

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

PACIENTE COM AGRAVOS A SAÚDE MENTAL NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE BELO HORIZONTE

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

PACIENTE COM AGRAVOS A SAÚDE MENTAL NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE BELO HORIZONTE

Gerência

Bruno Maia de Resende
Adriana Costa Gerken

Coordenação de Enfermagem

Amanda Núbia Costa Freitas

Coordenação Médica

Samuel Sóstanes Santos

Coordenação do Núcleo de Ensino e Pesquisa

Daniela Aparecida Moraes

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

DATA	ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Elaboração inicial Julho/2023	Patrícia D’Anunciação Patrícia Aguiar de Oliveira Soares Daniela Aparecida Moraes Cintia Maria Guedes de Moraes Thamyres de Carvalho Rufato	Construção interrompida	



DATA	ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Reescrita e reorganização do documento Novembro/2024 a Julho/2025 PRO-TEC-06	Patrícia D'Anunciação Patrícia Aguiar de Oliveira Soares Daniela Aparecida Morais Viviane Willig Brasil	Alessandra Meneses Mariosa Negri Amanda Núbia Costa Freitas Ana Carolina de Castro Bahia Daré Daniela Aparecida Morais Patrícia Aguiar de Oliveira Soares Patrícia Caram Guedes Patrícia D'Anunciação Roger Lage Alves Viviane Willig Brasil Cecília Alves Moreira Clarice Garcia Rocha	Alessandra M Mariosa Negri Joelma Carvalho da Silveira C Gonçalves Patricia Caram Guedes Renata Alves Mourão Raquel Felisardo Rosa Roger Lage Alves Viviane Willig Brasil
1ª revisão Junho/2026	Bruno Maia de Resende Daniela Aparecida Morais Viviane Willig Brasil Patrícia Aguiar de Oliveira Soares Patrícia D'Anunciação Clarice Garcia Rocha Luís Filipe Pereira Santos Camila Alvarenga Côrtes Laura Nequini de Faria Rafaela Sardi de Almeida Ludgero Ascendino Bernardo de Oliveira Nathália Lopes Gomes Pinto Ferreira Lays Leonel Marcus Cavalheiro Kelly Nilo		Bruno Maia de Resende Adriana Costa Gerken Kelly Nilo Renata Alves Mourão

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. CONCEITOS E DEFINIÇÕES.....	5
2.1 Crise em Saúde Mental e Crise Psicótica	5
2.2 Autoagressão, risco de suicídio, ideação suicida, comportamento suicida, ameaça de suicídio, tentativa de suicídio e suicídio.....	7
2.3 Distúrbios Neuropsiquiátricos de Origem Orgânica	10
2.4 Transtornos Mentais.....	14
2.5 Uso de drogas, substâncias psicoativas álcool	14
3. A ABORDAGEM AO PACIENTE.....	18
4. AGITAÇÃO PSICOMOTORA.....	22
4.1 Contenção Física x Contenção Mecânica.....	22
4.2 Considerações legais sobre o uso da contenção mecânica.....	23
4.3 Tranquilização química (contenção farmacológica)	24
4.4 Recursos a serem enviados para pacientes agitados no contexto do SAMU-BH28	
5. A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL (RAPS).....	32
5.1 Critérios de encaminhamento dos Pacientes	34
6. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	36
7. ATRIBUIÇÕES DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS SAMU.....	38
8. DIRETRIZES	47
9. ATIVIDADES RELACIONADAS/ PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO VINCULADOS	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	76
ANEXOS.....	81

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção às Urgências lançou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), cujo objetivo é o de chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Os profissionais que atuam no SAMU, vivenciam uma ampla diversidade de situações e atendimentos, incluindo casos envolvendo pessoas com transtornos mentais. Historicamente, esses indivíduos cursam com dificuldades na garantia da assistência e de acesso aos serviços de saúde, mesmo com a existência de políticas voltadas à saúde mental no país.

Nesse contexto, o SAMU é um dos componentes essenciais da Atenção às Urgências e Emergências na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dentro dessa Rede, os componentes são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco, cuidado e correto encaminhamento na rede de saúde às pessoas com agravos à saúde mental, incluindo aquelas cujos transtornos são secundários ao abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2017).

Atendimentos envolvendo agravos à saúde mental são frequentes na realidade do atendimento pré-hospitalar móvel e frequentemente envolvem cenários de elevada complexidade operacional, incluindo situações de risco iminente, necessidade de tomada rápida de decisão, atuação integrada com forças de segurança pública, manejo ambiental e articulação contínua com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A padronização das condutas assistenciais e operacionais das equipes de atendimento e da Central de Regulação das Urgências (CRU) é fundamental para promover segurança, qualificação do cuidado, redução de riscos assistenciais e garantia de acesso adequado aos recursos existentes no município de Belo Horizonte e em sua macrorregião.

Este protocolo visa orientar a atuação das equipes diante dos principais agravos à saúde mental no contexto pré-hospitalar móvel, promovendo assistência ética, segura, humanizada e baseada em evidências.

2. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Para uma abordagem adequada ao paciente, é necessário compreender as diversas nuances conceituais, o que possibilita a identificação precoce de sinais de alerta, a implementação de intervenções adequadas e a prevenção de complicações mais graves relacionadas aos pacientes em saúde mental (OMS, 2016).

2.1 CRISE EM SAÚDE MENTAL E CRISE PSICÓTICA

Crise em Saúde Mental

Crise é definida por uma desorganização emocional que se caracteriza principalmente por um colapso nas estratégias prévias de enfrentamento. Acontece através de uma manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio e causa sentimentos de desorganização, desesperança, tristeza, confusão e pânico (WAINRIB; BLOCH, 2000 apud SÁ; WERLANG; PARANHOS, 2008).

A crise em saúde mental corresponde a casos psiquiátricos considerados agudos. Durante a crise em saúde mental, o indivíduo pode apresentar diversas reações que são influenciadas por fatores como: as vivências anteriores de situações de crise, o apoio que recebeu de outros durante a vida, estado de saúde física e mental atual, histórico pessoal e familiar de problemas de saúde mental, cultura e tradições pessoais e a idade (Quadro 1) (BRASIL, 2021).

Quadro 1: Principais sinais evidenciados e suas características evidenciadas num paciente com crise em saúde mental

SINAIS	CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE
Desvitalização intensa	Não se levanta da cama, não toma banho, não conversa etc.
Inquietude psicomotora acentuada	Caminha de um lado para o outro, não fica quieto, balança as pernas, mexer as mãos, ou apresentar dificuldade em se sentar.
Desorganização da fala	Diz coisas que não fazem sentido, muda de um assunto para outro completamente diferente (As ideias e frases podem parecer desconectadas, sem uma sequência lógica).
Desorganização do comportamento	Não consegue cuidar de si age de forma imprevisível e inadequada, a pessoa pode fazer coisas que não têm sentido ou que parecem aleatórias.
Ruptura com as atividades habituais	Não vai mais à escola ou ao trabalho, não cuida mais da casa, não se alimenta ou não mantém autocuidado ou higiene pessoal, perde o interesse por atividades que apreciava antes.

SINAIS	CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE
Isolamento acentuado	Passa a maior parte do tempo no quarto, afasta-se do convívio familiar e social.
Errância	Foge de casa, muda de bairro, cidade ou estado, anda sem rumo, sem um destino ou propósito claro pelas ruas ou estradas.
Atividade delirante-alucinatória	Paciente com delírios persecutórios, com crença irracional de que está sendo perseguido, vigiado ou ameaçado.
Perda de controle sobre os próprios pensamentos e atos	Sente-se teleguiado pela audição de vozes em sua cabeça, vozes de comando para que se faça coisas que não quer, seus pensamentos lhe são impostos. Podendo executar ações conforme os pensamentos de comandos alucinatórios.
Perturbação de funções vitais	Alteração no padrão da alimentação e do sono.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Diante do exposto, é fundamental reconhecer que qualquer pessoa, independentemente de sua história, idade ou condição social, pode vivenciar uma crise em saúde mental ao longo da vida. Por isso, as ações devem ser conduzidas com responsabilidade, empatia e respaldo legal, garantindo o cuidado integral, a dignidade e a proteção dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico (ALMEIDA, 2014).

Crise Psicótica (Surto psicótico)

É um estado mental que afeta a capacidade do indivíduo de pensar de forma clara, de distinguir o que é real daquilo que é imaginário, de gerir emoções, de tomar decisões e de se relacionar com os outros (BALLONE, 2015).

Os sintomas mais comuns nas crises psicóticas são: delírios, alucinações, discurso desorganizado, confusão mental, comportamento bizarro/estranho e sintomas negativos (perdas funcionais).

As crises psicóticas podem ocorrer em diversas situações, como em transtornos do humor, esquizofrenia; abuso de substâncias/intoxicações; síndromes de abstinência; traumatismos cranianos; infecções do SNC; demências; epilepsia; tumores cerebrais; distúrbios metabólicos ou da tireoide; hipóxia; hipoglicemia; e delirium por causa orgânica.

Discurso ameaçador, conteúdo agressivo, agitação, inquietação, postura tensa e rígida, punhos cerrados, tentativa de evitar contato visual ou olhar penetrante são comportamentos e posturas evidenciados na pessoa.

Crise em saúde mental X Crise psicótica

A crise em saúde mental e a crise psicótica estão relacionadas a agravos em saúde mental e envolvem situações de sofrimento psicológico intenso. No entanto, existem diferenças fundamentais que tornam os termos distintos (Quadro 2).

Quadro 2: Diferenças básicas entre crise em saúde mental e crise psicótica.

ASPECTO	CRISE EM SAÚDE MENTAL	CRISE PSICÓTICA
Contato com a realidade	Preservado, embora possa haver confusão emocional.	Comprometido (delírios, alucinações).
Características	Sufrimento emocional intenso, desespero, dissociação emocional, choro convulsivo, gritos, ansiedade.	Delírios, alucinações, desorganização.
Causas	Estresse, traumas, transtornos emocionais	Transtornos psicóticos ou neurológicos.
Impacto	A pessoa pode se sentir paralisada, ansiosa, deprimida, mas ainda tem um senso geral de realidade.	A pessoa pode se colocar ou colocar outras pessoas em risco, por não compreender a realidade ou agir com base em crenças distorcidas.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Obs.: **Dissociação emocional** pode ser conceituada como um **mecanismo psicológico de defesa** no qual o indivíduo se distancia ou se desconecta de suas emoções, pensamentos ou experiências internas como forma de lidar com situações de intenso estresse, trauma ou sofrimento. Essa desconexão pode ocorrer de maneira temporária ou persistente, e frequentemente se manifesta como uma sensação de "entorpecimento emocional", afastamento da própria identidade ou dificuldade em reconhecer e expressar sentimentos (DSM - 5, 2022).

2.2 AUTOAGRESSÃO, RISCO DE SUICÍDIO, IDEAÇÃO SUICIDA, COMPORTAMENTO SUICIDA, AMEAÇA DE SUICÍDIO, TENTATIVA DE SUICÍDIO E SUICÍDIO

A abordagem ao paciente em circunstâncias de autoagressão, risco, ideação, comportamento, ameaça suicida, deve ser efetiva para prevenção. A rede de apoio do paciente deverá ser acionada e orientada. Em casos de suicídio consumado, a equipe deve manter o respeito ao paciente e especialmente à família, fornecendo todas as informações e apoio. O quadro a seguir apresenta algumas características dessas situações (Quadro 3).

Quadro 3: Diferenças básicas entre comportamento autolesivo e categorias de comportamento suicida.

CONCEITO	DEFINIÇÃO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS	EXEMPLO
Autoagressão	Comportamentos intencionais de autolesão. Há risco de progressão para comportamentos suicidas.	Pode incluir cortes, queimaduras ou outras formas de automutilação.	Cortar os braços para aliviar dor emocional sem intenção de ameaça à vida.
Risco de suicídio	Probabilidade de uma pessoa cometer suicídio. É avaliado com base em fatores individuais, sociais e ambientais.	Fatores de risco incluem histórico familiar, depressão, abuso de substâncias, perdas recentes ou isolamento social.	Pessoa com depressão grave, pensamentos de morte frequentes e isolamento social.
Ideação suicida	Pensamentos ou planos de tirar a própria vida. Pode variar de pensamentos passageiros a planos concretos e detalhados	Inclui pensamentos sobre a morte, desejar morrer ou fazer planos específicos para cometer suicídio	"Eu quero desaparecer, mas ainda não sei como."
Comportamento suicida	Qualquer ato relacionado à tentativa de suicídio, incluindo planejamento, gestos e tentativas.	Envolve ações direcionadas ao suicídio, independentemente do resultado	Como: Comprar comprimidos para ingerir com intenção de acabar com a vida.
Ameaça de suicídio	Declarações verbais ou ações que indicam a intenção de cometer suicídio.	Pode ser um pedido de ajuda ou um alerta. Não deve ser ignorada, mesmo que pareça manipulativa.	"Se você me deixar, vou me matar."
Tentativa de suicídio	Ato de tentar tirar a própria vida que não resulta em morte.	Pode causar danos físicos permanentes ou temporários; geralmente indica grave sofrimento psicológico.	Ingerir uma grande quantidade de medicamentos, mas ser atendido a tempo.
Suicídio	Ato deliberado de tirar a própria vida que resulta em morte.	Geralmente está associado a sofrimento extremo, transtornos mentais ou eventos traumáticos.	Uma pessoa que comete suicídio após deixar uma carta de despedida.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Pacientes podem ser classificados em baixo, médio e alto risco de cometer suicídio. Os de baixo risco são aqueles que têm pensamentos suicidas ocasionais, mas sem planos, enquanto os de médio risco apresentam pensamentos e planos, embora não sejam de caráter imediato, já os pacientes em alto risco, têm um plano definido e meios de execução, além de ter caráter imediato (QUEVEDO et al, 2014). Um indivíduo que tentou o suicídio múltiplas vezes com diversos fatores de risco significativos possui um risco extremo para o suicídio (OMS, 2006).

Reconhecer sinais de comportamento suicida, fatores de risco e fatores de proteção é parte do processo de cuidado, na perspectiva da integralidade na assistência à saúde, tanto em tempos de normalidade, quanto em eventos extremos. São eles:

- Sinais verbais diretos: "não quero mais viver"; "vou me matar";
- Sinais verbais indiretos: "depois que eu morrer, vocês ficarão bem"; "em breve ninguém mais precisará se preocupar comigo"; "pessoas que se matam são corajosas";
- Sinais comportamentais: abuso de álcool ou outras substâncias;
- Isolamento social; negligência com relação ao autocuidado e à aparência física;
- Visitas, mensagens ou telefonemas para agradecer e se despedir dos entes queridos;
- Organização de objetos pessoais e doação de pertences;
- Busca por informações sobre meios para cometer suicídio.
- Sinais relativos a humor ou sentimentos: tristeza profunda; raiva; desesperança; falta de interesse em atividades anteriormente prazerosas;
- Sentimento de vergonha ou humilhação; ansiedade; depressão.

Fatores de Risco:

- Transtornos mentais, previamente diagnosticados ou não (ex.: depressão, esquizofrenia);
- Tentativas anteriores de suicídio, histórico familiar de suicídio;
- Problemas financeiros ou legais;
- Problemas nas relações interpessoais, orientação sexual, abuso físico ou sexual;
- Fácil acesso a meios de alta letalidade (ex.: venenos, armas);
- Abuso de álcool, drogas ou outras substâncias;
- Problemas de saúde, idade, sexo e raça;
- Fragilidade da rede de apoio (familiar e comunitária);
- Fragilidade da rede de proteção social (dispositivos institucionais);

- Situações de violações de direito;
- Estigma social e preconceito.

Fatores de proteção:

- Rede de apoio (familiar e comunitária) que ofereça suporte emocional e material, bem como senso de pertencimento;
- Senso de propósito e vinculação comunitária, religiosa;
- Acesso a profissionais e serviços de saúde capacitados;
- Suprimento de necessidades básicas e de segurança;
- Políticas públicas voltadas à prevenção de suicídio e campanhas de conscientização sobre sinais de sofrimento psíquico;
- Dispositivos e estratégias de cuidado à saúde mental;
- Emprego, estabilidade ou recuperação econômica;
- Oportunidade de contribuir no processo de reconstrução em do território afetado por desastre;
- Rede de apoio, familiares, filhos.

O profissional de saúde não deve temer abordar a temática suicida, questionando explicitamente o paciente sobre suas intenções, sobre a existência de planejamento e sobre o manejo de seus pensamentos.

2.3 DISTÚRBIOS NEUROPSIQUIÁTRICOS DE ORIGEM ORGÂNICA

Algumas condições psiquiátricas têm como causa principal alterações estruturais, funcionais ou químicas no sistema nervoso central (SNC). Esses distúrbios neuropsiquiátricos têm base fisiológica, podendo ser associados a lesões cerebrais, infecções, doenças degenerativas, intoxicações, alterações metabólicas ou outros fatores orgânicos (QUEVEDO, 2014; SOUSA, 2006).

Geralmente apresentam uma causa orgânica identificável ou doença clínica preexistente (ex: traumas, meningite, intoxicação por drogas e/ou álcool, hipoglicemia, insuficiência renal), uma reversibilidade variável (algumas condições podem ser tratadas com a correção da causa subjacente. Outras, são progressivas e irreversíveis), costumam envolver tanto sintomas neurológicos quanto psiquiátricos

Os pacientes também podem apresentar déficit de memória, confusão mental, desorientação espacial ou temporal, agressividade, apatia, impulsividade ou perda de inibição, ansiedade, depressão, labilidade emocional (mudanças bruscas de humor), tremores, alterações de marcha, fraqueza ou alterações sensoriais, presença de alucinações, delírios, neuroses, desorganização do pensamento e psicoses, como nos quadros demenciais, Alzheimer, AIDS entre outros (DISTRITO FEDERAL, 2021).

A esquizofrenia, por exemplo, é uma doença mental de origem orgânica, porque tem base em aspectos biológicos, químicos e juntamente com fatores genéticos e ambientais, causando alterações na estrutura do cérebro, bem como alterações neuroquímicas que associadas, possam ser a fonte de desencadeamento da doença.

Os sintomas da esquizofrenia normalmente comprometem a capacidade de executar funções cognitivas e motoras complexas: assim, os sintomas muitas vezes interferem acentuadamente nos relacionamentos profissionais, sociais e na capacidade de cuidar de si mesmo. Desemprego, isolamento, deterioração dos relacionamentos e diminuição da qualidade de vida são desfechos comuns. O quadro a seguir apresenta as principais doenças neuropsiquiátricas de origem orgânica (Quadro 4).

Quadro 4: Principais doenças neuropsiquiátricas de origem orgânica.

DOENÇAS NEUROPSIQUIÁTRICAS DE ORIGEM ORGÂNICA	
Lesões cerebrais: AVE, tumores cerebrais	Distúrbios metabólicos
Doença de Alzheimer, Mal de Parkinson	Infecções: Meningites, encefalites,
Demência	Síndrome de Korsakoff
Esquizofrenia	Transtorno bipolar
Transtorno de ansiedade	Transtorno de ansiedade
Transtorno do espectro autista	Transtorno de déficit de atenção

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Portanto, é importante identificar alterações através da anamnese do paciente, entrevista com a família, além da identificação de outras alterações através do exame físico, buscando sempre a identificação das causas e a exclusão de agravos clínicos agudos ou traumáticos (DAUDT et al., [20..?]).

Pacientes com Transtorno do Espectro Autista

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) faz parte do grupo de condições definidas como transtornos do neurodesenvolvimento, são também definidos como transtornos mentais; relacionando-se com condições clínicas intrínsecas ao sujeito em sofrimento e associadas a algum prejuízo funcional. As características comuns dos TEA incluem um comprometimento global em várias áreas, em particular na interação social e na comunicação, com a presença de comportamentos repetitivos e interesses restritos (BRASIL, 2016). É uma condição neurológica complexa do neurodesenvolvimento cerebral, os principais sintomas surgem na primeira infância, embora nem sempre sejam evidentes tão precocemente (BRASIL, 2023).

Os indivíduos autistas apresentam um conjunto de sinais e sintomas comuns que podem ajudar na identificação precoce da condição e no suporte adequado durante as crises (Quadro 5).

Quadro 5: Sinais e sintomas comuns em pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

SINAIS E SINTOMAS COMUNS EM PESSOAS TEA	
Atraso na fala, ecolalia, dificuldade em iniciar ou manter diálogos.	
Comportamentos auto estimulatórios repetitivos, para autorregulação, como estereotípias motoras: movimentos repetitivos, como balançar o corpo, as mãos ou bater os dedos, movimentos que não seguem padrões.	Dificuldade na imaginação social, criar histórias imaginárias ou "brincar de faz de conta".
Linguagem não verbal, atipias vocais e entonações monótonas.	Dificuldades na reciprocidade socioemocional e na cognição social, ou seja, de inferir e interpretar sentimentos, emoções, expressões faciais e intenções alheias.
Expressões faciais limitadas: dificuldade em demonstrar emoções através do rosto.	Necessidade de previsibilidade: preferem saber o que esperar para se sentirem seguras.
Ritualização: necessidade de seguir rotinas específicas, resistência a mudanças e dificuldade com alterações de rotina.	Fascinação por detalhes com foco em partes específicas.
Sensibilidade sensorial, como a hipersensibilidade e reações exageradas a estímulos como luzes, sons ou texturas.	Interesses restritos em preferir alinhar objetos ou girar rodas em vez de brincar convencionalmente.
Hipossensibilidade e insensibilidade a estímulos ex: (não sentir dor).	Olhar fixo em luzes ou objetos: fascinação por padrões visuais. Transferência de habilidades limitada.
Interesses específicos: foco intenso em tópicos específicos, dedicação profunda a um determinado assunto, conhecimento detalhado.	Necessidade de ensino explícito: precisa de instruções claras e repetidas.



