em ambiente calmo. Não permitir que o paciente cometa auto agressão e para com os demais acompanhantes. Caso o paciente esteja hiperventilando, solicitar para que o mesmo respire dentro de um saco de papel. Não deixar o paciente sozinho, até que chegue a equipe de atendimento de urgência.
Acompanhamento da decisão técnica	Em caso de paciente violento, solicitar auxílio da polícia. Confirmar a ausência de utilização de substâncias tóxicas, drogas, etc. Diante da pessoa perigosa, avaliar o grau de perigo: Para ela mesma Para seus familiares e Para a equipe de atendimento
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência (Assistência Psiquiátrica) Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura



CONSULTA PÚBLICA



ANEXO 3 - Atendimento durante transferências de transtornos mentais e de comportamento a hospital

Quadros Acompanhados de Agitação Psicomotora e Agressividade	
Abordagem	Sintomas associados: confusão mental, delírio, alucinações, distúrbios de comportamento Antecedentes e fatores de risco: álcool, toxicomania, hiperatividade, distúrbios metabólicos, ideia de suicídio. Conduta inicial: (checar o que já foi realizado) Exames: Evolução: Recurso Solicitado: Justificativa: Pertinência:
Decisão Técnica	Avaliar riscos no local para paciente, familiares e equipe de atendimento Contenção Sedação Avaliar possibilidade de alterações metabólicas e corrigir Acompanhamento familiar na transferência
Orientações ao solicitante	a) Levar a hospital geral se houver risco de vida (problema psiquiátrico agravado por lesão na tentativa de suicídio, intoxicações graves, overdose de substância psicoativa necessitando de apoio clínico e toxicológico, hipertermia maligna, etc.). b) Levar a hospital geral com leitos de saúde mental (se houver na região), caso o quadro seja puramente psicótico ou sem complicações de ordem clínica envolvendo outras especialidades. c) Levar a hospital psiquiátrico na falta de leitos de saúde mental se houver indicação de internação psiquiátrica d) Em casos sem maior gravidade, necessitando de observação por curto tempo, considerar a possibilidade de levar a CAPS III ou ADIII (com leitos), após avaliação por psiquiatra, nas cidades que dispõem deste tipo de serviço.
Acompanhamento da decisão técnica	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do destino e comunicação ao serviço
Finalização	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel



ANEXO 4 - Princípios da intervenção farmacológica¹³

Tranquilizar o paciente (não necessariamente sedação)
Identificar a(s) causa(s) provável(eis) da agitação
Medicar de acordo com a(s) causa(s) provável(eis) da agitação
Sempre que possível, o paciente deve participar da escolha do medicamento e da forma de administração
Se o paciente estiver cooperativo, preferir a via oral de administração; se a via parenteral for necessária, preferir a administração intramuscular

CLASSES DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA AGITAÇÃO PSICOMOTORA			
CLASSE	ANTIPSICÓTICOS DE PRIMEIRA GERAÇÃO	ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GERAÇÃO *	BENZODIAZEPÍNICOS
EXEMPLOS	Haloperidol	Risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona	Clonazepam, diazepam, lorazepam
MECANISMO DE AÇÃO	Antagonistas do receptor de dopamina (D2)	Antagonistas do receptor de dopamina (D2) e do receptor de serotonina (5-HT2A)	Agonistas do receptor GABA
INDICAÇÕES	Intoxicação alcoólica, sintomas psicóticos de transtornos mentais	Sintomas psicóticos de transtornos mentais	Síndrome de abstinência alcoólica, intoxicação por estimulantes e agitação de etiologia indeterminada, na ausência de sintomas psicóticos
VANTAGENS	Segurança, eficácia, disponibilidade, pouca interação medicamentosa	Eficácia, menor risco de sintomas extrapiramidais ("Parkinsonismo")	Eficácia, possibilidade de associação com antipsicóticos

¹³ WILSON, 2012.



CLASSES DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA AGITAÇÃO PSICOMOTORA			
CLASSE	ANTIPSICÓTICOS DE PRIMEIRA GERAÇÃO	ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GERAÇÃO *	BENZODIAZEPÍNICOS
REAÇÕES ADVERSAS MAIS COMUNS/ DESVANTAGENS	Sintomas extrapiramidais ("Parkinsonismo")	Indisponibilidade na assistência farmacêutica básica	Sedação, indisponibilidade na assistência farmacêutica básica
REAÇÕES ADVERSAS INCOMUNS QUE EXIGEM CUIDADO	Prolongamento do intervalo QTc (principalmente na via endovenosa – evitar e, no caso de utilização, monitorizar com ECG); síndrome neuroléptica maligna	Síndrome neuroléptica maligna	Depressão respiratória e hipotensão arterial (via parenteral)

MEDICAMENTOS DE VIA ORAL DISPONÍVEIS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA E UTILIZADOS NO MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA				
MEDICAMENTO	DOSE INICIAL (mg)	PICO PLASMÁTICO (min)	PODE REPETIR EM (min)	DOSE MÁXIMA EM 24 HS (mg)
Haloperidol comprimidos de 1 e 5 mg e sol. Oral 2mg/mL	5	60-240	15	20
Clonazepam sol. Oral 2,5 mg/mL	0,5	30-60	30	16
Diazepam comprimidos de 5 e 10 mg	5	30-90	120	120



MEDICAMENTOS DE VIA INTRAMUSCULAR DISPONÍVEIS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA E UTILIZADOS NO MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA				
MEDICAMENTO	DOSE INICIAL (mg)	PICO PLASMÁTICO (min)	PODE REPETIR EM (min)	DOSE MÁXIMA EM 24 HS (mg)
Haloperidol solução injetável 5 mg/ML	5	30	15	20
Prometazina** solução injetável 25 mg/mL	25	15-20	60	150

A combinação do haloperidol com a prometazina se mostrou segura e efetiva; os pacientes alcançaram tranquilização e sedação em menor tempo com essa associação do que com o uso do haloperidol apenas; além disso, os que receberam a associação tiveram menos sintomas extrapiramidais do que aqueles que receberam o haloperidol sozinho.

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

JORDANA CRISTINA SANTOS DA SILVA
COORDENADOR DE PROJETO
GEREH - SESA - GOVES
assinado em 15/09/2023 13:50:09 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 15/09/2023 13:50:09 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por JORDANA CRISTINA SANTOS DA SILVA (COORDENADOR DE PROJETO - GEREH - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-8B8VK0>