SINAIS E SINTOMAS COMUNS EM PESSOAS TEA	
Dificuldade na interação social, como falta de contato visual; evitar olhar nos olhos dos outros.	Falta de medo apropriado: pode não reconhecer perigos óbvios, com necessidade de supervisão constante, requer atenção extra para garantir segurança.
Apego a objetos, fascinação por objetos específicos, foco intenso em certos brinquedos ou outros itens, com preferência em brincar sozinho (dificuldade em brincar socialmente com outras crianças).	Agitação ou hetero ou autoagressão em situações de estresse, pode reagir com comportamentos desafiadores.
	Dificuldade em expressar necessidades sociais, sendo direto, sem sutileza ou nuances sociais; necessidade de preparação prévia.
	Comportamentos alimentares seletivos, restrições alimentares; preferência por certos alimentos e recusa de outros. Sensibilidade a texturas, temperaturas ou sabores.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Segundo Rissato, (2022), pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam padrões neurológicos e sensoriais distintos, o que pode desencadear crises comportamentais, agitação psicomotora e heteroagressividade e até automutilação e geralmente estão associadas a situações de sobrecarga sensorial, mudança de rotina, dor ou frustração.

As Crises em TEA podem também incluir: gritos, choro inconsolável, enjoos, náuseas, tremores, alterações no sono, ansiedade grave, tentativas de fuga, tentativa de autoextermínio (TAE) e comportamentos estereotipados intensificados como se balançar, bater ou rodar objetos (Rissato, 2022). Essas manifestações agudas podem ocorrer por diversos motivos, como dificuldade em comunicar algo que gostaria, alguma dor, algum incômodo sensorial, entre outros (BRASIL, 2021).

Nestes momentos é fundamental tentar compreender o motivo dos comportamentos observados, para então propor medidas que possam ser efetivas. Dentre os procedimentos possíveis pode-se utilizar estratégias comportamentais de modificação do comportamento, uso de comunicação suplementar e/ou alternativa como apoio para compreensão/expressão, estratégias sensoriais, e como último recurso, procedimentos como contenção física e mecânica e tranquilização química (BRASIL, 2023).

É importante que os profissionais de saúde tenham conhecimentos específicos sobre o TEA, para um manejo adequado durante o atendimento do paciente em crise, personalizando o cuidado às necessidades específicas de cada indivíduo. A equipe deve ter empatia, preparo técnico e respeitar à neurodiversidade para garantir a segurança do paciente, da equipe e sucesso no atendimento (MELO

et al, 2021).

2.4 TRANSTORNOS MENTAIS

São alterações psíquicas que podem afetar qualquer pessoa e em qualquer idade, muitas vezes com repercussões físicas, sociais e laborais. São vários os transtornos mentais e sua origem é multifatorial. Estima-se uma prevalência de 17 a 35% de transtornos mentais na população brasileira" (SANTOS et al., 2019 apud BRASIL, 2021).

São exemplos de transtornos mentais: os transtornos de humor, de personalidade, psicóticos, relacionados ao estresse, alimentares, do neurodesenvolvimento, relacionados ao uso de substâncias, dentre outros (GALVÃO, 2024).

Segundo o mesmo autor, embora distintos, transtornos mentais e distúrbios neuropsiquiátricos frequentemente se sobrepõem, pois alterações no cérebro podem influenciar a saúde mental, e transtornos mentais podem ter componentes biológicos ou neurológicos associados.

2.5 USO DE DROGAS, SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ÁLCOOL

As drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas, atuam sobre o cérebro, alterando o seu funcionamento e podendo dessa forma acarretar alterações no humor, na percepção, no comportamento e nos estados da consciência (MORAES, 2021). Considera-se:

- "Drogas depressoras do SNC: álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, inalantes e opiáceos – essas drogas diminuem a atividade cerebral, fazendo com que o organismo funcione lentamente, reduzindo a atividade psicomotora, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual" (BRASIL, 2021);
- "Drogas estimulantes do SNC: anfetaminas, cocaína e tabaco – essas drogas aceleram a atividade cerebral, fazendo com que o usuário fique "ligado", o que conduz, como consequência, a um estado de alerta exagerado, à insônia, a um sentimento de perseguição e à aceleração dos processos psíquicos" (BRASIL, 2021);
- "Drogas perturbadoras do SNC: maconha, alucinógenos, LSD, ecstasy e anticolinérgicos – essas drogas distorcem e modificam qualitativamente a atividade cerebral, pois o usuário tem delírios, alucinações e alterações da sensopercepção

(efeito sinestésico). Por esses motivos, também são chamadas de alucinógenos" (BRASIL, 2021).

Essas substâncias ativam diretamente o sistema de recompensa do cérebro e causam sensações de prazer. A ativação faz com que as pessoas sintam um desejo intenso pela substância que pode causar intoxicação aguda, quando usada em excesso ou síndrome de abstinência quando interrompido seu uso (OMS, 2018).

O uso dessas substâncias pode induzir a ocorrência de transtornos de saúde mental tais como depressão, psicose (pode ser mais imprevisível e difícil de manejar) ou ansiedade. O surto psicótico, nestas situações, é também uma condição psiquiátrica aguda e complexa que representa um desafio significativo tanto para os indivíduos afetados quanto para os profissionais de saúde (OMS, 2018).

O fenômeno do surto psicótico induzido por drogas reflete a interseção entre a neurobiologia, o comportamento humano e os fatores sociais que contribuem para o abuso de substâncias.

Com o aumento do uso de drogas recreativas e sintéticas em diversas partes do mundo, entender os mecanismos pelos quais essas substâncias provocam psicose tornou-se uma prioridade para a saúde pública e para a prática clínica (MARTINS, 2023). Além disso, os surtos psicóticos muitas vezes resultam em hospitalização de emergência, demandas por cuidados intensivos e, em alguns casos, envolvimento com o sistema de justiça criminal, o que ressalta a importância de uma abordagem integrada.

Intoxicações por substâncias psicoativas podem se manifestar com diferentes padrões clínicos, sendo fundamental o reconhecimento precoce dos sinais sugestivos. A intoxicação por estimulantes pode cursar com agitação intensa, taquicardia, hipertensão arterial, hipertermia, sudorese, midríase, comportamento paranoide, convulsões e dor torácica. Já a intoxicação por alucinógenos frequentemente apresenta distorções perceptivas, alterações sensoriais, ansiedade intensa, comportamento desorganizado e crises de pânico. Nos casos de intoxicação por solventes, deve-se suspeitar diante da presença de odor químico característico, sonolência, ataxia, desorganização comportamental e alteração do nível de consciência. A identificação desses achados auxilia na definição das medidas de segurança da cena, necessidade de suporte avançado e encaminhamento adequado na rede de urgência e emergência.

Foi construído um quadro para uma consulta rápida contendo as principais substâncias psicoativas estimulantes e depressoras (APÊNDICE A).

Abuso de álcool

A intoxicação alcoólica é um quadro conhecido como embriaguez no qual o paciente se encontra sob efeito intenso de bebidas alcoólicas recentemente ingeridas. Identifica-se hálito alcoólico, fala arrastada, comportamento desinibido;

perturbação do nível de consciência, da cognição, da percepção, do afeto ou do comportamento (OMS,2028).

Dentre as condições de abuso de substâncias, o abuso de álcool é o principal problema de saúde pública brasileira. (BRASIL, 2021). O paciente pode apresentar de quadros leves, moderados e graves:

- Quadros leves a moderados: tremores de mãos, pálpebras, língua, sudorese, irritabilidade/insônia, inquietação/agitação, náuseas/vômitos, hiperatividade autonômica taquicardia, sudorese, hipotensão ortostática, febre (SOUSA et al, 2006).
- Quadros moderados a grave: desorientação; convulsões; alucinações visuais, táteis, auditivas transitórias; delirium tremens (disforia, despersonalização, apatia/ agressão, convulsões, com piora ao entardecer) e morte. Torna-se importante apresentar alguns conceitos e informações relacionados ao abuso de álcool (SOUSA et al, 2006).

Síndrome de abstinência alcoólica

É um quadro relativamente frequente que se manifesta por sintomas físicos (tremores, sudorese, convulsões, taquicardia) e psíquicos (ansiedade, pesadelos, alterações do nível da consciência acompanhada de alucinações chamada de onirismo), devido à interrupção ou diminuição do uso do álcool (SOUZA, CORRÊA-OLIVEIRA, PESSOA, 2024).

O paciente pode evoluir para encefalopatia alcoólica, que são quadros em que há uma perturbação da memória causado pelo uso pesado e prolongado de álcool, geralmente após os 35 anos. Esses transtornos são causados pela deficiência de tiamina, consequentes aos maus-hábitos alimentares ou aos problemas de absorção desta substância que costumam acompanhar o alcoolismo.

A síndrome de Wernicke ou encefalopatia alcoólica, caracteriza-se por sintomas agudos e reversíveis: transtorno de memória, sintomas neurológicos agudos, tais como ataxia, afetando a marcha; disfunções do equilíbrio; várias anormalidades da motilidade ocular. O quadro inicial responde rapidamente a altas doses de tiamina parenteral e pode evoluir para a síndrome de Korsakoff: uma síndrome amnésica crônica, que prejudica, sobretudo, o funcionamento da memória recente (SOUZA, CORRÊA-OLIVEIRA, PESSOA, 2024).

O delirium tremens é a forma mais grave e aguda da síndrome de abstinência alcoólica. O paciente apresenta sintomas psíquicos do tipo alucinatório (visuais, auditivas e táteis), sobretudo na esfera visual, intensa desorientação no tempo e no espaço (confusão mental profunda), agitação psicomotora e sintomas orgâni-

cos como tremor intenso e generalizado, com elevado aumento da temperatura, hipertensão, taquicardia e outros sinais de hiperatividade autonômica. Pode surgir após 1 a 4 dias da interrupção do consumo e pode durar de alguns dias a semanas, considerada uma emergência médica, com risco de complicações fatais, como convulsões, colapso cardiovascular e morte, se não tratado prontamente.

O tratamento do DT requer hospitalização, com acompanhamento médico rigoroso, incluindo administração de benzodiazepínicos para controle dos sintomas e suporte de vida. Representa risco à vida, na ausência de tratamento adequado (SULLIVAN, et al, 1989).

Escala CIWA-AR

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA), apresenta diversos níveis de gravidade, cada um exigindo uma abordagem terapêutica específica. Por essa razão, é fundamental que a avaliação do quadro seja objetiva e sequenciada. Isso justifica a utilização de um instrumento padronizado para monitorar a gravidade e a evolução dos sintomas (SOUZA; CORRÊA-OLIVEIRA; PESSOA, 2024).

A escala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-AR) é um instrumento clínico amplamente utilizado para avaliar a gravidade da síndrome de abstinência alcoólica. Ela permite a identificação precoce dos sintomas e o monitoramento da evolução do quadro, auxiliando na decisão sobre a necessidade e a intensidade da intervenção terapêutica (SULLIVAN, et al, 1989).

A escala é composta por 10 itens que avaliam sintomas como náuseas, tremores, sudorese, ansiedade, agitação, distúrbios táteis, auditivos e visuais, cefaléia e alteração do nível de consciência, sendo cada item pontuado de acordo com a intensidade apresentada (ANEXO A).

É uma ferramenta criada por Sullivan et al. (1989), para avaliar a gravidade da síndrome de abstinência do álcool (SAA) e classificá-la em três níveis: Leve; Moderada; Grave (Escore igual ou superior a 18).

A pontuação total orienta a conduta clínica tornando a CIWA-AR uma escala adequada para promover a segurança do paciente durante o manejo da abstinência alcoólica (SULLIVAN, et al, 1989).

É importante destacar que a escala CIWA não é uma ferramenta de diagnóstico para SAA. Em vez disso, ela serve como um instrumento para avaliar os sintomas gerais em indivíduos que já possuem um diagnóstico confirmado da síndrome (SOUZA; CORRÊA-OLIVEIRA; PESSOA, 2024).

3. A ABORDAGEM AO PACIENTE

A abordagem do paciente com transtorno mental, assim como os demais atendimentos no ambiente pré-hospitalar móvel, se inicia com a avaliação da cena para que seja possível determinar se há condições seguras para que a equipe de saúde realize o atendimento (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde (2016) recomenda a estratégia de avaliação considerando o mnemônico "ACENA" para os atendimentos em saúde mental que orienta aspectos a serem avaliados quando da chegada a um local para atendimento (Quadro 6):

Quadro 6: Descrição do Mnemônico ACENA

LETRA	SIGNIFICADO
A	Arredores, Aparência, Altura, Armas, Artefatos de uso de Álcool e drogas
C	Comportamento, Conflito, Crise na rede social e familiar
E	Equipe na cena: Expectativas e receptividade da rede social e do paciente
N	Nível de consciência, adequação à realidade, capacidade de escolha e nível de sofrimento
A	Álcool e drogas, Agressividade (violência anterior e atual), autoagressão

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O atendimento pré-hospitalar em saúde mental exige do profissional uma postura que garanta a segurança do paciente e da equipe, estabeleça vínculo terapêutico e proporcione suporte adequado à crise emocional ou psicopatológica (BRASIL, 2015).

Para facilitar a comunicação terapêutica do profissional com o paciente em crise, um esboço mnemônico "AEIOU", foi elaborado por Cavalcante, et al, 2024, e pode ajudar o profissional no momento do atendimento ao paciente. (Quadro 7).

Quadro 7: Método mnemônico AEIOU, utilizado para a comunicação terapêutica.

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA		
VOGAL	SIGNIFICADO	DEFINIÇÃO
A	Acolhimento	Oferecer apoio e cuidado prático não invasivo, ajudar as pessoas a se sentirem calmas. Momento de construção de vínculo.
E	Escuta Ativa	Compreender as necessidades e preocupações, mas sem pressionar a pessoa a falar.
I	Identificação de Fatores	Fatores de risco e proteção.
O	Orientações e Encaminhamentos	Auxiliar as pessoas na busca de informações, serviços e suportes sociais.
U	Ultimação	Proteger as pessoas de danos adicionais e transmitir perspectiva positiva e realista de melhora.

Fonte: CAVALCANTE, et al, 2024.

Para uma abordagem segura e eficaz de pacientes em crise de saúde mental, o profissional deve inicialmente, assegurar a autoproteção, avaliando o ambiente para garantir que a cena esteja segura. O profissional nunca deve adentrar a cena sozinho e, caso identifique risco, deve se retirar e solicitar reforço (BRASIL, 2015).

É importante realizar o manejo ambiental priorizando um espaço que permita livre circulação da equipe, com a retirada de objetos que possam ser usados como armas. A equipe nunca deve se posicionar em locais fechados sem rotas de saída fácil ou em situações que comprometam sua segurança.

A abordagem inicial pode ser feita por um único membro e o atendimento nunca deve ser conduzido de maneira isolada. A presença da equipe completa é essencial e esta deve manter uma postura profissional adequada, evitando expor vulnerabilidades, pois, pacientes agitados podem tentar desafiar ou explorar fragilidades percebidas na equipe (BRASIL, 2015).

O profissional responsável pela abordagem deve manter distância segura, apresentar-se ao paciente de forma clara, indicando seu nome e função. A comunicação deve ser pausada, objetiva, segura, firme e empática, com tom de voz adequado, sem frases autoritárias, evitando o uso de diminutivos ou apelidos. Sempre que possível, o paciente deve ser direcionado a um local calmo e com privacidade, protegido do olhar de estranhos. O vínculo deve ser construído com respeito e reconhecimento do sofrimento do paciente, estimulando a verbalização dos sentimentos, permitindo que o paciente fale livremente, sem interrupções ou pressões, deixando-o confortável e reforçando sua capacidade de autocontrole. Deve-se evitar movimentos bruscos, contato visual intimidativo, o uso de celulares pessoais ou realização de anotações visíveis durante o atendimento (PEREIRA, [20-?]).

O paciente deve ser reavaliado ao menor sinal de hostilidade ou agitação, pois abordagens precoces diminuem o risco de escalada da violência. Deve-se reduzir ao máximo a exposição a estímulos ambientais e afastar pessoas que desestabilizam o paciente, como familiares com quem haja conflito ou membros da equipe envolvidos em delírios do paciente (OMS, 2018).

Deve-se aplicar a técnica de inversão da escalada de violência (desescalonamento verbal), que busca reduzir a tensão emocional e prevenir a violência, utilizando estratégias de apoio (SEQUEIRA, 2014) (Quadro 8).

Quadro 8: Método mnemônico AEIOU, utilizado para a comunicação terapêutica.

ETAPA DO DESESCALONAMENTO	OBJETIVO	FRASES SUGERIDAS
Acolhimento e Aproximação	Reduzir a percepção de ameaça	"Estou aqui para te escutar, vamos conversar." "Você pode me contar o que está sentindo?"
Escuta Ativa e Validação	Demonstrar empatia e compreensão	- "Eu entendo que isso está te incomodando." "Sei que está difícil, e você não está sozinho." "Vejo que essa situação está sendo difícil para você".
Redirecionamento e Apoio	Reorientar o foco e oferecer suporte	"Vamos respirar juntos por alguns segundos?" "O que posso fazer agora por você?"
Estabelecimento de Limites Seguros	Manter a segurança com firmeza e respeito	"Você tem direito de estar bravo, mas não pode se machucar ou machucar ninguém." "Vamos conversar, mas preciso que fale mais baixo."
Oferecer Alternativas	Promover sensação de controle e autonomia	"Você prefere ficar aqui ou em um lugar mais tranquilo?" - "Quer tomar um pouco de água para se acalmar?"
Se o paciente continuar resistente, violento ou incapaz de se comunicar adequadamente, poderá ser necessária uma intervenção de contenção, sempre como último recurso.		

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Durante toda a abordagem, é imprescindível manter observação direta atenta ao comportamento do paciente, identificando sinais universais de sofrimento psíquico, como suor excessivo, choro, eliminação de urina, agitação extrema, imobilidade ou olhar fixo. A avaliação do estado emocional do paciente deve ser contínua, deve-se tentar identificar suas estratégias atuais e anteriores de enfrentamento, seu suporte social e familiar, além da identificação de riscos, como ideação suicida (QUEVEDO, CARVALHO, 2014).

Por fim, o profissional deve oferecer orientação baseada em estratégias adaptativas e resolução de problemas, com o objetivo de promover a autonomia do paciente e sua capacidade de lidar com as novas demandas e rotinas decorrentes da crise e é importante também permitir que o paciente fale livremente, sem interrupções, reforçar que ele está seguro e orientar, em casos de delírio ou desconexão, técnicas de reconexão, como sentir os pés no chão, tocar as mãos ou focar na respiração, validar as percepções do paciente sem reforçá-las e evitar tomar partido em conflitos. Deve-se reconhecer o sofrimento sem alimentar o conteúdo delirante (CAVALCANTE, et al, 2024).

O silêncio do paciente deve ser respeitado, permitindo sua organização interna. Não se deve completar frases ou pressioná-lo. Durante silêncios prolongados, é necessário manter observação contínua para sinais de risco de autoagressão, como despedidas simbólicas ou fixação do olhar. O profissional deve auxiliar na organização das ideias do paciente, estimulando-o a encontrar suas próprias soluções, sem aconselhamentos ou opiniões pessoais. Repetir e resumir informações de forma oportuna ajuda a garantir compreensão, relacionando sempre o conteúdo ao estado emocional do paciente (ALMEIDA, 2014).

Quando necessário, limites devem ser impostos de forma clara, firme e respeitosa, visando a segurança e o cuidado, sem motivações pessoais (SEQUEIRA, 2014).

4. AGITAÇÃO PSICOMOTORA

A agitação psicomotora é classificada por graus, de acordo com a intensidade dos sintomas e o risco que o paciente representa para si ou para os outros. Essa classificação é fundamental para orientar a conduta clínica de forma segura e eficaz, permitindo identificar precocemente situações de potencial autoagressão ou heteroagressão. A classificação do quadro de agitação do paciente, permite a definição de intervenções mais adequadas (BALDAÇARA, 2021). (Quadro 9)

Quadro 9: Classificação de agitação psicomotora

CLASSIFICAÇÃO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA
GRAU 1 Paciente ansioso e agitado, porém colaborativo. Está ciente do seu estado e demanda atenção. Por essa característica, está disposto a interagir, conversar e exigir coisas. Nos dá a oportunidade de conseguir acalmá-lo. Uma vez atingida uma linha de comunicação, ter facilitado um alimento ou bebida, demonstrando interesse no seu bem-estar, explicar o benefício de um agente que promova alívio da ansiedade ou remoção para uma unidade de pronto-atendimento, a fim de restabelecer o equilíbrio psicológico.
GRAU 2 Paciente disruptivo, porém sem conduta ameaçadora para consigo mesmo ou a equipe. É o paciente que joga objetos no chão, rasga a roupa, grita, e só faz contato para ofender ou manifestar que não quer nada.
GRAU 3 Agressivo, incapaz de se comunicar. Representa risco iminente de auto e heteroagressão. Paciente que pode colocar em risco sua própria integridade, assim como a da equipe assistencial. Precisa de contenção rápida e eficaz.

Fonte: BALDAÇARA, 2021.

4.1 CONTENÇÃO FÍSICA X CONTENÇÃO MECÂNICA

As contenções física e mecânica são medidas utilizadas em situações de agitação psicomotora, agressividade, risco de auto ou heteroagressão, quando outras intervenções menos invasivas falham (PREFEITURA MUNICIPAL (Ribeirão Preto), 2018).

Não é um recurso terapêutico, mas uma intervenção de segurança para conter, conduzir e restringir movimentos do paciente que devem ser utilizadas após a falha do manejo verbal e até que outras terapêuticas façam efeito.

Podem levar a lesões físicas (decorrentes da imobilização) e aumentar o risco de complicações e até morte e podem também, causar efeitos psicológicos negativos duradouros, como medo, raiva, ansiedade, pesadelos e desconfiança.

Nunca devem ser utilizadas como punição, disciplina, coerção ou por conveniência da equipe (BRAGA et al, 2016).

Essas medidas devem ser usadas somente na falha do manejo verbal, visando sempre à segurança do paciente e das pessoas no local e até que o efeito de outra ação terapêutica faça efeito (tranquilização verbal, contenção química etc)" (QUEVEDO et al, 2014).

A contenção física consiste na imobilização manual do paciente por uma equipe treinada (mínimo de cinco profissionais distribuídos na cabeça, tronco e membros), sem o uso de dispositivos mecânicos. Manobras perigosas (chaves de braço, torções, gravatas, imobilização com joelhos/peso corporal) são proscritas (STEINERT; LEPPING, 2009 apud MANTOVANI et al., 2009, ALLEN; CURRIER, 2004)).

Na contenção mecânica os profissionais após realizarem a contenção física, utilizam de dispositivos externos (faixas, ataduras) para limitar a liberdade de movimentos, prevenindo atos violentos.

Em casos de agitação grave, medidas farmacológicas devem ser realizadas conjuntamente ao procedimento de contenção física e a abordagem farmacológica deverá ser necessária mesmo após a contenção mecânica (BALDAÇARA et al., 2019).

A contenção mecânica consiste no emprego de meios físicos externos que interfiram na liberdade de movimentos corporais do paciente com a finalidade de impedir que pratique ato violento de hétero ou autoagressão (BRAGA, 2016).

Ambas as técnicas têm como objetivo principal a segurança do paciente e da equipe, mas a contenção física se baseia em força manual, enquanto a mecânica faz uso de dispositivos. O uso de qualquer uma delas deve ser feito de maneira cuidadosa, considerando os riscos envolvidos, e sempre como última alternativa (BALDAÇARA et al., 2019).

4.2 CONSIDERAÇÕES LEGAIS SOBRE O USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA

A Resolução COFEN nº 746, de 20 de março de 2024, estabelece diretrizes para o uso da contenção mecânica no âmbito da enfermagem, determinando que sua aplicação deve ocorrer apenas como último recurso, quando não houver outra forma de evitar dano imediato ou iminente ao paciente ou a terceiros.

O procedimento deve ser realizado sob supervisão direta do enfermeiro salvo em situações de urgência ou emergência em serviços pré-hospitalares móveis, nas quais é recomendada ser executada por cinco profissionais, desde que de forma segura, orientada pelo médico regulador na CRU ou pela equipe médica na cena.

A norma exige monitoramento contínuo do paciente contido pela equipe de enfermagem, com foco na segurança e na identificação precoce de eventos adversos. É obrigatório o registro detalhado em prontuário, incluindo a justificativa da contenção, sua duração, eventuais intercorrências e informações sobre o monitoramento clínico.

Além disso, a resolução revoga a COFEN nº 427/2012 e reforça a importância da atuação técnica, ética e segura da enfermagem, conforme protocolos institucionais estabelecidos.

A Resolução CFM nº 2.057, de 20 de setembro de 2013, também regulamenta a contenção mecânica no contexto psiquiátrico. Estabelece que seu uso deve ser: indicado somente para prevenir danos imediatos ou iminentes, prescrito por médico com devida justificativa clínica, registrado no prontuário, informado ao paciente, familiares ou representante legal, supervisionado continuamente e mantido pelo tempo estritamente necessário.

Ambas as resoluções visam assegurar que a contenção mecânica seja empregada de forma ética, segura, justificada e respeitosa à dignidade humana. A Resolução do COFEN destaca o papel da equipe de enfermagem nesse processo, enquanto a Resolução CFM enfatiza a prescrição médica e critérios técnicos para sua indicação.

4.3 TRANQUILIZAÇÃO QUÍMICA (CONTENÇÃO FARMACOLÓGICA)

A psicofarmacoterapia é um instrumento valioso na abordagem das urgências e emergências psiquiátricas. Sabe-se que o tempo de latência para início de ação de antipsicóticos em quadros psicóticos de antidepressivos na depressão e de estabilizadores de humor no transtorno bipolar é prolongado. Entretanto, o emprego adequado dos psicofármacos em situações de urgência/emergência psiquiátrica é muito eficaz na redução dos sintomas agudos, reduzindo a ansiedade, agitação e agressividade de diversas origens bem como de atenuação em alguns quadros de abstinência (ROCHA, COELHO, HARA, 2014).

A tranquilização química pode ser necessária no paciente agitado ou violento. Antecipar a necessidade de manejo farmacológico no início do curso clínico de um paciente com probabilidade de ficar agitado pode evitar a necessidade de contenção física (SCGIMDT, 2021).

O uso de medicamentos orais do paciente, quando disponíveis, pode facilitar a relação com o paciente. Não é incomum que o paciente com histórico psiquiátrico já tenha medicações orais em seu domicílio e que, com orientações médicas e, avaliadas caso a caso, possam ser utilizadas para evitar que a agitação piore. Nesses casos, é importante também perguntar se o paciente usou ou não alguma substância psicoativa e conhecer a farmacocinética da medicação que o próprio paciente dispõe, podendo ser uma alternativa interessante para evitar a contenção do paciente (ROCHA, COELHO, HARA, 2014).

Os fármacos disponíveis na USA para a tranquilização química, quando a medicação oral não é possível ou paciente está com agitação psicomotora Grau III, estão no quadro a seguir. Recomenda-se a padronização da via intramuscular para o atendimento das crises psicóticas, via que é considerada a mais segura para a equipe, sendo que o Midazolam e a Cetamina também permitem a administração endovenosa. Outras opções de drogas para abordagem farmacológica e com disponibilidade nas unidades do SAMU seriam o haloperidol e a prometazina. (Quadro 10).

Quadro 10: Medicações para a tranquilização química/contenção química na unidade de suporte avançado de vida do SAMU-BH.

MEDICAÇÕES	INFORMAÇÕES	CONSIDERAÇÕES
Midazolam 5mg/ml Ampola disponível na ambulância: 3 ml Dose recomendada: 2,5 a 15 mg IM para adultos acima de 40kg Obs.: em pediatria a preferência é para via endovenosa na dose recomendada de 0,05mg a 0,1mg/Kg podendo ser usado IM. Não recomendado outras vias. Característica: Benzodiazepínico, cuja variação da dose entre sedação adequada e depressão do sistema respiratório é muito pequena.	Início de ação: 5 a 15 min IM (1 a 5 min EV) Pico plasmático: 15-30 min Meia vida: 2-3 horas	Boa opção para tranquilização rápida. Pode causar depressão respiratória nos pacientes intoxicados por álcool, barbitúricos ou opióides. Evitar em pacientes já com algum nível de depressão respiratória ou na vítima de TCE associado ao quadro psiquiátrico vigente. Em casos específicos, considerar a associação com Cetamina ou Haloperidol, para evitar os possíveis efeitos colaterais associados a altas dosagens de benzodiazepínicos. Geralmente não trata os sintomas psicóticos. Evitar seu uso em gestantes e puérperas por não haver segurança em relação ao feto e lactação.



MEDICAÇÕES	INFORMAÇÕES	CONSIDERAÇÕES
Cetamina 50mg/ml Ampola disponível na ambulância: 10 ml Dose recomendada 2mg/kg/dose IM, podendo repetir após 5-10 min, se sedação não adequada com redução de 50% da dose inicial. Característica: antagonista dos receptores NMDA, que induz um estado de dissociação a estímulos externos, sem promover diminuição do perfil hemodinâmico.	Início de ação: IM: 3 a 4 min (recuperação em 3 a 4 horas) Obs.: a biodisponibilidade da cetamina IM é de 93% Pico plasmático: 5-30 min Meia vida: IM: 15 a 30 min	Os efeitos colaterais podem incluir aumento da pressão arterial, taquicardia (evitar seu uso em pacientes muito hipertensos), laringoespasma (incomum), e vômitos. Pode ocorrer agitação paradoxal se feita rapidamente principalmente pela via endovenosa e, em alguns casos, com subdoses. A cetamina pode exacerbar a esquizofrenia e pode cursar com arritmias em pacientes previamente cardiopatas ou que fizeram uso de drogas cardiotoxícas, portanto deve ser evitada nestas populações. Não trata sintomas psicóticos. O benefício do uso é a tranquilização rápida sem efeito hipotensor. Pode ser considerada a associação com Midazolam em casos selecionados.
Haloperidol 5mg/ml Dose recomendada: 5mg IM para adultos acima de 40kg (2 a 20 mg). Gestante: 5 mg (dose única). Ampola disponível na ambulância: 1 ml Característica: Neuroléptico que pertence ao grupo das butirofenonas. Obs.: a dose pediátrica é de 0,025 a 0,075 mg/kg/dose, IM (maiores de 3 anos até 12 anos e menores de 40 kg).	Início de ação: 20-30 min (IM) 10 a 15 min (IV) Pico plasmático 30-60 minutos Dose máxima em 24h: 20 mg Meia vida: 20 horas Pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30 min, se necessário	Cuidado com a população geriátrica pelo risco de reação extrapiramidal e risco de arritmias, principalmente se usada a via endovenosa. Possui baixo efeito sedativo. Pode ser usada em crianças a partir de 3 anos de idade. Eventos adversos possíveis de sedação excessiva, risco de hipotensão e síndrome neuro-léptica maligna. Não usar em pacientes com estigmas de impregnação. Cuidado com a população geriátrica pelo risco de reação extrapiramidal e risco de arritmias, principalmente se usada a via endovenosa. Possui baixo efeito sedativo. Pode ser usada em crianças a partir de 3 anos de idade.



MEDICAÇÕES	INFORMAÇÕES	CONSIDERAÇÕES
		Possui baixo efeito sedativo. Pode ser usada em crianças a partir de 3 anos de idade. Eventos adversos possíveis de sedação excessiva, risco de hipotensão e síndrome neuro-léptica maligna. Não usar em pacientes com estigmas de impregnação. Seu tempo de latência é de cerca de 20 - 30 min para iniciar algum efeito, sendo questionável sua utilização para tranquilização rápida no pré-hospitalar como droga de uso único. É recomendável a associação com a prometazina ou benzodiazepínicos. Sua associação com o Midazolam é uma boa opção como tratamento de pacientes apresentando sintomas psicóticos, nas gestantes e puérperas é a droga de escolha, sempre optando por priorizar a abordagem verbal e contenção espacial. Dose recomendada: 5mg /dose IM - Glúteo.
Prometazina 25mg/ml Ampola disponível na ambulância: 2ml Dose recomendada: 50 mg IM em adultos acima de 40kg Característica: anti-histamínico que originalmente é usado para reações alérgicas (principalmente de mucosas e pele) Obs: a dose pediátrica é de 0,5 a 1mg/kg/dose, IM (evitar em menores de 2 anos)	Início de ação IM: 30 minutos aproximadamente Pico plasmático: 90-180 minutos Meia-vida: 9-16 horas	Causa sonolência principalmente. Dificilmente terá aplicabilidade na tranquilização rápida sozinha. Seu uso geralmente deve ser associado ao Haloperidol, Deve ser evitado em casos de abuso de drogas como a cocaína, devido ao seu efeito de redução de limiar convulsivo e risco de hipotensão ortostática. Como também não há definido um tempo de início de ação satisfatório, uma opção seria o uso associado do midazolam ao haloperidol para as crises atendidas no pré-hospitalar, devendo ser avaliado caso a caso.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A continuidade terapêutica medicamentosa é de responsabilidade do médico assistente (geralmente psiquiatra). A equipe do pré-hospitalar tem um contato breve, não sendo adequado ajustes ou alterações medicamentosas do paciente.

4.4 RECURSOS A SEREM ENVIADOS PARA PACIENTES AGITADOS NO CONTEXTO DO SAMU-BH

Quadro 11: Critérios de envio de unidades móveis

USB OU SIV	USA
GRAU I Não enviar ambulância, exceto nos casos: Alta valência social, ou seja, ocorrências onde a comoção ou atenção da sociedade em torno do evento elevar a sua prioridade, mesmo que a gravidade médica seja baixa (Exemplo: queda do prefeito com entorse do pé, em via pública); Vulnerabilidade social, ou seja, é a situação em que pessoas ou grupos vivem em condições de fragilidade, seja material (como falta de renda, moradia ou acesso a serviços) ou social (como discriminação e exclusão). Essa condição decorre de fatores como baixa renda, pouca escolaridade, problemas de saúde, moradia precária ou localização em áreas desfavorecidas, o que aumenta o risco de violação de direitos (exemplo: pessoas em situação de rua ou residentes em aglomerados e solicitem em horários complexos em conseguir o transporte). Quadro clínico associado que justifique o envio de uma unidade; Nos casos de negativa de ambulância, é preciso conversar com o solicitante e de preferência com o próprio paciente, adotando uma conversa franca sobre a necessidade de procurar a unidade de referência mental do seu município por outros meios. A queixa deve ser acolhida e sugere-se que seja usados os passos de descalonamento de violência a seguir: a. Contato verbal, acolhedor, expressando interesse em ajudar. b. Ser flexível a demanda simples, como alimento e bebida adequada para o consumo dentro do centro assistencial.	GRAU I Não deve ser acionada, exceto nos casos específicos de acionamento direto de USA que estão descritos no Grau III.

USB OU SIV	USA
c. Temporizar demandas que não podem ser acolhidas imediatamente. d. Demarcar limites, estabelecendo com voz clara e firme, que não será admitida qualquer conduta ofensiva ou disruptiva. e. Caso a disrupção esteja interferindo, considerar mudar o paciente de lugar, afastando-o das demais pessoas ao redor. Obs.: Se o médico regulador identificar que não há necessidade de envio de ambulância, inicialmente verificará se o paciente está acompanhado ou sozinho. Na presença do acompanhante, pode-se orientar o uso de medicação oral previamente prescrita pelo médico assistente, desde que cada caso seja avaliado individualmente, considerando se a dose habitual já foi administrada e se houve uso de outras medicações ou substâncias psicoativas que possam interferir no efeito esperado. Além disso, o paciente e seus acompanhantes devem ser orientados a observar sinais de agravamento clínico, como agitação, confusão, alterações de comportamento, sonolência excessiva ou qualquer outra mudança significativa no estado geral. Diante de qualquer sinal de piora, recomenda-se manter o paciente sob observação, encaminhá-lo ao serviço de referência ou acionar novamente o Samu para uma nova avaliação. Caso o paciente esteja desacompanhado, deve-se orientá-lo a procurar o centro de referência em saúde mental, além de repassar os dados à coordenação médica para que a equipe do CERSAM possa realizar busca ativa e garantir o acompanhamento adequado.	
GRAU II • Avaliar segurança da cena • Abordar verbalmente a vítima utilizando inicialmente as medidas de inversão de escala de violência citadas para o Grau I. • Se preparar para a contenção física padrão, caso a abordagem não funcione (exceção: crianças menores de 12 anos. Neste caso a recomendação é a tranquilização química)	GRAU II Não deve ser acionada, exceto nos casos específicos de acionamento direto de USA que serão descritos.



USB OU SIV	USA
Obs: Em casos de pacientes TEA, fazer abordagem diferenciada, conforme orientações contidas na página 56 deste Protocolo. Obs: Caso a contenção física piore o estado da vítima, discutir caso com a regulação secundária para possível apoio da USA e tranquilização química. O médico regulador, pode estimular a vítima a usar alguma medicação oral que o indivíduo já possua, de acordo com receita médica prévia enquanto a ambulância não chega (porém individualizar cada caso, considerando se a vítima já usou medicações ou substâncias psicoativas, neste momento, que podem interferir na medicação que será ofertada). Em vítimas com Escala de Coma Glasgow entre 9 a 12 conforme POP-REG-01, dar preferência ao envio da SIV em detrimento da USB, sempre que disponível.	
GRAU III • Avaliar a segurança da cena e pedir apoio ao Corpo de Bombeiros ou Guarda Municipal: em casos de TAE em grande altura, enforcamento em curso, intoxicações por pacientes obesos e / ou disrupção com agitação psicomotora sem armas na cena; • Solicitar apoio da PMMG em casos de: cena de crime, presença de refém, ameaça à segurança pública ou patrimonial, paciente portando armas, heteroagressividade não modulada com descalonamento verbal; • Pedir apoio da USA para realização de tranquilização química (discutir caso com a regulação secundária); • Discutir a contenção física com o Regulador Secundário. Para segurança da equipe e do paciente realizar a técnica conforme descrito na página 56 deste protocolo. O tempo médio de atendimento em cena desta ocorrência varia de acordo com o caso do paciente, não há como estimar tempo de atendimento. Caso haja refém na cena e for necessário permanecer mais de 4 horas na cena, a CRU deverá realizar escala entre as Unidades que ficarão disponíveis na cena.	GRAU III • Avaliar segurança da cena e pedir apoio do Corpo de Bombeiros, Guarda Municipal e / ou da Polícia Militar, conforme critérios estabelecidos ao lado. Realizar a contenção mecânica padrão, para segurança da equipe e do paciente realizar a técnica conforme descrito na página 54 deste protocolo. • Realizar a tranquilização química (se necessário) Obs.: situações que podem culminar com o acionamento direto da USA nos quadros de agitação psicomotora: • Enforcamento ou outra TAE em grande altura ou intoxicações por pacientes obesos em curso; • Glasgow < 9 (geralmente associado a intoxicações exógenas); Agravo clínico grave associado (ex.: paciente em surto é coronariopata e está com dor torácica e outros estigmas de SCA, além do quadro de agitação);

USB OU SIV	USA
	• Situações que envolvam refém ou armas (nesse caso a PM deve ser acionada e a aproximação da equipe acontecerá somente após a segurança da cena instalada); • Overdose associada ao quadro de agitação (discutir com a regulação secundária); • Surto associado a quadro de abstinência alcoólica grave (CIWA-AR > ou = 18); • Agitação GRAU II ou III em menores de 12 anos. O tempo médio desta ocorrência em cena varia de acordo com o caso do paciente, não há como estimar tempo de atendimento. Caso haja refém na cena e for necessário permanecer mais de 4 horas na cena, a CRU deverá realizar escala entre as Unidades que ficarão disponíveis na cena.

5. A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL (RAPS)

A Lei Federal 10.216/2001 estabeleceu os direitos das pessoas com transtornos mentais e orientou a reformulação do modelo de atenção em saúde mental, tendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como principal serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O CAPS oferece atendimento especializado para evitar internações psiquiátricas, com acolhimento em regime diurno e, em crises severas, também noturno. A RAPS, regulamentada pela Portaria GM/MS 3.088/2011 (consolidada na Portaria 03/2017), organiza e integra os serviços de saúde mental no SUS, promovendo a criação e articulação de pontos de cuidado, inclusive para usuários de álcool e outras drogas (PEREIRA, et al, 2020, MINAS GERAIS, 2006).

Em Belo Horizonte, os CAPS são denominados Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e atendem por demanda espontânea ou por encaminhamento, atuando como serviço aberto para crises e urgências em saúde mental. A rede municipal conta com unidades específicas para atendimento infantojuvenil, para pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas, e com serviços de apoio em horário noturno e fins de semana. O município também dispõe de diversos componentes da RAPS, sendo os CERSAM as principais referências para urgências em saúde mental, inclusive para encaminhamentos do SAMU-BH (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2022).

Atualmente as referências para as urgências em Saúde Mental no município de Belo Horizonte são:

- 8 unidades de Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) no município: Barreiro, Leste (referência para as regiões Leste e Centro-Sul), Oeste (referência para as regiões Oeste e Centro-Sul), Nordeste, Noroeste, Norte, Pampulha e Venda Nova.
- 3 unidades de Centro Referência em Saúde Mental Infanto-juvenil (CERSAMi): Localizados nas regiões Noroeste (referência para as regionais Noroeste, Oeste e Pampulha), Nordeste (referência para as regionais Nordeste, Norte e Venda Nova) e Centro-Sul [antigo CEPAL] (referência para as regionais Centro-Sul, Leste, Barreiro);
- 5 unidades de Centro de Referência em Saúde Mental álcool e outras drogas (CERSAM AD): Barreiro (referência para as regionais Barreiro e Oeste), Centro-Sul [antigo CMT] (referência para as regionais Centro-Sul e Leste), Nordeste (referência para as regionais Nordeste e Norte), Pampulha/Noroeste (referência para as regionais Pampulha e Noroeste) e Venda Nova (referência para as regionais Venda Nova e Norte);

- Retaguarda Psiquiátrica diurna nos finais de semana e feriados (7h às 19h, aos sábados, domingos e feriados):
CERSAM AD Pampulha /Noroeste que oferece suporte aos demais CERSAM e urgências clínicas como UPA e hospitais da RAPS-BH, em situações em que os usuários desses serviços precisam de avaliação ou intervenção específica, além de atender todas as urgências psiquiátricas do público adulto do município encaminhadas por SAMU, PM, COBOM.
- Retaguarda psiquiátrica noturna para os CERSAM de BH:
Dividida entre o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) e o serviço de Acolhimento Noturno do CERSAM AD Pampulha /Noroeste que funcionam das 19h às 7h, sendo responsáveis pelo atendimento de todas as urgências psiquiátricas do público adulto do município, encaminhadas via SAMU, PM, Bombeiros, Hospitais, UPA e CERSAM, sendo a demanda regulada por eles. O SUP é referência para as regionais Leste, Venda Nova, Nordeste, Norte e parte da Centro-Sul e o CERSAM AD Pampulha/Noroeste referência para as regionais Barreiro, Noroeste, Oeste, Pampulha e parte da Centro-Sul.
- CERSAMi Centro-Sul responsável pelo atendimento das urgências psiquiátricas no período noturno do público infanto-juvenil;
- Consultório na Rua de Belo Horizonte (CnaR) é um serviço itinerante que oferece cuidado em saúde à população em situação de rua, por meio de acolhimento humanizado, escuta qualificada e avaliação de risco. A equipe atua diretamente nos territórios com uma van, atendendo demandas espontâneas e planejando cuidados conforme cada caso. Além disso, articula com a rede de saúde e inter-setorial para garantir o acesso dessa população ao SUS, encaminhando para outros serviços quando necessário.

No geral, esses serviços compõem a retaguarda de atendimento em saúde mental no município e são as principais referências para encaminhamentos realizados pelo SAMU-BH, após pactuação entre os serviços foram definidos os critérios de encaminhamento, descritos no quadro abaixo (conforme documento PAS. SUASA - 002).

5.1 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES

Quadro 12: Pactuação dos encaminhamentos em saúde mental

CRITÉRIOS	UNIDADE DE ENCAMINHAMENTO
Pacientes em agitação que não precisaram de tranquilização rápida e não estão intoxicados com álcool e drogas e apresentem: • Ausência de outros agravos clínicos ou traumáticos atuais importantes. • Ausência de descompensação de doença crônica durante o atendimento. • Escala de coma de Glasgow > 12 sem alteração da escala de Cincinnati. • FC < ou = 120 bpm. • PAS > 90 e < 190 bpm sem sinais de lesão de órgão alvo. • PAD < 110 bpm. • Glicemia capilar entre 70 e 200 mg/dL. • FR entre 12 e 30 ipm. • Ausência de delirium, por geralmente ser secundário a agravo clínico. • Ausência de ingestão de solvente. Ausência de abstinência alcoólica grave (CIWA-Ar) < ou = 18.	Das 7h às 19h: para o CERSAM/ CERSAM AD/ CERSAMi de referência (inclusive aos finais de semana e feriados). Nos finais de semana e feriados, os casos que necessitarem de reavaliação médica deverão ser encaminhados para a retaguarda médica do CERSAM AD Pampulha Noroeste. Das 19h às 7h: para o SUP/Acolhimento Noturno do CERSAM AD Pampulha Noroeste (inclusive aos finais de semana e feriados). Finais de semana e feriados: crianças e adolescentes (até completar 18 anos) devem ser encaminhados para CERSAMi Centro-Sul
Pacientes que foram submetidos à tranquilização rápida se: • Ausência de outros agravos clínicos ou traumáticos atuais importantes. • Ausência de descompensação de doença crônica durante o atendimento. • Escala de Rass > ou = -2. • FC < ou = 120 bpm. • PAS > 90 e < 190 bpm sem sinais de lesão de órgão alvo.	CERSAM/ CERSAM AD/ CERSAMi de referência de 7h às 19h de segunda a sexta-feira. SUP de referência de 19h às 07h, de segunda à sexta-feira e aos sábados e domingos. Obs.: aos sábados, domingos e feriados, se houver necessidade de avaliação médica direcionar ao CERSAM AD Pampulha Noroeste. Finais de semana e feriado: crianças e adolescentes (até completar 18 anos) devem ser encaminhados para CERSAMi Centro-Sul

CRITÉRIOS	UNIDADE DE ENCAMINHAMENTO
• PAD < 110 bpm. • Glicemia capilar entre 70 e 200 mgdL. • FR entre 12 e 30 ipm. • Ausência de delirium, por geralmente ser secundário a agravo clínico. • Ausência de ingestão de solvente. • Ausência de intoxicação por álcool ou drogas. Ausência de abstinência alcoólica grave (CIWA-Ar) < ou =18.	
Pacientes que foram submetidos à tranquilização rápida se: • Agravos clínicos ou traumáticos atuais importantes. • Presença de descompensação de doença crônica durante o atendimento. • Escala de Rass < ou = -3. • FC > ou = 120 bpm. • PAS < 90 ou > 190 bpm ou hipertensão com sinais de lesão de órgão alvo (LOA). • PAD > 110 bpm. • Glicemia capilar <70 mesmo após correção com SGH50% ou > 200 mgdL. • FR < 12 ou > 30 ipm. • Presença de delirium, por geralmente ser secundário a agravo clínico. • Ingestão de solvente • Intoxicação por álcool ou drogas Abstinência alcoólica grave (CIWA-Ar) >18	UPA de referência. Obs.: considerar encaminhar à unidade hospitalar casos de intoxicação por solvente.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

6. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

O PROTOCOLO SPIKES

A má notícia é uma informação que afeta de forma adversa e considerável a visão do indivíduo sobre o futuro (BAILE et al, 1992). Trata-se de uma informação que acarreta na pessoa um comportamento cognitivo ou déficit emocional que persiste algum tempo após o recebimento da notícia.

A resposta ao recebimento de uma má notícia depende em certo grau de fatores subjetivos como as experiências de vida, a personalidade, as crenças espirituais e as filosóficas, o apoio social percebido e a condição psicológica do indivíduo (PTACEK; EBERHARDT, 1996 apud FALLOWFIELD; JENKINS, 2004).

Comunicar más notícias constitui-se uma tarefa complexa que envolve encontrar as palavras adequadas com uma linguagem compreensível (ROSENZWEIG, 2012).

O Ministério da Saúde preconiza o protocolo/mnemônico "SPIKES" para a comunicação de más notícias (BRASIL, 2021) (Quadro 12).

Quadro 12: Protocolo SPIKES: Comunicação de Más Notícias

ITEM	SIGNIFICADO	EXPLICAÇÃO
S	<i>Setting up</i>	Refere-se à preparação de condições para a comunicação, tais como buscar um local ou condições que permitam a privacidade para a conversa. Se necessário, envolva pessoas próximas de quem for receber a notícia, como um familiar. Se possível e disponível, ofereça para que a pessoa se sente, busque estabelecer conexão com ela através de contato visual ou tocando seu ombro, por exemplo, e evite interrupções.
P	<i>Perception</i>	"Antes de falar, pergunte". Refere-se a perguntar ao receptor da comunicação o que ele sabe ou o que percebe sobre a situação atual.
I	<i>Invitation</i>	Forneça a informação necessária, sem eufemismos e de forma direta e simples. Por exemplo, notifique com clareza a morte, use palavras claras como "morreu", e de fácil compreensão, sem deixar dúvidas. Possibilite que a pessoa pergunte. O detalhamento da informação pode não ser desejado; fale o essencial e detalhe o que a pessoa tenha interesse em saber, considerando o que for apropriado à situação.
K	<i>Knowledge</i>	Expressões de alerta como "infelizmente tenho notícias ruins" ou "sinto dizer" servem como aviso do que está por vir. Seja claro, evite termos técnicos e certifique-se de que o receptor compreendeu a informação. Se necessário, comunique a informação aos poucos, confirmando o entendimento do que já foi dito.

ITEM	SIGNIFICADO	EXPLICAÇÃO
E	<i>Emotions/ Empathy</i>	Emoções frente à má notícia podem ser diversas, como descrença, raiva e choro. Permita que a pessoa se expresse, observe inicialmente a reação e mostre empatia com frases como: "é compreensível", "qualquer pessoa se sentiria assim diante dessa notícia", "eu queria ter melhores notícias" ou "também é difícil para nós termos de dizer isso". Se a reação gerar dúvidas, certifique-se de que a pessoa entendeu o que foi dito.
S	<i>Strategy/ Summary</i>	Resumir a informação, se necessário, certificar-se do entendimento e esclarecer os próximos passos a serem tomados.

Fonte: BAILE et al, 2000; INCA, 2009

Diante da complexidade e da profunda carga emocional que envolvem esse momento, a correta aplicação do Protocolo SPIKES transcende o cumprimento de uma técnica, posicionando o profissional de saúde como o elo fundamental humanizador do processo. A competência técnica, a sensibilidade e a escuta ativa do profissional são determinantes para acolher a subjetividade do indivíduo e decodificar suas reações de forma empática. Assim, mais do que simplesmente transmitir a informação, a condução ética e preparada do profissional atenua o impacto inicial do luto, assegurando que o receptor compreenda o cenário e se sinta apoiado na construção de um novo significado para o seu futuro.

7. ATRIBUIÇÕES DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS SAMU

A seguir encontram-se listadas as atribuições das categorias profissionais atuantes no SAMU BH.

Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM) – “Atendente 192”

- Atender solicitante e obter as informações pertinentes de forma ágil, realizando os registros conforme padronizado no serviço;
- Empenhar a unidade definida pelo médico regulador secundário, de acordo com os critérios estabelecidos para o atendimento em Saúde Mental;
- Observar na tela o tempo de espera da ocorrência, alertando o enfermeiro da Central de Regulação das Urgências;
- Zelar pela segurança das equipes de atendimento das unidades móveis, comunicando caso identifique alguma situação de risco aos profissionais durante o atendimento ao solicitante.

Médico Regulador Primário

- Atender ao solicitante reportando casos de pacientes com agravos a saúde mental, conforme as diretrizes técnicas atuais e padronizações estabelecidas no SAMU-BH;
- Atender ao solicitante e obter informações relevantes para o caso;
- Definir com base nas informações obtidas quanto à indicação de envio de ambulância, considerando o que está estabelecido nas diretrizes deste Protocolo;
- Orientar o solicitante a realizar alguma ação para a segurança dele ou do paciente, quando pertinente;
- Preencher a Ficha de Triagem com as informações referentes ao atendimento prestado, enfatizando os achados relativos que caracterizem um paciente com agravo à sua saúde mental;
- Informar na Ficha de Triagem o nível de recurso a ser empenhado para o atendimento;
- Zelar pela segurança das equipes de atendimento das unidades móveis, obtendo e registrando informações que possam contribuir na identificação de situações de risco para os profissionais.

Telefonista Auxiliar de Regulação Médica - Despachante

- Acompanhar na tela as informações referentes às demandas de atendimento geradas pelo médico regulador primário;
- Destinar as unidades móveis para atendimento, considerando as prioridades estabelecidas pelo médico regulador primário e secundário;
- Fornecer de forma clara e objetiva as informações necessárias para o atendimento e deslocamento das unidades móveis;
- Receber as informações fornecidas pelos profissionais das unidades móveis e registrar de forma clara e fiel;
- Registrar, de forma fidedigna, as informações e dados referentes ao atendimento fornecidas pelas unidades móveis, bem como, as condutas informadas pelo médico regulador secundário às equipes das unidades em atendimento;
- Zelar pela segurança das equipes de atendimento das unidades móveis;
- Realizar contato com a serviços de segurança pública em casos de atendimento em via pública, solicitado pela equipe das unidades móveis ou se identificada situação de risco para os profissionais das unidades móveis (vítima agressiva, com posse de objeto que possa causar lesão na equipe).

Médico Regulador Secundário

- Analisar e definir as condutas de atendimento a casos de pacientes com agravos a saúde mental, conforme as diretrizes técnicas atuais e padronizações estabelecidas no SAMU-BH;
- Solicitar ao telefonista Auxiliar de Regulação Médica o empenho imediato do recurso adequado, quando se tratar de uma vítima grave ou com potencial de tornar-se grave, conforme os dados informados pelo médico regulador primário;
- Zelar pela segurança das equipes de atendimento das unidades móveis, mantendo atenção e orientando as equipes de imediato quanto às medidas para a preservação da segurança dos profissionais;
- Acompanhar continuamente as solicitações que envolvam casos de surtos psicóticos com risco de morte ou de causar lesão a equipe e de tentativas de autoextermínios;
- Definir com o enfermeiro da Central de Regulação das Urgências, qual a equipe para ser enviada para o atendimento quando se tratar de pacientes com agravos a saúde mental e informar a decisão ao TARM;

- Orientar as equipes sobre a atenção quanto a segurança da cena e a abordagem ao paciente;
- Orientar a USB quanto aos procedimentos a serem realizados após ciência da condição clínica do paciente;
- Prescrever a contenção física e ou mecânica do paciente levando em consideração os fatores necessários para se realizar o procedimento, número de profissionais etc;
- Solicitar ao TARM o envio de uma unidade, de acordo com a necessidade do paciente, para apoio a equipe empenhada para o atendimento;
- Orientar as equipes de unidades móveis quanto aos procedimentos a serem adotados, sempre que necessário;

Enfermeiro na Central de Regulação das Urgências

- Atuar conforme os preceitos éticos e legais referentes aos atendimentos em caso de pacientes com agravos a saúde mental;
- Atuar como referência para os profissionais de enfermagem no plantão, zelando pelas diretrizes técnicas, éticas e legais;
- Acompanhar, na tela e via rádio comunicador, os atendimentos prestados pelas equipes, contribuindo na identificação de informações referentes à segurança da equipe e de ocorrências envolvendo profissionais de enfermagem que demandem comunicação e/ou intervenções;
- Definir com o médico regulador secundário qual a equipe para ser enviada para o atendimento quando se tratar de pacientes com agravos a saúde mental e informar a decisão ao TARM;
- Fornecer orientações aos profissionais de enfermagem quando solicitado;
- Zelar pela segurança das equipes de atendimento das unidades móveis;
- Contribuir para a orientação técnica dos profissionais das unidades de suporte básico.

Médico nas Unidades Móveis

- Atuar conforme os preceitos éticos e legais referentes aos atendimentos em caso de pacientes com agravos a saúde mental;
- Iniciar o deslocamento rapidamente, conforme padronizado no SAMU-BH;

- Utilizar equipamentos de proteção individual apropriados, conforme padronizado no SAMU-BH;
- Atender pacientes com agravos a saúde mental, conforme as orientações técnicas e padronizações estabelecidas no SAMU-BH;
- Solicitar à Central de Regulação das Urgências (CRU) o apoio de forças de segurança em situações de risco para a equipe;
- Informar à Central de Regulação das Urgências (CRU) as informações pertinentes e relevantes para a localização da equipe e que se registre os horários e tenha ciência quanto ao andamento do atendimento;
- Realizar contatos, com o médico regulador secundário, fornecendo as informações pertinentes quanto ao atendimento prestado;
- Fazer o registro completo das informações nos formulários padronizados pelo município. No caso do SAMU-BH, no Registro de Atendimento Pré-Hospitalar (RAPH);
- Fornecer informações aos familiares/responsáveis dos pacientes com agravos a saúde mental, considerando a história pregressa, a evolução do quadro clínico, o prognóstico e a necessidade de procedimentos adicionais;
- Realizar a transferência de cuidados na unidade de destino do paciente, garantindo o fornecimento da informação de forma completa e clara, solicitando ao profissional responsável pelo recebimento do paciente, a assinatura no Registro de Atendimento Pré-hospitalar ou similar utilizado pelo município;
- Zelar junto com a equipe pela disponibilidade, integridade, higiene e manutenção dos materiais e equipamentos utilizados nos atendimentos prestados;
- Responsabilizar-se junto aos demais membros da equipe pelas medidas para segurança de todos os envolvidos no atendimento;
- Contribuir para a orientação técnica dos profissionais das unidades de suporte básico (USBs).

Enfermeiro nas Unidades Móveis

- Atuar conforme os preceitos éticos e legais referentes aos atendimentos de pacientes com agravos a saúde mental;
- Iniciar o deslocamento rapidamente, conforme padronizado no SAMU-BH;
- Contribuir no fornecimento de informações, à CRU, através do sistema operacional e, em casos de RV do rádio comunicador ou ligação telefônica;

- Utilizar equipamentos de proteção individual apropriados, conforme padronizado no SAMU-BH;
- Atender a pacientes com agravos a saúde mental, conforme as diretrizes técnicas atuais e padronizações estabelecidas no SAMU/BH;
- Atuar como referência para a equipe de enfermagem durante o atendimento na cena;
- Realizar registros referentes aos atendimentos, conforme padronizado, garantindo a qualidade das informações, retratando o atendimento prestado;
- Realizar a transferência de cuidados na unidade de destino do paciente, garantindo o fornecimento da informação de forma completa e clara;
- Corresponsabilizar-se juntos aos demais membros da equipe pelas medidas para segurança de todos os envolvidos no atendimento;
- Zelar e garantir com a participação da equipe pela disponibilidade, integridade, higiene e manutenção dos materiais e equipamentos utilizados nos atendimentos prestados;
- Contribuir para a orientação técnica dos profissionais das unidades de suporte básico;
- Fazer o registro completo das informações nos formulários padronizados pelo município. No caso do SAMU-BH, no Registro de Atendimento Pré-Hospitalar, no sistema padronizado pelo serviço e no Livro de Registro Atendimentos.

Técnico de Enfermagem nas Unidades Móveis

- Atuar conforme os preceitos éticos e legais referentes aos atendimentos a pacientes com agravos a saúde mental;
- Iniciar o deslocamento rapidamente, conforme padronizado no SAMU-BH;
- Utilizar equipamentos de proteção individual apropriados, conforme padronizado no SAMU-BH;
- Informar à CRU as informações importantes para a localização da equipe para que se registre os horários e tenha ciência quanto ao andamento do atendimento;
- Comunicar de imediato à CRU os achados à avaliação inicial, de forma completa, clara e objetiva, considerando as diretrizes deste protocolo permitindo ao médico regulador secundário a tomada de decisão quanto aos procedimentos a serem executados no paciente;

- Atender aos pacientes com agravos a saúde mental, conforme as diretrizes técnicas atuais e padronizações estabelecidas no SAMU-BH;
- Realizar contatos, com o médico regulador secundário fornecendo as informações pertinentes quanto ao atendimento prestado;
- Fazer o registro completo das informações nos formulários padronizados pelo município. No caso do SAMU-BH, no Registro de Atendimento Pré-Hospitalar e no Livro de Registro Atendimentos;
- Executar os procedimentos e atividades conforme as legislações vigentes, realizando as ações de acordo com a sua competência profissional;
- Apoiar as unidades de suporte avançado nos atendimentos aos pacientes com agravos a saúde mental seguindo as orientações do enfermeiro e executando ações conforme as prescrições médicas;
- Realizar a transferência de cuidados na unidade de destino do paciente, garantindo o fornecimento da informação de forma completa e clara, solicitando ao profissional responsável pelo recebimento do paciente, a assinatura no Registro de Atendimento Pré-hospitalar ou similar utilizado no município;
- Corresponsabilizar-se junto aos demais membros da equipe pelas medidas para segurança de todos os envolvidos no atendimento;
- Zelar junto com a equipe pela disponibilidade, integridade, higiene e manutenção dos materiais e equipamentos utilizados nos atendimentos prestados.

Condutor de ambulância

- Atender aos pacientes com agravos a saúde mental, conforme as diretrizes técnicas atuais e padronizações estabelecidas no SAMU-BH;
- Iniciar o deslocamento rapidamente, conforme padronizado no SAMU-BH;
- Realizar o deslocamento, conforme as normas do serviço relativo ao uso de sinalizador óptico e acústico e velocidade de segurança;
- Utilizar equipamentos de proteção individual apropriados, conforme padronizado no SAMU-BH;
- Atuar conforme a legislação vigente dentro de sua competência profissional;
- Atentar-se para ações específicas (ex.: sinalização de via, posicionamento da ambulância) que contribuem para a segurança da equipe;
- Corresponsabilizar-se junto aos demais membros da equipe pelas medidas para

segurança de todos os envolvidos no atendimento;

- Garantir as condições de segurança e uso do veículo;
- Zelar junto com a equipe pela disponibilidade, integridade, higiene e manutenção dos materiais e equipamentos utilizados nos atendimentos prestados.

Supervisor da Central de Regulação

- Fornecer as orientações aos técnicos auxiliares de regulação médica sob sua responsabilidade, quando solicitado;
- Zelar pela segurança das equipes de atendimento das unidades móveis.

Enfermeiro no Transporte em Saúde

- Atuar conforme os preceitos éticos e legais referentes aos atendimentos em caso de pacientes com agravos a saúde mental;
- Atuar como referência, no plantão, para os profissionais de enfermagem do Transporte em Saúde, zelando pelas diretrizes técnicas, éticas e legais;
- Acompanhar, na tela e via rádio comunicador, os transportes realizados pelas equipes, contribuindo na identificação de informações referentes à segurança da equipe e de ocorrências envolvendo profissionais de enfermagem que demandem comunicação e/ou intervenções;
- Solicitar avaliação do caso, pelo médico regulador do SAMU-BH, diante de transportes de pacientes com agravos a saúde mental que possam colocar em risco a integridade dele e/ou da equipe;
- Fornecer orientações aos profissionais de enfermagem quando solicitado;
- Zelar pela segurança das equipes de atendimento das unidades móveis;
- Contribuir para a orientação técnica dos profissionais das unidades de suporte básico.

Equipe do Serviço de Arquivo Médico

- Garantir a adequada guarda dos documentos físicos gerados nos atendimentos prestados pelas unidades móveis;
- Fornecer dados para alimentar os indicadores do serviço.

Referência Técnica Médica do SAMU-BH

- Atuar conforme os preceitos éticos e legais referentes nos atendimentos aos pacientes com agravos a saúde mental, zelando para que a equipe médica também assim o faça;
- Definir as diretrizes técnicas e operacionais do serviço;
- Orientar os profissionais sob sua responsabilidade;
- Arbitrar quanto às questões técnicas, médicas e de regulação não previstas nas rotinas, intermediando, se necessário, os contatos com a Gerência do SAMU/BH;
- Compartilhar e corresponsabilizar-se com as demais referências de setores do serviço as decisões técnicas e comportamentais sempre que necessário;
- Apoiar a equipe do NEP nos treinamentos, capacitações e atividades realizadas em saúde Mental;
- Registrar intercorrências relacionadas à aplicação do protocolo;
- Comunicar ao NEP dúvidas frequentes e outras informações pertinentes ao protocolo;
- Zelar pela segurança das equipes de atendimento das unidades móveis.

Referência Técnica de Enfermagem do SAMU-BH

- Atuar conforme os preceitos éticos e legais referentes aos atendimentos aos pacientes com agravos a saúde mental, zelando para que a equipe de enfermagem também assim o faça;
- Definir as diretrizes técnicas e operacionais do serviço;
- Orientar os profissionais sob sua responsabilidade;
- Arbitrar quanto às questões técnicas, de enfermagem não previstas nas rotinas intermediando se necessário os contatos com a Gerência do SAMU/BH;
- Compartilhar e corresponsabilizar-se com as demais referências de setores do serviço decisões técnicas e comportamentais sempre que necessário;
- Apoiar a equipe do NEP nos treinamentos, capacitações e atividades realizadas

em saúde mental;

- Comunicar ao NEP dúvidas frequentes e outras informações pertinentes ao protocolo;
- Zelar pela segurança das equipes de atendimento das unidades móveis.

Gerente do SAMU-BH

- Realizar ações gerenciais para facilitar o atendimento aos pacientes com agravos a saúde mental;
- Apoiar e acompanhar melhorias para o atendimento aos pacientes com agravos a saúde mental;
- Acompanhar os processos de trabalho em Saúde Mental;
- Articular e acompanhar a efetiva interligação da Rede de Atenção em Saúde Mental com Samu BH;
- Decidir sobre os casos específicos em Saúde Mental;
- Registrar intercorrências relacionadas à aplicação do protocolo;
- Comunicar ao NEP dúvidas frequentes e outras informações pertinentes ao protocolo;
- Acompanhar as solicitações de empenho em agravos psiquiátricos, observando tempo de espera e evolução do caso.

8. DIRETRIZES

Abaixo estão listadas as diretrizes para atendimento em Saúde Mental do SAMU-BH.

ATENDIMENTO PELOS TELEFONISTAS AUXILIARES DE REGULAÇÃO MÉDICA - "192"

- O telefonista auxiliar de regulação médica (TARM) deverá registrar rapidamente o endereço colocando os pontos de referência de acordo com as informações colhidas junto ao solicitante e transferir a ligação para o médico regulador primário.
- Se durante o chamado o TARM suspeitar se tratar de uma ocorrência de PCR ou inconsciência, ele deverá assinalar no campo próprio do sistema, e transferir para a regulação primária o mais breve possível, após coletar as informações necessárias quanto ao endereço e pontos de referência.
- É obrigatório informar ao médico regulador primário se durante o chamado, o TARM identificar ruídos suspeitos ou alguma situação em andamento que possa colocar em risco a segurança da equipe de atendimento, caso seja enviada.

REGULAÇÃO PRIMÁRIA EM SITUAÇÕES RELACIONADAS A SAÚDE MENTAL

- O médico regulador primário ao atender uma solicitação em que há relato de "irresponsividade da vítima" deve obter informações de forma a determinar a natureza do quadro segundo orientações do Fluxograma de alteração do nível de consciência para a regulação primária.
- O médico regulador primário deve conduzir a triagem inicial com escuta atenta, empatia e objetividade, conforme os seguintes passos:

1.1 Conduta Inicial:

- » Identificar-se e tranquilizar o solicitante;
- » Criar uma atmosfera de confiança e escuta ativa;
- » Perguntar:
 - » Qual o motivo da ligação?
 - » Qual o sexo e a idade aproximada do paciente?
 - » A vítima respira? Está consciente/ acordada?
- » Levantamento Clínico Inicial:
 - » Há doenças pré-existentes?
 - » Existe histórico de transtornos mentais?
 - » Quais medicamentos o paciente faz uso? Se SIM, ele fez uso deles hoje?
 - » Houve algum evento que possa ter desencadeado ou esteja relacionado ao quadro atual?



» Avaliação de Risco:

» Avalie possíveis riscos em três dimensões:

» **Risco de dano ao próprio paciente:**

» Há ideação suicida ou tentativa de suicídio?

» Apresenta comportamentos de automutilação ou autonegligência?

» Há alucinações, delírios, comportamentos bizarros ou impulsivos?

» **Risco de dano a terceiros:**

» O paciente demonstra agressividade ou ações destrutivas?

» Há negligência de dependentes ou risco de violência?

» **Risco de dano ao paciente por terceiros:**

» Há sinais de negligência, violência, abuso sexual ou situação de vulnerabilidade?

» 1.4 Estado Mental e Clínico do Paciente:

» Está orientado ou confuso?

» Perdeu a consciência em algum momento?

» Está em tratamento psiquiátrico? (Se sim, onde?)

» Usou álcool ou outras drogas?

» Apresenta lesões visíveis ou sangramentos?

» Está em tentativa de autoagressão ou agressão a outros?

» Está em situação de vulnerabilidade social?

- Critérios para envio de ambulância em caso de vulnerabilidade social: pessoa em situação de vulnerabilidade social associada a um sofrimento grave (ex: paciente com debilidade física ou nutricional grave, presença de lesões com sinais de infecção avançada, pessoas em aglomerados que solicitem o SAMU no horário de 22:00 às 06:00h ou outra situação identificada pelo médico regulador).

1.5 Sugestão para negativa de ambulância para casos que não necessitem do SAMU:

"Prezado (...) a situação relatada não configura agitação que necessite de resgate em ambulância. Sugerimos procurar o CERSAM/ CERSAM AD/ SUP de referência em veículo comum".

As perguntas devem ser claras, objetivas para estimar o grau de prioridade para a tomada de decisão:



Grau de prioridade	Situação	Recurso
Vermelho	Caso grave, com necessidade de <u>atendimento imediato</u> . Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros.	Acionamento de USA
Laranja	Risco significativo. Condições que potencialmente ameaçam à vida e requerem rápida intervenção.	Acionamento USB ou SIV com prioridade
Amarelo	Casos de gravidade moderada. Condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas rapidamente	Acionamento USB ou SIV
Verde	Condições que apresentam algum potencial para complicações e/ ou valência social.	Acionamento USB
Cinza	Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, sem alterações dos sinais vitais.	Orientações

GRAU DE PRIORIDADE	TEMPO PARA DESPACHO DA AMBULÂNCIA
Vermelho	Envio imediato.
Laranja (em implantação)	Envio em até 10 minutos.
Amarelo	Envio em até 1 Hora.
Verde	Envio em até 3 Horas.

- Se o médico regulador identificar que não há necessidade de envio de ambulância, inicialmente verificará se o paciente está acompanhado ou sozinho. Na presença do acompanhante, pode-se orientar o uso de medicação oral previamente prescrita pelo médico assistente, desde que cada caso seja avaliado individualmente, considerando se a dose habitual já foi administrada e se houve uso de outras medicações ou substâncias psicoativas que possam interferir no efeito esperado. Além disso, o paciente e seus acompanhantes devem ser orientados a observar sinais de agravamento clínico, como agitação, confusão, alterações de comportamento, sonolência excessiva ou qualquer outra mudança significativa no estado geral.
- Diante de qualquer sinal de piora, recomenda-se manter o paciente sob observação, encaminhá-lo ao serviço de referência ou acionar novamente o Samu para uma nova avaliação. Caso o paciente esteja desacompanhado, deve-se orientá-lo a procurar o centro de referência em saúde mental, além de repassar os dados à coordenação médica para que a equipe do CERSAM tente realizar busca ativa e garantir o acompanhamento adequado.
- O solicitante deve ser orientado a manter a calma, acompanhar o paciente, evitar estímulos agravantes como barulho excessivo, aglomeração de pessoas ou confinamento.

Caso o médico identifique na ligação autoagressão ou heteroagressão este deve registrar a situação e avaliar o acionamento de forças de segurança pública (Corpo de Bombeiros, Guarda Municipal e/ou Polícia Militar),

- Todas as informações colhidas devem ser registradas para que as ações referentes ao despacho de ambulâncias e de regulação secundária sejam realizadas.

REGULAÇÃO SECUNDÁRIA EM SITUAÇÕES RELACIONADAS A SAÚDE MENTAL

- Cabe ao **regulador secundário**, identificar e garantir o envio de recurso adequado aos pacientes, definido pelo regulador primário, acompanhando as informações na tela e as fornecidas pelas unidades móveis que estão na cena, definindo então, a partir destas, as condutas cabíveis para as unidades móveis.
- Ao identificar na tela um chamado com a necessidade de envio de USA, o regulador secundário deverá solicitar ao despachante que encaminhe de imediato a Unidade de Suporte Avançado (USA) mais próxima. Caso a USA "mais próxima" tenha ainda um tempo-resposta longo e tenha na região do chamado, uma USB disponível, ele poderá definir o envio desta USB, considerando que esta unidade chegará primeiro e poderá realizar o atendimento inicial até a chegada da USA.
- Cabe ainda ao regulador secundário acompanhar as informações fornecidas pelas unidades para atuar de imediato fornecendo as condutas pertinentes quando necessário.
- Quando a USB ou o SIV for a unidade presente no local, caberá ao regulador secundário, com base nas informações disponíveis, avaliar a necessidade de acionamento de uma USA.
- O regulador secundário deve atentar-se às informações fornecidas pelas equipes e definir a unidade de destino para encaminhamento do paciente, conforme quadro clínico informado e grade pactuada, pedindo, se necessário, que o TARM faça contato com esse local de destino. O médico regulador secundário poderá fornecer as informações para os profissionais que irão receber o paciente, quando necessário.
- Deve-se manter atenção às informações fornecidas identificando alterações significativas no quadro clínico do paciente apoiando as unidades móveis na definição de condutas.
- O regulador secundário deve zelar pela segurança das equipes na cena e deve solicitar o acionamento de forças de segurança, preferencialmente ao Corpo de Bombeiros ou Guarda Municipal e a PM, se necessário, para a proteção dos profissionais na cena, bem como assegurar a supervisão médica direta em casos que envolvam a necessidade de tranquilização rápida (contenção química) sempre em conformidade com os protocolos técnicos.

ENCAMINHAMENTO DE UNIDADES MÓVEIS

- Cabe ao **TARM responsável pelo controle da frota**, garantir o adequado encaminhamento das unidades móveis mais próximas ao local do chamado.
- Considerando as características dos atendimentos relacionados a saúde mental e nas situações de envio somente de USB, o enfermeiro da CRU definirá juntamente com o médico regulador secundário, e informará ao TARM, qual a unidade mais próxima e mais adequada para o atendimento **optando preferencialmente** o envio de unidades com equipes: de três componentes, com perfil para o atendimento, com profissionais do sexo masculino, com profissionais que tenham conseguido se alimentar (almoçou? jantou?), e se possível, que não estejam em horário de troca de plantão.
- Quanto ao deslocamento, este deverá ser feito utilizando a sinalização óptica e acústica (código 3) **para todos os atendimentos**, no entanto, devido a característica desse tipo de atendimento (saúde mental), quando nas imediações do local, a unidade móvel deve aproximar-se de forma tranquila (sinal sonoro da ambulância **desligado**).

- No horário compreendido entre meia-noite e 6h, a sinalização acústica poderá ser suprimida, em vias localizadas no interior de bairros, exceto avenidas e vias principais, bem como, nas situações em que houver risco para a equipe, independente do horário.
- Nas situações em que a equipe estiver com dificuldades para chegar ao local, o TARM deverá verificar a forma mais rápida para deslocamento ao endereço da ocorrência, informando quais vias que a ambulância deverá utilizar e realizará o contato telefônico com o solicitante, quando necessário.

ENFERMEIRO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS

- Cabe ao **enfermeiro** na Central de Regulação das Urgências (CRU) acompanhar o empenho das unidades para os atendimentos que envolvem agravos à saúde mental, acompanhando o envio das equipes.
- O enfermeiro deve, em conjunto com o médico regulador secundário, definir qual equipe é mais adequada para o envio, comunicando a decisão ao operador de frota. Deve-se priorizar o envio de unidades com equipes compostas por três profissionais, com perfil compatível para esse tipo de atendimento, preferencialmente do sexo masculino, que já tenham se alimentado (almoço ou jantar) e que não estejam em horário de troca de plantão.
- O enfermeiro também deve certificar junto ao médico regulador secundário e ao operador de frota quando identificar na evolução do atendimento, a necessidade de envio de forças de segurança na chegada da equipe e, quando necessário, passar informações referentes à segurança da equipe.

UNIDADE DAS UNIDADES MÓVEIS

- Cabe a equipe atender prontamente pacientes com agravos à saúde mental, respeitando os preceitos técnicos e éticos, conforme as recomendações do SAMU-BH.
- Ao receber o empenho para o atendimento a um paciente com agravos a saúde mental, a equipe deve: estar na ambulância para iniciar o deslocamento rapidamente, certificar-se de qual o tipo de atendimento de saúde mental é o empenho, receber e registrar as informações referentes ao chamado no Registro de Atendimento Pré-hospitalar.
- Ao chegar no local, a equipe deve certificar-se da segurança da cena, utilizando a técnica do "ACENA", certificar-se de qual o tipo de agravo em saúde mental está em curso. É importante obter informações gerais sobre o paciente e se necessário, solicitar a terceiros ou mesmo familiares que se retirem da cena, caso não possam contribuir ou apenas causem estresse no ambiente.
- Ao aproximar-se do paciente, deve-se obter consentimento para aproximação. Prestar o atendimento de caráter humanitário, com empatia, compaixão e solidariedade, sem julgamentos ou preconceitos, oferecer ajuda, abrir possibilidades de resolução das necessidades do paciente mantendo uma comunicação adequada e uma escuta ativa conforme POP-TEC-45 "Abordagem do paciente com agravos à saúde mental". Durante o atendimento deve-se tentar uma possível verificação de dados vitais, passar os achados para a CRU, realizar as condutas definidas pelo médico na cena ou pelo médico regulador secundário e encaminhar o paciente ao destino definido pela CRU.
- De acordo com a evolução/situação do caso, solicitar apoio quando necessário. Conduzir o paciente ou aguardar a interceptação da Unidade de Suporte Avançado (USA), se USB ou SIV no local e/ou outras equipes de apoio.



Considerações sobre o registro:

- Os profissionais devem registrar no formulário "Relatório de Atendimento Pré-Hospitalar" e no Sistema operacional padronizado pelo serviço: a identificação correta do paciente, número do chamado, tipo de agravo em saúde mental informado pela CRU, data, hora e local da ocorrência, nome da equipe técnica envolvida no atendimento, tempos de deslocamento e atendimento, cena e se houve a necessidade de retirada de familiares/terceiros que não contribuía com o atendimento, condições do paciente, se houve possibilidades de abordagem, breve relato do que motivou o chamado, presença de histórico psiquiátrico conhecido (se possível obter), uso de medicamentos controlados ou drogas psicoativas, sinais vitais, intervenções realizadas (contenção, medicações administradas), solicitação de apoio e descrever o motivo, destino definido pela CRU, qualquer intercorrência durante o atendimento ou transporte.

PARTICULARIDADES GERAIS RELACIONADAS AO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

AGRESSÃO

- Nas situações em que o paciente ou qualquer indivíduo presente na cena agredir algum integrante da equipe ou o paciente, na presença da equipe, venha a agredir um familiar ou um terceiro, o atendimento deve ser **imediatamente interrompido até que se obtenha uma distância segura da vítima**.

A equipe deve considerar:

- » Se um componente for agredido, a equipe deve se afastar do local com segurança, **priorizando a assistência ao profissional**.
- » Se agressão presenciada pela equipe e for possível a intervenção sem que isso represente risco à segurança da equipe, os profissionais podem tentar afastar a vítima do agressor e dar continuidade ao atendimento. Se não for possível, devem se afastar do local com segurança.
- A CRU deve ser comunicada de imediato, quando disponível, utilizar o Rádio com código de PRIORIDADE RV e o médico regulador secundário, ao ser informado, avaliará a situação, enviará forças de segurança e ou apoio, dentre outros serviços para o local, para garantir a segurança da cena e do atendimento.
- Quanto ao profissional agredido, se necessário, ele será encaminhado a uma unidade de saúde para realizar uma avaliação médica e abrir Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) conforme fluxo institucional.
- Quanto ao paciente na cena, o médico regulador secundário poderá ainda orientar o envio de uma nova equipe, preferencialmente uma USA.

Considerações sobre o registro:

Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar":

Informações sobre a agressão quem foi o agressor? Quem foi agredido? Natureza da agressão, momento em que ocorreu, quem presenciou? Houve tentativa de contenção? Conduta da equipe (se: interrupção do atendimento, afastamento da cena, necessidade de atendimento ao profissional agredido, comunicação imediata com a CRU, acionamento de forças de segurança, necessidade de encaminhamento do profissional agredido a uma unidade de saúde, orientação para abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se foi encaminhado o apoio recebido, situação do paciente na cena após a agressão, conduta definida pela CRU, se foi emitido boletim de ocorrência.

PACIENTE QUE NÃO ACEITA A ABORDAGEM TERAPÊUTICA

- Nas situações em que pacientes com agravos à saúde mental recusarem a abordagem ou o atendimento da equipe na cena, é fundamental que a equipe atue com cautela e empatia, tentando realizar uma escuta qualificada e acolhedora, buscando compreender o contexto do chamado e coletar informações detalhadas sobre o ocorrido.
- A equipe deve, sempre que possível, solicitar permissão para aferição dos sinais vitais e conduzir o atendimento padrão, respeitando os limites estabelecidos pelo paciente. Durante esse processo, a equipe deve avaliar a capacidade de decisão do paciente, ou seja, sua habilidade de compreender as informações transmitidas, os riscos envolvidos e as consequências da recusa.
- Caso o paciente demonstre lucidez e não represente risco iminente à própria vida ou à de terceiros, a recusa poderá ser considerada válida, desde que autorizada pelo médico regulador secundário ou pelo médico da Unidade de Suporte Avançado (USA), se presente na cena.
- Deve-se colher a assinatura do paciente, ou de seu responsável legal, no "Registro de Atendimento Pré-Hospitalar", no campo destinado à recusa de atendimento, sempre que aplicável.
- Nas situações de ausência de USA no local, o médico regulador secundário deverá preferencialmente contactar o paciente para que a recusa seja confirmada e gravada.
- Por outro lado, se houver risco iminente à integridade física ou psíquica do paciente ou de terceiros, como em casos de tentativa de autoextermínio, agitação psicomotora grave, delírios ou comportamento agressivo, dentre outros, a equipe está autorizada a intervir, mesmo diante da recusa. A intervenção poderá incluir contenção física, mecânica ou farmacológica, desde que autorizada pelo médico regulador secundário ou pelo médico da USA, se presente na cena.
- Caso necessário, deve-se solicitar o acionamento do apoio das forças de segurança pública (Corpo de Bombeiros, Guarda Municipal e/ou PM), pois, a **segurança** da equipe e do paciente deve ser priorizada durante toda a ocorrência, adotando-se medidas para evitar riscos adicionais e garantir um atendimento adequado ao paciente.
- Em situações em que o paciente recusar o atendimento e for liberado no local, é essencial que a equipe estabeleça um diálogo claro e acolhedor com familiares, acompanhantes ou pessoas próximas.
- A equipe deve explicar, de forma objetiva e empática, os critérios utilizados para a decisão de liberação, reforçando que a recusa foi avaliada conforme a capacidade de decisão do paciente e validada pelo médico regulador secundário.
- É importante esclarecer os sinais de alerta que devem motivar nova busca por atendimento. Já nas situações em que, apesar da recusa, a equipe procederá com a **intervenção por risco iminente à vida ou à segurança**, a comunicação com os familiares ou acompanhantes deve ser feita com máxima clareza, justificando a necessidade da medida adotada.
- A equipe deve informar que a intervenção se dá em caráter de urgência, visando proteger a integridade do paciente e/ou de terceiros, e que todos os procedimentos estão sendo realizados com respaldo ético, técnico e legal, conforme prescrição médica e protocolos estabelecidos.



Considerações sobre o registro:

Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar":

Todas as ações realizadas durante o atendimento, inclusive em situações de recusa. Sinais vitais aferidos, comportamento do paciente, justificativas para intervenções adotadas (se houver), métodos de contenção utilizados, resposta do paciente e as comunicações estabelecidas com familiares, responsáveis legais, médico regulador ou autoridades competentes.

NECESSIDADE DE ACIONAMENTOS DE APOIO

- Em determinadas circunstâncias, conforme o grau de risco identificado pelos profissionais da Central de Regulação das Urgências ou pela equipe na cena, é imprescindível o acionamento de equipes de apoio conjuntas, como o Corpo de Bombeiros, e/ou forças de segurança como Polícia Militar, Guarda Municipal, dentre outras.
- Ameaça de agressão a terceiros (heteroagressividade), paciente portando arma branca, arma de fogo ou qualquer outro artefato perigoso, situação de refém, episódio de violência doméstica, destruição significativa de patrimônio público ou privado, cometimento de crimes como homicídio ou abuso, ou ainda quando o atendimento ocorrer em área reconhecida como de risco de vida para a equipe, execução de mandados judiciais de internação compulsória, são situações que demandam, obrigatoriamente, o acionamento de forças de segurança.
- Quando houver risco iminente de autoextermínio com necessidade de resgate especializado ou em contextos de difícil acesso que comprometam a segurança da vítima ou da equipe, deverá ser feito o acionamento de apoio dos Bombeiros e demais forças especializadas.
- Cabe à equipe de regulação primária informar com clareza a necessidade do apoio, descrevendo a dinâmica da situação, o comportamento do paciente e os riscos identificados. Da mesma forma, as equipes em campo devem reportar prontamente qualquer agravamento do cenário que justifique o acionamento das forças de apoio.
- O encaminhamento do paciente para a unidade de saúde de referência deve ser realizado pelo SAMU, garantindo a continuidade do cuidado.

Considerações sobre o registro:

Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar": os números das viaturas envolvidas, os nomes dos profissionais responsáveis pela ocorrência (tanto da equipe do SAMU quanto das corporações acionadas), o motivo do acionamento, e os procedimentos realizados em conjunto.

CONTENÇÃO MECÂNICA

- Diante de situações de risco iminente à integridade física do paciente ou de terceiros e após esgotadas todas as tentativas de abordagem verbal, técnicas de descalonamento e contenção ambiental, está indicada a contenção mecânica que deve ser autorizada pelo médico regulador secundário ou pelo médico da USA no local, após uma avaliação criteriosa do risco, identificando sinais indicativos de possível necessidade de contenção física ou mecânica.
- **Deve ser realizada preferencialmente por cinco pessoas, distribuídos entre cabeça, tronco e membros, porém, é necessário avaliar previamente porte do paciente e a capacidade da equipe em imobilizar o mesmo, podendo ser necessário até 8 pessoas para executar o procedimento (ANEXO B - Diagramas de Contenção).**



• **É proibida a utilização de manobras perigosas, como chaves de braço, torções, "gravatas" ou imobilização com o peso corporal, devido ao risco elevado de causar lesões graves ou morte. Caso a equipe do SAMU seja insuficiente numericamente ou tecnicamente para realizar a contenção com segurança, deve-se comunicar a CRU para que a conduta seja realizada. A equipe também poderá contar com pessoas presentes na cena e que tenham condições de apoiá-la.**

- A contenção será realizada com ataduras de crepom e compressas e deve seguir as recomendações do POP-TEC-45 Contenção Física do paciente com agravos à saúde mental.
- Após a realização da contenção física e/ou mecânica, a equipe deve monitorar continuamente o paciente, com avaliação rigorosa de sinais vitais, nível de consciência e possíveis intercorrências, visando à detecção precoce de complicações. necessidade de contenção química.

Considerações sobre o registro:

Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar: rigorosamente a realização do procedimento, incluindo a justificativa da contenção, as técnicas empregadas, o número de profissionais envolvidos, a necessidade ou não de acionamento de apoio externo, a duração da contenção e informações sobre o monitoramento clínico.

TRANQUILIZAÇÃO RÁPIDA (CONTENÇÃO FARMACOLÓGICA)

- A contenção química deve ser utilizada apenas em situações específicas, quando a abordagem verbal e as estratégias de descalonamento não forem eficazes. No SAMU-BH, ela está indicada para adultos com agitação psicomotora grau III, em crianças menores de 12 anos com agitação grau II que não responderam ao descalonamento e em todos os casos de grau III, além de pacientes com quadro clínico agudo grave associado à agitação.
- O objetivo é garantir a segurança do paciente, da equipe e de terceiros, evitando a progressão da agitação e permitindo o manejo clínico adequado.
- A via intramuscular (IM) é a preferida por oferecer maior segurança à equipe. A via endovenosa (EV) pode ser usada em casos selecionados, quando já houver acesso venoso seguro. Sempre que possível, considerar o uso de medicações orais previamente prescritas ao paciente, desde que haja histórico confiável, ausência de uso recente de substâncias psicoativas e conhecimento da farmacocinética do fármaco. Os medicamentos padronizados no serviço para tranquilização rápida bem como dose e indicação estão no quadro 10.
- O paciente deve ser monitorado continuamente após a sedação, com atenção à via aérea, sinais vitais e nível de consciência.

Considerações sobre o registro:

Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar: justificativa clínica (ex: agitação psicomotora grau III, risco à integridade física, falha no descalonamento verbal etc.), grau da agitação psicomotora e critérios observados, avaliação clínica do paciente antes da sedação, medicação utilizada, dose, via de administração, resposta clínica à medicação, presença ou não de contenção física associada, monitoramento pós-sedação, intercorrências e necessidade de suporte adicional (ex: oxigênio), estado geral do paciente no momento da transferência de cuidados na unidade de destino.



PACIENTE MENOR DE IDADE

- O atendimento a crianças e adolescentes em situações de crise psíquica requer abordagem diferenciada, fundamentada em princípios legais, éticos e científicos que assegurem a proteção integral, o respeito à dignidade e o cuidado em saúde adequado.
- A equipe deve procurar saber quem é o representante legal pelo paciente e na ausência deste, deve comunicar o fato ao médico regulador secundário que se necessário acionará forças de segurança (para respaldo da equipe) e/ou o conselho tutelar poderá ser acionado ou comunicado em casos sociais mais complexos.
- Nas situações em que a criança tem menos de 12 anos e apresenta agitação psicomotora com risco iminente de autoagressão ou heteroagressão, a equipe, após garantir a segurança da cena, deve comunicar imediatamente a CRU, relatando os dados da cena, o comportamento da criança, os riscos identificados, e se necessário, solicitar apoio das forças de segurança pública para controle do ambiente.
- Durante a abordagem deve-se tentar uma abordagem verbal calma, escuta ativa e redução de estímulos ambientais. Tentar identificar e incluir, sempre que possível, a presença de um cuidador, responsável ou familiar que a criança reconheça como referência afetiva.
- Em caso de insucesso na abordagem, o médico regulador secundário deve avaliar a situação e considerar o envio de uma USA, se a equipe no local for de uma USB ou SIV. Se USA no local, o médico na cena deverá analisar o quadro clínico da criança e prescrever contenção farmacológica.
- É **contra indicado** a realização de contenção mecânica tradicional (como amarrações, contenção em maca rígida, ataduras etc.) **em crianças com idade inferior a 12 anos completos**. Esta conduta fere o princípio da proteção integral previsto no ECA (Art. 17 e Art. 18), bem como os direitos à integridade física e psíquica da criança. Tal medida, além de não recomendada clinicamente, configura violação de direitos humanos e pode caracterizar abuso institucional.
- Nenhum menor de idade em situação de crise de saúde mental poderá ser encaminhado para unidades de atendimento adulto, como Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) para adultos, sem a devida tutela ou acompanhamento legalmente responsável, incluindo presença de responsável legal ou representação institucional (como Conselho Tutelar ou equipe de referência da assistência social).
- Diante de confirmação ou suspeita de violação de direitos, negligência, abandono, a equipe deve comunicar imediatamente o fato à Central de Regulação das Urgências (CRU).

Considerações sobre o registro:

Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar: nome e vínculo do acompanhante ou responsável no local, Se Foi necessário acionar forças de segurança pública ou Conselho Tutelar, comportamentos observados.

PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

- O atendimento a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em situação de crise deve priorizar a segurança, a comunicação adaptada e a redução de estímulos sensoriais.
- A equipe do SAMU deve realizar avaliação rápida da cena, identificar sinais comportamentais compatíveis com TEA e, sempre que possível, confirmar o diagnóstico com o acompanhante ou pela carteira de identificação de pessoas com transtorno do espectro autista (CIPTA).



- É fundamental reduzir ruídos, luzes e aglomerações, abordar o paciente com voz calma, frases curtas e diretas, evitando toques sem aviso. A presença de familiares ou cuidadores deve ser incentivada, visando apoio e orientação sobre estratégias que acalmam o paciente e evitam agravamento da crise.
- A contenção física só deve ser realizada em último caso, quando houver risco iminente, utilizando técnica segura (do tipo rolinho), sem imobilização de membros isolados.
- A contenção medicamentosa deve ser prescrita pelo médico da USA presente na cena e deve respeitar a sensibilidade neuroquímica do paciente com TEA. Recomenda-se para crianças utilizar: Haloperidol 0,025 a 0,075 mg/kg (para crianças até 40 kg) e 0,5 a 15 mg (para crianças > 40 kg), via intramuscular + Prometazina 25 a 50 mg, via intramuscular **(recomendado para crianças a partir de três anos).**
- O transporte deve ser feito com ambiente calmo e o acompanhante, sempre que possível, deve permanecer próximo ao paciente. As **sirenes devem estar desligadas** e as janelas fechadas. Todas as condutas, inclusive abordagens alternativas e contenções, devem ser registradas na ficha de atendimento.

Considerações sobre o registro:

- Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar":
 - » Se o diagnóstico foi informado por familiar/cuidador (colocar o grau de vínculo), se o paciente possui CIPTEA (anotar o número, se disponível).
 - » Os fatores precipitantes da crise identificados (dor, frustração, sobrecarga sensorial, mudança de rotina, dentre outros) e os comportamentos observados (agitação, auto ou heteroagressividade, tentativas de fuga, mutismo, colapso sensorial etc.).
 - » Quais as estratégias utilizadas na abordagem (comunicação adaptada, técnicas de respiração, uso de objetos pessoais) e as intervenções iniciais realizadas (por exemplo: redução de estímulos).
 - » Se foi necessário utilizar contenção, sempre autorizada pelo médico regulador secundário e colocar o tipo de contenção, justificativa clínica, resposta do paciente.
 - » As condições do transporte (uso de contenção, presença de acompanhante, ausência de sirenes) e o estado clínico do paciente ao ser entregue na unidade de destino.
 - » Se necessário, registrar as dificuldades enfrentadas pela equipe durante a abordagem e informações relevantes fornecidas pela família ou acompanhante.

EM VIA PÚBLICA, LOCAL DE GRANDE FLUXO DE PESSOAS, RISCO PARA TRANSEUNTES

- O médico regulador primário, no momento da triagem deve coletar informações sobre o caso do paciente, bem como o grau de agitação ou desorganização apresentado e registrar de forma clara e objetiva as informações obtidas para que no momento do acionamento da equipe para realizar o atendimento, a CRU possa informar a situação no local e acionar se necessário o apoio das forças de segurança.
- A equipe ao chegar no local, após garantida a **segurança da cena**, deve isolar a área, afastando curiosos e pessoas que estejam dificultando a condução da abordagem ou agindo de forma hostil, o que pode intensificar o sofrimento ou a agitação do paciente. Sempre que possível e seguro, deve-se tentar conduzir o paciente para um local mais reservado, oferecendo-lhe privacidade e reduzindo os estímulos externos.

- A ambulância pode ser utilizada como espaço protegido, desde que o paciente aceite ou seja possível realizar o manejo com segurança. A condução forçada deve ser evitada, salvo em situações de risco iminente e com o apoio das forças de segurança devidamente presentes.

PACIENTE NO INTERIOR DAS UNIDADES MÓVEIS

- A equipe deve realizar uma abordagem acolhedora, solicitando ao paciente que se deite na maca de ambulância, explicando a necessidade de utilizar todos os cintos de segurança disponíveis. A fixação e ajustes do cinto deve ocorrer sempre com a anuência do paciente, exceto nas situações de risco, nas quais poderá ser realizada com o objetivo de garantir a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos no atendimento.
- Antes de iniciar o deslocamento, é imprescindível que o condutor da ambulância trave todas as portas da ambulância prevenindo tentativas de evasão e garantindo a segurança do transporte.
- Durante o trajeto, o deslocamento deve ser feito com ambiente calmo e o acompanhante, sempre que possível, deve permanecer próximo ao paciente. Recomenda-se que sirenes **devem estar desligadas para pacientes que estejam agitados e pacientes com TEA**, salvo em situações de emergência, a fim de reduzir estímulos sensoriais que possam aumentar o estresse, a agitação ou a ansiedade do paciente.
- O deslocamento deve ser realizado em velocidade moderada, minimizando riscos de intercorrências. A equipe deve manter o monitoramento do estado clínico do paciente, observando alterações comportamentais. Diante de deterioração clínica do paciente ou de situações que coloquem em risco o paciente ou terceiros, a CRU deve ser imediatamente comunicada.

Considerações sobre o registro:

- Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar", registrar se houve alguma intercorrência durante o deslocamento e qual a conduta.

TRANSPORTE EM SAÚDE DE BELO HORIZONTE

- A equipe do TS somente poderá transportar pacientes estáveis do ponto de vista da saúde mental, que são aqueles que, apesar de apresentar transtorno mental ou comportamento alterado, encontram-se em condições clínicas e comportamentais que não representam risco iminente à sua própria integridade física ou à de terceiros, ou seja, mantêm-se cooperativo, com discurso organizado e sem evidências de agitação psicomotora, agressividade, ideação ou tentativa suicida ativa, bem como ausência de sintomas psicóticos desorganizados que comprometam sua capacidade de julgamento imediato.
- O paciente deve aceitar a abordagem e a intervenção da equipe de saúde, conseguir dialogar de forma minimamente coerente e não apresentar condutas impulsivas de risco.
- Recomenda-se o uso de ambulância maior do TS, evitando espaços confinados que possam aumentar o risco de desconforto ou agitação.
- Pacientes que estejam contidos ou em quadro de agitação psicomotora não devem ser transportados pelas equipes de TS, sendo estas situações destinadas ao atendimento por equipes do SAMU.
- O enfermeiro da Central de Regulação do Transporte em Saúde deve conferir com a unidade de origem se há acompanhante com o paciente e na ausência, informar que caberá à unidade disponibilizar um profissional, preferencialmente um técnico de enfermagem, para acompanhar o paciente durante o transporte, se a unidade móvel destinada não possuir o profissional. Todos os transportes deverão ser acompanhados por um profissional de saúde, seja da unidade de origem ou do TS, independente ou não da presença do acompanhante

- Durante a solicitação do transporte, a unidade de origem é responsável por informar os dados vitais que deverão ser novamente aferidos pela equipe do TS ao receber o paciente, sendo imprescindível que as informações atualizadas sejam repassadas imediatamente à Central de Transporte.
- Durante o deslocamento, a equipe do TS deve monitorar continuamente o estado clínico do paciente, comunicando prontamente à Central de Regulação do Transporte em Saúde, qualquer situação de prioridade.
- É fundamental que todas as informações relacionadas ao atendimento e ao transporte sejam registradas de maneira completa e precisa no prontuário do paciente, incluindo as condições clínicas antes e durante o transporte, intervenções realizadas, acompanhantes presentes, eventuais intercorrências e o local de destino.

ATENDIMENTO DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

- Pacientes em sofrimento psíquico frequentemente apresentam agravos clínicos importantes associados, tais como complicações metabólicas, cardiovasculares, respiratórias ou neurológicas, além de casos de agitação psicomotora intensa que torne o paciente inabordável ou rebaixamento do escore de coma de Glasgow.
- O acionamento do SAMU se configura como APH móvel e deve ser regulado pela CRU, com triagem e orientação definidas pelo médico regulador primário ou secundário. O atendimento deve ser direcionado conforme a necessidade apresentada, não restringindo-se apenas ao aspecto psiquiátrico, mas também contemplando a estabilização clínica necessária.
- No local, a atuação da equipe do SAMU deve ser articulada com os profissionais da unidade de saúde mental.
- A equipe do SAMU deve informar à CRU todas as informações relevantes sobre o quadro do paciente, possibilitando ao médico regulador secundário definir a conduta (para USB e SIV) e o destino adequado.

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

- O atendimento a pacientes com indicação de internação compulsória configura uma situação de exceção e exige uma atuação articulada entre o SAMU, os órgãos de segurança pública e justiça. A internação compulsória **somente poderá ser realizada mediante mandado judicial expedido por autoridade competente**, que **deve ser previamente encaminhado à GAUTS** por e-mail, que avaliará o processo e orientará a CRU a execução do cumprimento. A data e o horário devem ser previamente agendados, assim como o endereço exato da abordagem.
- Todas as internações compulsórias serão realizadas por equipe do SAMU, definida pelo regulador secundário e no momento do empenho da ocorrência, a Central de Regulação das Urgências comunicará à equipe sobre a natureza compulsória do atendimento, garantindo que a equipe esteja ciente da necessidade de abordagem técnica, ética e segura.
- A atuação do SAMU, neste contexto, restringe-se à abordagem clínica, à estabilização do paciente, quando necessário, e à realização do transporte seguro para a unidade de referência designada, respeitando os princípios da dignidade e da proteção aos direitos humanos. A equipe deve priorizar uma comunicação clara e acolhedora com o paciente, explicando os procedimentos a serem realizados, mesmo em situações de resistência ou recusa.



Considerações sobre o registro:

Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar":

- » Todas as informações referentes à ocorrência, incluindo: apoio policial acionado, quadro clínico apresentado pelo paciente, procedimentos realizados, e o nome do profissional responsável pelo paciente na unidade de saúde de destino.

INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

- Internação Involuntária é aquela que se dá sem o consentimento do usuário ou a pedido de terceiros, **mediante laudo médico circunstanciado**, visando o manejo do paciente em situação de grave sofrimento mental, ainda sem determinação judicial, porém já com indicações clínicas que as justifiquem. Nestes casos as unidades de emergência psiquiátrica vinculadas à GRSAM (SUP ou CERSAM) com a justificativa para busca ativa e evidência de não resposta ambulatorial ao tratamento pelo paciente, indicarão a medida involuntária após o médico realizar avaliação e elaborar laudo médico circunstanciado, que deve ser previamente encaminhado à GAUTS por e-mail, que avaliará o processo e orientará a Central de Regulação das Urgências a execução do cumprimento. A data e o horário devem ser previamente agendados, assim como o endereço exato da abordagem.
- Todas as internações involuntárias serão agendadas e realizadas por equipe do SAMU em conjunto com equipe técnica da GRSAM, definida pelo regulador secundário, e no momento do empenho da ocorrência a CRU comunicará à equipe sobre a natureza involuntária do atendimento, garantindo que a equipe esteja ciente da necessidade de abordagem técnica, ética e segura. Além disso, é recomendável que seja acionado apoio de força de segurança para garantir a segurança da equipe, do paciente e de terceiros envolvidos.

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA A REDE PRIVADA

- O encaminhamento de pacientes com agravos à saúde mental para serviços da rede privada deve acontecer somente após contato prévio com a unidade de destino, assegurando que haja vaga disponível e que o serviço esteja apto a receber o paciente, conforme sua condição clínica e necessidade assistencial.
- Compete à CRU realizar o contato com a unidade de destino sempre que possível.
- É importante que a CRU esteja ciente de informações relativas ao local de destino conveniado, evitando deslocamentos inadequados ou recusas no momento da chegada à unidade privada.
- Nas situações de recusa por parte da unidade privada, o paciente deve ser encaminhado para uma unidade de saúde, adequada conforme pactuado na grade de urgência do município.



ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA HOSPITAIS DA REDE PÚBLICA DE BH

- O encaminhamento de pacientes com agravos à saúde mental para hospitais da rede pública de Belo Horizonte deve ser realizado de forma planejada e segura, sempre sob a determinação do médico regulador secundário da CRU. O transporte deve preservar, em primeiro lugar, a segurança do paciente, da equipe e de terceiros, garantindo uma condução adequada conforme o estado clínico e mental apresentado no momento do atendimento.
- A escolha da unidade que fará o atendimento e transporte será determinada pela CRU, considerando a gravidade do quadro clínico, a presença de risco iminente de agravamento, a necessidade de contenção, dentre outros.
- Quando necessário, a CRU fará o contato prévio com a unidade de saúde de destino do paciente conforme grade pactuada no município confirmando a disponibilidade da vaga.
- Durante o transporte, a equipe manterá comunicação com a CRU, reportando eventuais intercorrências, como alterações no quadro clínico, dentre outros.

EVASÃO

- Nos atendimentos a pessoas com agravos à saúde mental, podem ocorrer situações em que o paciente venha a evadir do local, seja antes do contato da equipe ou durante o atendimento, inclusive após ser conduzido para o interior da ambulância.
- No momento da condução do paciente à ambulância, a equipe deve assegurar que a abordagem tenha sido realizada de maneira correta e segura. Ao colocar o paciente na maca da ambulância, deve-se informar ao paciente sobre a necessidade de utilização do cinto de segurança e avaliação da necessidade de contenção física conforme os critérios já vistos neste protocolo. Uma vez o paciente colocado dentro da ambulância, deve-se manter as portas do veículo trancadas para evitar tentativas de evasão.
- Caso ocorra evasão do paciente antes do atendimento, ou seja, quando a equipe chega ao local e não encontra o paciente, é imprescindível comunicar o fato imediatamente à CRU.
- A equipe deve realizar uma busca visual segura na área próxima, sem se expor a riscos desnecessários. Não sendo possível localizar o paciente, a equipe deverá colher a assinatura de terceiros presentes, como familiares, responsáveis ou autoridades locais, a fim de comprovar sua presença no local e a tentativa de atendimento e somente deixar o local após autorização do médico regulador secundário.
- A decisão sobre a continuidade ou encerramento do atendimento é do médico regulador secundário e dependerá da avaliação das circunstâncias do agravo, do esforço empregado pela equipe e dos riscos envolvidos.
- Se a evasão durante o atendimento, seja na cena ou no interior da ambulância, a equipe deve priorizar a própria segurança e avaliar a possibilidade de resgate do paciente sem risco. Caso o resgate não seja possível, a equipe deve comunicar imediatamente o fato à CRU, que orientará quanto à conduta mais adequada, que poderá acionar apoio policial, contactar solicitante etc.

Considerações sobre o registro:

Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar": horário da evasão, condições clínicas do paciente no momento, testemunhas presentes, as orientações recebidas da CRU e a decisão final sobre o caso.



DEMANDAS DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO DE RUA

- O atendimento pelo SAMU a pessoas em situação de rua segue as premissas do SUS, de forma universal e igualitária.
- As equipes de Consultoria de Rua (CnaR) poderão acionar o SAMU em situações específicas que demandem intervenção especializada em urgência ou emergência, especialmente na presença de risco iminente à vida, agravamento clínico. Esse acesso é regulado pela CRU, em que o médico regulador primário avalia o grau de urgência e define se há necessidade de envio de ambulância.
- No âmbito da saúde mental, destacam-se: quadros graves de abstinência alcoólica (estágios 3 e 4, conforme a escala CIWA-Ar), intoxicações exógenas, tentativas de suicídio e episódios de agitação psicomotora que não respondem ao manejo inicial da equipe do CnaR.
- Após o acionamento, a equipe do CnaR deve permanecer no local, zelando pela segurança da cena, monitorando o paciente e realizando reavaliações constantes enquanto aguarda a chegada da equipe do SAMU. Caso ocorra qualquer agravamento do quadro, a CRU deverá ser comunicada imediatamente para atualização da situação e eventual reorientação.
- A equipe do SAMU, ao chegar à cena, deve atuar em articulação com os profissionais do CnaR. A avaliação conjunta visa garantir a segurança e a qualidade do atendimento, além de promover a condução adequada do paciente, respeitando as necessidades clínicas e psicossociais.
- Nas situações de vulnerabilidade social importante, em que a abordagem conjunta se dará sem o consentimento ou sem ordem judicial, é obrigatória a discussão prévia com os médicos reguladores primário e secundário, sendo o atendimento condicionado à disponibilidade de recursos no momento da solicitação.

ACIONAMENTO DA EQUIPE DE CONSULTÓRIO DE RUA PELO SAMU

- Os pacientes em situação de rua ao acionarem o SAMU serão avaliados pelo médico regulador primário conforme os mesmos critérios aplicados a qualquer outro usuário do serviço. Essa avaliação segue os parâmetros clínicos e operacionais estabelecidos para identificar a presença de situações de urgência ou emergência que demandem o envio de ambulância. Entretanto, há situações em que a ocorrência não configura urgência médica, mas o paciente apresenta necessidades de saúde que requerem atenção e acompanhamento por parte da rede de cuidado (ANEXO C).
- Nesses casos, o médico regulador deverá gerar a ficha de atendimento (informar no registro que a demanda será encaminhada ao CnaR) que será compartilhada com a supervisão que irá preencher o Formulário de Registro para Pacientes em Situação de Rua, através do link: (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdxLQcq24ahcX7jqFZsPBVqzZHhdwoFj-fhR0_su7offxA6MQ/viewform?usp=preview) que será compartilhado com a equipe do CnaR através do e-mail: crcoor-denacao@pbh.gov.br.
- É indispensável que o registro contenha o endereço completo e as referências de localização do paciente, de modo a facilitar a atuação das equipes de campo e assegurar resposta oportuna e efetiva. Essa ação reforça o princípio da equidade e amplia o acesso das populações vulneráveis às ações de saúde.

PRESENÇA DE REFÉM

- Se identificado a presença de refém na cena, a equipe deve manter uma distância segura, evitando qualquer tentativa de intervenção direta na cena ou ações que possam colocar em risco a integridade física da equipe.

- A situação deve ser comunicada imediatamente à CRU que acionará os recursos necessários, como forças de segurança para o gerenciamento da crise. O atendimento ao paciente, quando possível, somente será realizado após a completa neutralização da situação de risco.

ABORDAGENS LONGAS – TROCA DE EQUIPE

- Nas situações em que o tempo de permanência da equipe na cena se prolonga de maneira significativa, seja por complexidade da abordagem, por impasses com o paciente ou por espera de recursos complementares, a CRU deverá considerar a possibilidade de revezamento da equipe, especialmente quando houver sinais de cansaço, desgaste emocional ou físico, ou ainda diante da proximidade de troca de plantão, bem como necessidade de refeição. A cena não deve, em hipótese alguma, ser abandonada antes da resolução ou do revezamento, sob risco de desassistência ao paciente e agravamento da situação.
- A troca de equipe deverá ocorrer no próprio local do atendimento, com passagem de plantão detalhada entre as equipes envolvidas, garantindo a continuidade do manejo clínico, a manutenção das estratégias já estabelecidas e o vínculo construído com o paciente. Essa transição de cuidados deve ser comunicada previamente à CRU e caberá ao enfermeiro da CRU e ao regulador secundário o acompanhamento contínuo da situação.
- Sugere-se a troca de equipe a cada quatro horas em cena.

Considerações sobre o registro:

Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar": o atendimento realizado, incluindo o tempo de permanência, a dinâmica da cena, as equipes envolvidas, os recursos acionados, os motivos da complexidade ou da recusa do paciente, e o processo de troca de equipe. O registro deve ser claro, objetivo e refletir todas as ações executadas, bem como as decisões clínicas e operacionais adotadas.

PACIENTES DESACOMPANHADOS

- Situações nas quais o paciente está desacompanhado, a equipe deverá adotar medidas que resguardem tanto o paciente quanto os profissionais.
- Na USB, quando o transporte for realizado por apenas um técnico de enfermagem, especialmente quando houver diferença de sexo entre profissional e paciente, particularmente se este for do sexo masculino e a paciente for do sexo feminino, recomenda-se que seja identificado familiar ou responsável para acompanhar o transporte e que o este, seja acomodado no salão da ambulância, sentado, com cinto de segurança afivelado, a fim de garantir segurança e transparência à condução, prevenindo situações de exposição indevida ou alegações improcedentes contra os profissionais.
- Caso não seja possível a presença de um acompanhante, o transporte deverá ser realizado conforme orientações da Central de Regulação das Urgências (CRU) que deverá registrar no sistema a autorização para o transporte.

Considerações sobre o registro:

Além das informações básicas, registrar no sistema padronizado no serviço e no "Relatório de Atendimento Pré-hospitalar": ausência de acompanhante e das medidas adotadas para garantir segurança e integridade durante o transporte.

O atendimento às pessoas em sofrimento psíquico no contexto pré-hospitalar móvel exige atuação coordenada, comunicação efetiva, definição clara de funções e priorização da segurança da equipe, do paciente e de terceiros.

A assistência deve ser conduzida de forma ética, humanizada e baseada em evidências, respeitando dignidade, autonomia e direitos do paciente, com utilização proporcional das intervenções e priorização de medidas menos invasivas.

A atuação integrada do SAMU com a Rede de Atenção Psicossocial, associada à qualificação contínua das equipes e ao fortalecimento das estratégias de comunicação terapêutica, é fundamental para promoção de assistência segura, resolutiva e humanizada.

9. ATIVIDADES RELACIONADAS/ PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO VINCULADOS

- POP-TEC-01 Higienização das mãos
- POP-TEC-02 Uso de equipamentos de proteção individual
- POP-TEC-06 Avaliação de cena, cinemática e cena de crime
- POP-TEC-07 Avaliação dos sinais vitais, oximetria de pulso, glicemia capilar e dor
- POP-TEC-08 Escala de coma de Glasgow (ECG), avaliação pupilar, escore de trauma revisado (RTS) e escala de agitação e sedação de Richmond (RASS)
- POP-TEC-09 Avaliação do paciente adulto
- POP-TEC-10 Avaliação inicial do paciente pediátrico
- POP-TEC-11 Abertura das vias aéreas
- POP-TEC-12 Aspiração das vias aéreas
- POP-TEC-13 Inserção da cânula orofaríngea
- POP-TEC-14 Ventilação bolsa-valva-máscara
- POP-TEC-15 Oxigenioterapia
- POP-TEC-21 Punção venosa periférica
- POP-TEC 23 Administração de medicamentos
- POP-TEC-44 Transferência de cuidados
- POP-TEC-45 Abordagem do paciente com agravos à saúde mental
- POP-TEC-46 Contenção Física do paciente com agravos à saúde mental
- POP-REG-01 Perguntas Padrão em Regulação das Urgências da Central de Regulação da Urgências - parte 1

REFERÊNCIAS

1. ALDEN, A. et al. Psychotic disorders and sex offending in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*. [S. l.], v. 64, n. 11, p. 1251-1258, 2007. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482478> . Acesso em: 29 set. 2022.
2. ALMEIDA, A. B. et al. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Rev Bras Enferm*. Universidade Federal de Santa Catarina, n. 67(5), p. 708-714, set-out 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dF9LwgWjXrxhGLL6vk33T3c/?lang=pt> . Acesso em: 19 set. 2022.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AUTISMO (ABRA). Manual de Primeiros Socorros para Pessoas com TEA. [S. l.]: ABRA, 2020. Disponível em: <https://abraautismo.org.br/> . Acesso em: 17 jul. 2025.
4. AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health and Ageing. Decision-Making tool: Supporting a restraint free environment in residential aged care. Canberra: c2012. Disponível em: <https://www.agedcarequality.gov.au/sites/default/files/media/Decision-Making%20Tool%20-%20Supporting%20a%20restraint-free%20environment.pdf> . Acesso: 25 jul. 2025.
5. BALDAÇARA, L. et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Braz. J. Psychiatry*. [S. l.], 41:324-35, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/gPdMyS9d6hrLnmympCmSXFS/?format=pdf&lang=en/> . Acesso em: 27 jul 2025.
6. BALDAÇARA, L. et al. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [S. l.], v.33, n.1, p.30-39, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/MJWFQX5jdbv7bQjvWVpbtc/?format=pdf&lang=en/> . Acesso em: 25 jul. 2025.
7. BONTA, J.; LAW, M.; HANSON, K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. Washington DC, v. 123, n. 2, p. 123-142, 1998. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1998-00120-001?doi=1> . Acesso em: 29 set. 2022.
8. BOPE – BATALHÃO DE OPERAÇÕES POLICIAIS ESPECIAIS. Manual de técnicas operacionais do BOPE. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/542980420/Manual-de-Te-cnicas-Operacionais-do-BOPE-2018>. Acesso em: 27 ago. 2025.

9. BOTEAGA, N. J. Crise suicida: avaliação e manejo. [S. l]: Artmed, 2015. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Crise-Suicida-Neury-José-Botega/dp/8582712375/> . Acesso em: 25 jul. 2025.
10. BRAGA, I. P. et al. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. [S. l], v.65, n.1, p.53-59. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000103> . Acesso em: 25 jul. 2025.
11. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n.º 427, de 15 de maio de 2012 – Revogada Pela Resolução COFEN Nº 746/2024. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. [S. l]: COFEN, 2012. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4272012/> . Acesso: 25 jul. 2025.
12. BRASIL. Diário Oficial da União (DOU). Resolução CFM n.º 2.057, de 20 de setembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. [S. l]: [S. n], 2013. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=261677/> . Acesso: 25 jul. 2025.
13. BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Manual de atendimento a pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2023. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/acessibilidade/publicacoes/manual-de-atendimento-a-pessoas-com-transtorno-do-espectro-autista-final-23-03-29.pdf/> . Acesso em: 17 jul. 2025.
14. BRASIL. CONSIRC. Protocolo de Contenção do Paciente Agitado no Atendimento Pré-Hospitalar. [S. l], [20--?]. Disponível em: <https://www.consirc.sp.gov.br/documentos/20231206153046.pdf/> . Acesso em: 27 jul. 2025.
15. BRASIL. HOSPITAL DAS CLÍNICAS. UNIVASF – EBSEH. Contenção Mecânica do Paciente no Leito. POP, [S. l], v.3, p. 1-8, 22 abr. 2025. <https://www.gov.br/ebserh-intensifica-assistencia-a-distancia-como-estrategia-de-combate-a-covid-19/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/procedimentos-e-rotinas-operacionais-padrao/pops/UTF8POP.HCUFTMDENF.001ContencaoMecanicadoPacientenoLeitoversao3.pdf/> . Acesso em: 25 jul. 2025.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf/ . Acesso em: 28 jul. 2025.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Portaria N° 1.559, de 1º de agosto de 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html/ . Acesso em: 27 jul. 2025.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. 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). PORTARIA N° 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm/ I. Acesso em: 19 set. 2022.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf/ . Acesso em: 25 jul. 2025.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – Raps – no Sistema Único de Saúde – SUS. Ed. 1. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf/ . Acesso em: 28 jul. 2025.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei N° 8.069, de 13 de julho, de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Diário Oficial da União, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm/ . Acesso em: 27 jul. 2025.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei N° 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. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm/ . Acesso em: 29 set. 2022.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 324, de 31 de março de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo como Transtorno do Espectro do Autismo. Diário Oficial da União: Brasília (DF), 1 abr. 2016, Seção 1, p. 55. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0324_31_03_2016.html/ Acesso em 29 set. 2025.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção ao Suicídio: Manual Dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental. [S. l]: Universidade Estadual de Campinas, [20--]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1241.pdf/> . Acesso em: 27 jul. 2025.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção de Suicídio. Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres. [S. l]: Ministério da Saúde, jun. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf/@download/file/> . Acesso em: 25 jul. 2025.

26. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Suporte Avançado de Vida. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_avancado_vida.pdf/ . Acesso em: 27 jul. 2025.
27. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf/ . Acesso em 19 set 2022.
28. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos HumanizaSUS. v.5. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf/ . Acesso em: 19 set. 2022.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Suporte Básico de Vida. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf/ . Acesso em: 25 jul. 2025.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/acolhimento-com-avaliacao-e-classificacao-de-risco-um-paradigma-etico-estetico-no-fazer-em-saude/> . Acesso em: 27 jul. 2025.
31. BRASIL. Ministério da Saúde - Linhas de Cuidado. Vigilância em saúde. [S.l.], 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/unidade-de-atencao-primaria/vigilancia-em-saude/#pills-aspectos-gerais-autismo/> . Acesso em: 17 jul. 2025.
32. BRASIL. SUS. Autismo: O que Profissionais Precisam Saber? [S. l]: Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/autismo-o-que-os-profissionais-precisam-saber/> Acesso em: 28 jul. 2025.
33. CALIXTO, A. et al. Programa de tratamento das adições em hospital geral: escala de CIWA para pacientes alcoólicos. In: ANAIS DO III SIMPÓSIO INTERNACIONAL EM ENFERMAGEM EM ADIÇÕES, 2019, São Paulo. Anais eletrônicos..., Galoá, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/siea-2019/trabalhos/programa-de-tratamento-das-adicoes-em-hospital-geral-escala-de-ciwa-para-pacient?lang=pt-br/> . Acesso em: 27 jul. 2025.

34. CAVALCANTE, R.A. et al. Circuito dos Cuidados Psicossociais: sistematização de intervenção na crise psíquica no atendimento pré-hospitalar móvel. Interface (Botucatu). [S. l]: SciELO, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/TNJpMyDBsqLps3KpRSTZPQg/?format=pdf&lang=pt/> . Acesso em: 28 jul. 2025.
35. DAUDT, A. D. et al. Manejo em emergência do paciente suicida. [S.l]: [S.n], [20--?]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882736/manejo-em-emergencia-do-paciente-suicida.pdf/> . Acesso em: 25 jul. 2025.
36. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Comitê Permanente de Prevenção ao Suicídio. Manual de orientações para o atendimento a pessoa em risco de suicídio. Brasília (DF): Secretaria de Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/Manual-de-orientacoes-para-o-atendimento-a-pessoa-em-risco-de-suicidio.pdf/67c4072f-448f-d7d5-b049-73960ec1e73c?t=1648938681954/> . Acesso em: 25 jul. 2025.
37. FALLOWFIELD, L; JENKINS, V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet. [S. l], 24;363(9405):312-9, Jan. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14751707/> . Acesso em: 27 jul. 2025.
38. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). TEA em tempos de crise: orientações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. (Boletim TEA/COVID). Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf/ Acesso em 25 jul. 2025.
39. GALVÃO, M. T. L. Hospitalizações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas entre adolescentes no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, [S.l], 33:e20231110, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2024.v33/e20231110/pt/> . Acesso em 9 de maio de 2025.
40. GATTAZ, W. F. Violência e doença mental: fato ou ficção? Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 196, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/rhwCgYyZLwvYpmx9WYvvdC/?lang=pt/> . Acesso em: 29 set. 2022.
41. LOBOSQUE, A. M.; SOUZA, M. E. de. Atenção em Saúde Mental. 1. ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf/> . Acesso em: 27 jul. 2025.
42. MARTINS, M. M. M et al. Crianças e adolescentes usuários de substâncias no serviço de emergência psiquiátrica. Acta Paul Enferm. [S.l], 28(1):13-8, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/Bt3x3LkCJcnFXKRqg33drJy/?format=pdf&lang=pt/> . Acesso em 9 maio 2025.
43. MASSAUD-RIBEIRO, L. et al.. Adaptação transcultural para o Brasil da Richmond Agitation-Sedation Scale para avaliação da sedação em terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 33, n. 1, p. 102–110, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/yrJwkHMYG3S5NLF7Y5SVvQ/?format=html&lang=pt>. Acesso em 10/06/2026.

44. MELO, L. P. et al. Condutas em crises no TEA: o que profissionais de saúde precisam saber. *Revista Interdisciplinar de Saúde Mental*. [S. l.], v. 12, n. 3, p. 234-245, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf/ . Acesso em 29 set 2022.
45. MENEZES, R. S. Homicídio e esquizofrenia: estudo de fatores associados. 2001. Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3893/000345250.pdf?...1/> Acesso em 27 jul 2025.
46. MIRIJELLO A. et al. Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. *Drugs*. 2015 Mar;75(4):353–65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25666543/> . Acesso em: 27 jul 2025.
47. MORAES, Tauama. O que é dependência química? Veja aqui tudo o que você precisa saber sobre. In: Blog do Despertar. Casa Despertar. [S.l.], 2021. Disponível em: <https://casadespertar.com.br/o-que-e-dependencia-quimica/> . Acesso em: 30 set. 2022.
48. MOSCATELLO, R. Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 34-35, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/MyRY8q4gYDskWRVZJ67sYcK/?format=pdf&lang=pt/> . Acesso em: 29 set 2022.
49. OLIVA, Daniel de P.; DAHER, O. G.; ZOLDAN, L. G. V. Linha de Cuidado para atendimentos de Urgência Psiquiátrica nas Clínicas Einstein. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. 2025. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Linha%20de%20Cuidado%20para%20Atendimentos%20de%20Urg%C3%Aancia%20Psiqui%C3%A1trica%20nas%20Cl%C3%ADnicas%20Einstein%20v.2.pdf/> Acesso em: 27 jul. 2025.
50. OLIVEIRA, G. C. et al. Cessation of dangerousness status: an analysis of 224 reports from the Instituto de Perícias Heitor Carrilho, Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 39, n. 1, p. 45-54, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/5zkMPcG8gmWzWMJzr9gqdMx/?format=pdf&lang=en/> . Acesso em: 29 set 2022.
51. OLIVEIRA, G. C. de; VALENÇA, A. M. Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 29, n. 4, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/kPmtDt9bYLNwFHFk8PhkntH/?format=pdf&lang=pt/> . Acesso em: 29 set 2022
52. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. Departamento de Saúde Mental e de Abuso do Departamento

de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros. Genebra, 2006. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/OMS-Manual-de-prevenção-do-suicídio-para-conselheiros.pdf/809e493d-291f-f716-2a61-e7135ddb3b40?t=1648938692609/> . Acesso em: 25 jul. 2025.

53. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Manual de Intervenções para Transtornos Mentais: neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. 2. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49096/9789275719572-por.pdf/> . Acesso em: 25 jul. 2025.
54. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Pandemia de covid-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. [S.l], 2 mar. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=As%20informações%20que%20temos%20agora,%2C%20diretor-geral%20da%20OMS/> . Acesso em: 29 set 2022.
55. PEREIRA, A. A. Diretrizes Gerais de Abordagem das Somatizações, Síndromes ansiosas e depressivas. [S.l], [20--?]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1700.pdf/> . Acesso em: 27 jul. 2025.
56. PEREIRA, A. A. Diretrizes Gerais Para o Uso de Contenção Química. [S.l], [20--]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1701.pdf/> . Acesso em: 25 jul. 2025.
57. PEREIRA, A. A. Rede de atenção: saúde mental. Belo Horizonte: NESCON – UFMG, 2020. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/rede-de-atencao-saude-mental%20_18_05_2020.pdf/ . Acesso em: 27 jul. 2025.
58. PORTLAND STATE UNIVERSITY. Homelessness Research & Action Collaborative. Portland Street Response: Year One Evaluation Report. Portland: PSU, 2022. Disponível em: <https://www.pdx.edu/homelessness/portland-street-response-year-one-evaluation> . Acesso em: 14 out. 2025.
59. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Serviços de Referência em Saúde Mental. Centro de referência em Saúde Mental. Belo Horizonte, 23 de maio de 2025. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental/servicos-de-referencia-em-saude-mental/> . Acesso em: 9 maio 2025.
60. PREFEITURA MUNICIPAL (Belo Horizonte). Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RAPS-BH) / Política de Saúde Mental em BH. Belo Horizonte, 01 out. 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao->

a-saude/saude-mental/ . Acesso em: 25. jul. 2025.

61. PREFEITURA MUNICIPAL (Ribeirão Preto). Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas. Protocolo de contenção física e mecânica. São Paulo; Ribeirão Preto: DASP, 2018. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/protocolo-003.pdf/> . Acesso em: 25 jul. 2025.
62. QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. Emergências Psiquiátricas. ed 3. Porto Alegre: Artmed, 2014.
63. RISSATO, H. Os desafios da comunicação alternativa no autismo. Genial Care, [S.l]: [S.n], 2022. Disponível em: <https://genialcare.com.br/blog/desafios-comunicacao-alternativa-no-autismo/> . Acesso em: 27 jul. 2025.
64. ROCHA, Fábio Lopes; COELHO, Oswaldo Fortini Levindo; HARA, Cláudia (eds.). Atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no pronto-socorro: uma abordagem para o clínico. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. (Série Emergências Clínicas Brasileiras). 265 p.
65. ROSENZWEIG, M. Q. Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication. Nurse Pract. v. 12-37, n. 2, 12 Feb. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22252021/> . Acesso em: 25 jul. 2025.
66. SCGIMDT, R. F. C. Contenção do paciente agitado no departamento de emergência. JBMEDE, [S.l] 2021: 1(2)e21011. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiJx7r08N2OAX4qpUCHQuiG50QFnoE-CBYQAQ&url=https%3A%2F%2Fjbmede.com.br%2Findex.php%2Fjbme%2Farticle%2Fdownload%2F38%2F23%2F181&usg=AOvVaw36vC7eWNsLRkNtxirK0_1u&opi=89978449/ . Acesso em: 25 jul. 2025.
67. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental. [S.l]: Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo, 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf/> . Acesso em: 27 jul. 2025.
68. SEQUEIRA, C. A. C. Comunicação em saúde mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. [S. l], n.7, p. 06-08, dez. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317471426_Comunicacao_terapeutica_em_saude_mental/ . Acesso em: 19 set 2022.
69. SILVA, A. G. et al. Agitação Psicomotora. Debates em Psiquiatria. [S. l]: Associação Brasileira de Psiquiatria, n. 3, p. 3-58, jan-mar 2021. Disponível em: https://www.abp.org.br/_files/ugd/c37608_36a4533d33f04da5b25025cf75136a5e.pdf/ . Acesso em: 28 jul. 2025.
70. SILVA, M. T., CUNHA, G. R. Abordagem clínica de pessoas com autismo no contexto

de urgência e emergência. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, DF, v. 73, n. 6, 2020.

71. SOUZA, N. M. de; CORRÊA-OLIVEIRA, G. E.; PESSOA, R. M. de P. Síndrome de Abstinência Alcoólica. Medicina (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, Brasil, v. 57, n. 1, p. e-221671, 2024. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/221671/208961/> . Acesso em: 24 jul. 2025.
72. SULLIVAN, J.T. et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. [S. l], 84(11):1353-7, Nov. 1989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2597811/> . Acesso em: 27 jul. 2025.
73. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Hospital de Clínicas – EBSEERH. Protocolo: Manejo da Sedação em Paciente Crítico. [S. l]: SUS, v. 3, p. 01-16, 2025. <https://www.gov.br/ebserh-intensifica-assistencia-a-distancia-como-estrategia-de-combate-a-covid-19/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.UTIPN.002ManejodaSedacaoAnalgesiaemPacienteCriticoPediatricoversao3.pdf/> . Acesso em: 28 jul. 2025.
74. VALENÇA, A. M.; NASCIMENTO, I.; NARDI, A. E. Relationship between sexual offences and mental and developmental disorders: a review. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). São Paulo, v. 40, n. 3, p. 97-104, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/vMrCCnqJzZtpBFTNJQ94rVn/?format=pdf&lang=en/> . Acesso em: 29 set 2022.
75. VENZI, J. M. L. Cartilha do Autismo. [S. l]: Secretaria da Pessoa com Deficiência, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/04/cartilha-do-autista.pdf/> . Acesso em: 28 jul. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUADRO 6: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DE DROGAS PSICOATIVAS ESTIMULANTES

Substância	ESTIMULANTES				
	Cocaína, Crack, Merla	MDA, MDMA (Bala, Ecstasy)	Ketamina (K, Kay)	Poppers	K9 (Supermaconha)
Princípio Ativo	Cloridrato de cocaína Crack: mais intenso e rápido, risco elevado de parada	Anfetaminas	Cetamina	Nitritos voláteis	Canabinóides sintéticos
Sinais e Sintomas	Taquicardia, hipertensão, sudorese, alucinações, midríase, hipertermia, precordialgia, arritmias, convulsões	Arritmias, delírios, desidratação, taquicardia, rabdomiólise, convulsões, hipertermia.	Dissociação, alucinações, agitação, hipertensão, depressão respiratória em altas doses.	Cefaleia, tontura, hipotensão, síncope,	Alucinações intensas, convulsões, hipertensão, agressividade, arritmias
Tratamento	Monitorização cardíaca, acesso venoso, controle de temperatura, benzodiazepínicos para agitação ou convulsões. Antiarrítmicos (lidocaína, bloqueadores dos canais de cálcio), suporte ventilatório se necessário. Se taquicardia de QRS largo, administrar bicarbonato	Benzodiazepínicos para agitação, controle de temperatura, suporte ventilatório e hemodinâmico. Risco de distúrbios hidroeletrólitos.	Benzodiazepínicos para agitação, suporte ventilatório.	Suporte hemodinâmico, oxigenoterapia, hidratação venosa.	Benzodiazepínicos, agitação, suporte hemodinâmico
ATENÇÃO	Suspeitar de intoxicação por cocaína ou crack em adultos jovens que desenvolvem síndrome adrenérgica. Não usar haloperidol, beta-bloqueadores, evitar prometazina e succinilcolina. Pode evoluir para status epilepticus, IAM, morte súbita.	Evitar haloperidol. Pode evoluir Hipertensão arterial grave, rabdomiólise pode levar a insuficiência renal, risco de morte.	Pode levar a episódios psicóticos e amnésia.	Pode evoluir para hipóxia grave. Pode cursar com metahemoglobinemia.	Pode levar a psicoses graves e arritmias fatais

Observação: Sempre considerar a possibilidade de múltiplas substâncias envolvidas. Manter suporte avançado de vida e transporte rápido para unidade de referência se necessário.

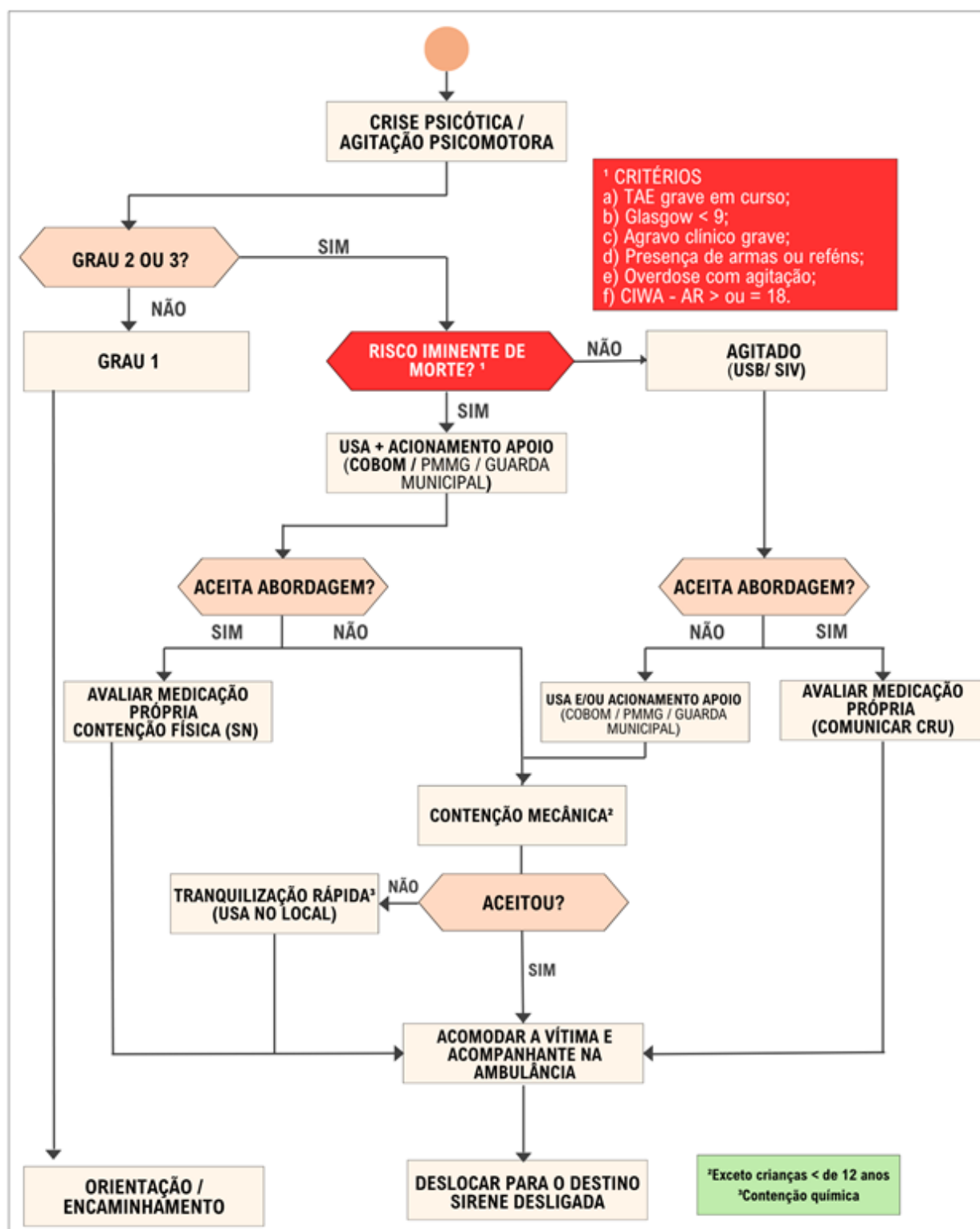
APÊNDICE B

QUADRO 7: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DE DROGAS PSICO-ATIVAS DEPRESSORAS

Substância	DEPRESSORAS			
	GHB	Lolo Lança-perfume	Opióides (purple drink)	Maconha
Princípio Ativo	Gama-hidroxibutirato análogo estrutural GABA	Hidrocarbonetos	Fentanil, morfina	Tetrahydrocannabinol (THC)
Sinais e Sintomas	Depressão do SNC, confusão mental, bradipneia, bradicardia, coma, mioclonias.	Euforia breve, tontura, náuseas, arritmias, dispneia, torpor, convulsões e coma.	Depressão respiratória, bradicardia, sonolência, convulsões.	Euforia, taquicardia, xerostomia, paranoia, alucinações.
Tratamento	Suporte ventilatório, acesso venoso, monitorização de sinais vitais.	Oxigenação, suporte ventilatório se necessário. Se convulsões, utilizar benzodiazepínicos	Naloxona se necessário, suporte ventilatório	Hidratação, benzodiazepínicos se necessário.
ATENÇÃO	Suspeitar em pacientes com coma de início abrupto sem outras patologias e com recuperação rápida em poucas horas. Risco de broncoaspiração.	Pode evoluir para inconsciência, depressão respiratória grave, edema agudo pulmonar, parada cardíaca súbita (evitar amiodarona e optar por lidocaína, se ritmo chocável).	Pode evoluir para coma e parada respiratória	Risco de surtos psicóticos em predispostos

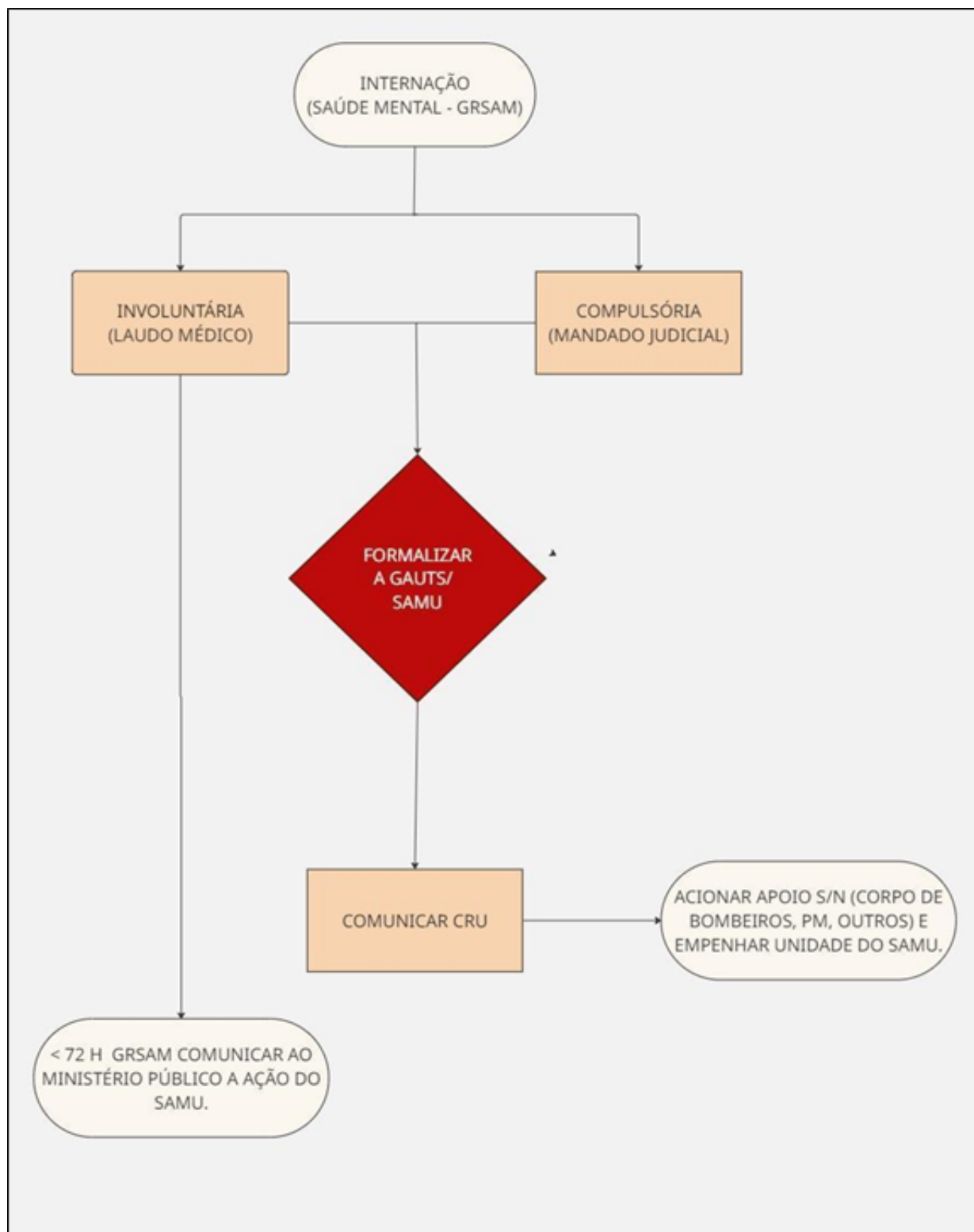
APÊNDICE B

FLUXOGRAMA DE DECISÃO EM SAÚDE MENTAL



APÊNDICE D

FLUXOGRAMA INTERNAÇÕES VINCULADAS



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

ANEXOS

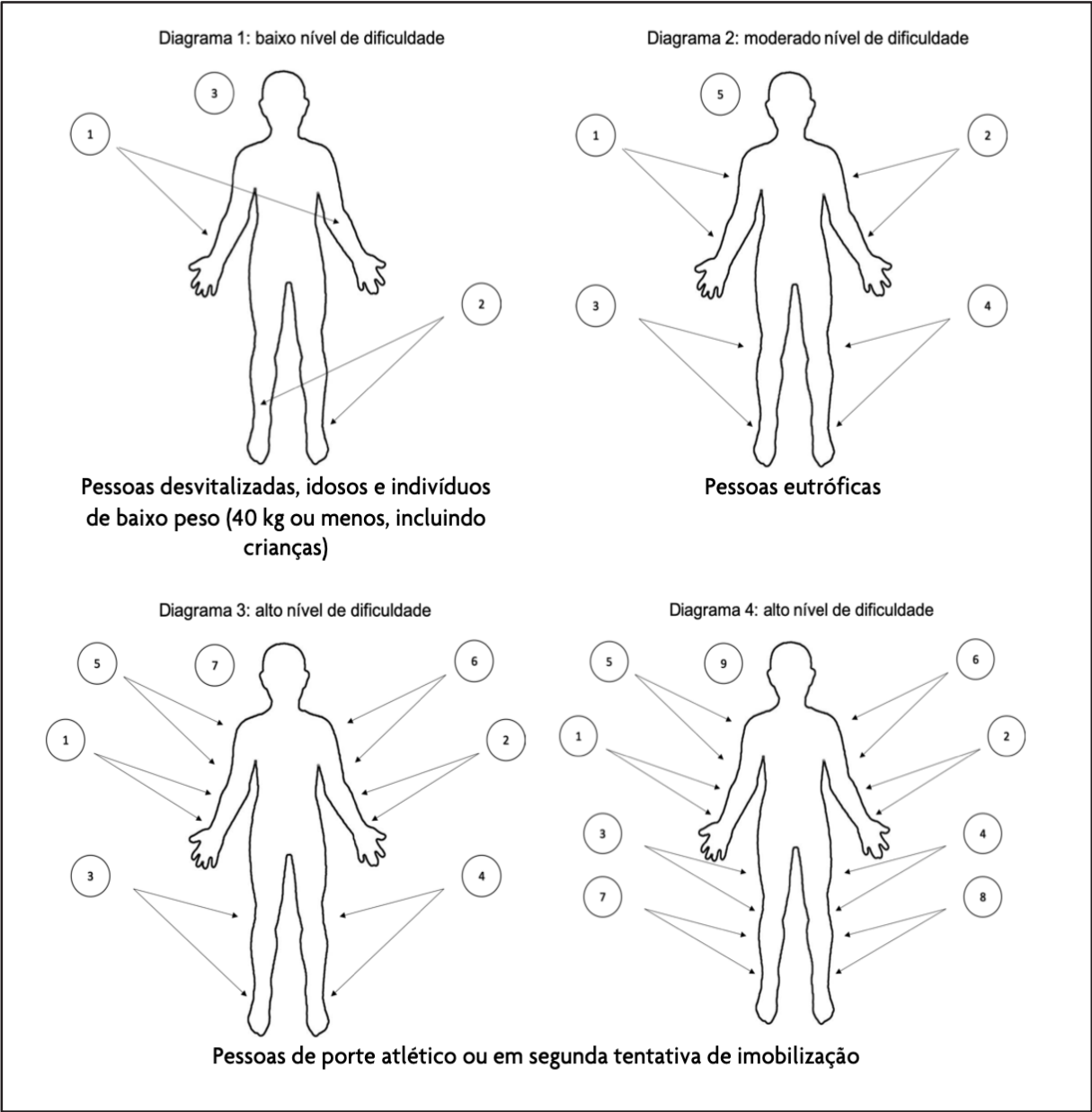
ANEXO A - ESCALA CIWA-AR

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA - CIWA-AR

ITEM	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO (0-7)
1. Náuseas e vômitos	Perguntar: sente dor de estômago? Vomitou?	0 = Nenhum. 1 = Náusea leve, sem vômitos. 4 = Náusea recorrente com ânsia de vômitos. 7 = Náusea constante, ânsia de vômito e vômito.
2. Tremores	Observar se o paciente estende os braços. Avaliar tremores visíveis com ou sem estímulo.	0 = Nenhum. 1 = Não visível, mas sente. 4 = Moderado, com os braços estendidos. 7 = Severo, mesmo com braços estendidos.
3. Sudorese	Observar suor visível. Verificar se há suor leve ou saturação de roupas.	0 = Nenhuma. 4 = Facial. 7 = Profusa, roupas molhadas.
4. Ansiedade	Perguntar se o paciente está se sentindo nervoso ou ansioso. Observar comportamento.	0 = Não 1 - Muito leve 4 = Leve 7 = Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?
5. Agitação	Observar nível de atividade.	0 = Normal 1 - Um pouco mais que a atividade normal 4 = Moderadamente 7 = Constante
6. Perturbações palpáveis	Perguntar se sente formigamento, coceira, sensação de insetos ou outros fenômenos táteis anormais.	0 = Nenhuma 1 - Muito leve 2 = Leve 3 = Moderado 5 = Grave 6 - Muito grave 7 - Extremamente grave
7. Distúrbios visuais	Perguntar se a luz parece muito brilhante; se a cor está diferente; vê algo que te perturba?	0 = Não 1 - Muito leve 2 = Leve 3 = Moderado 4 = Moderado/Grave 5 = Grave 6 - Muito grave 7 - Extremamente grave
8. Distúrbios auditivos	Perguntar se ouve sons/vozes, elas são rudes, são assustadores?	0 = Não 1 - Muito leve 2 = Leve 3 = Moderado 4 = Moderado/Grave 5 = Grave 6 - Muito grave 7 - Extremamente grave
9. Cefaleia ou sensação de pressão (Sensação de cabeça cheia)	Perguntar se tem dor de cabeça ou pressão.	0 = Não 1 - Muito leve 2 = Leve 3 = Moderado 4 = Moderado/Grave 5 = Grave 6 - Muito grave 7 - Extremamente grave
10. Orientação e turvação dos sentidos	Avaliar se está orientado no tempo, espaço e pessoa.	0 = Orientado 1 - Incerto sobre a data, não responde seguramente 2 - Desorientado com a data, mas não mais que 2 dias 3 - Desorientado com a data, com mais de 2 dias 4 - Desorientado com o lugar e pessoa

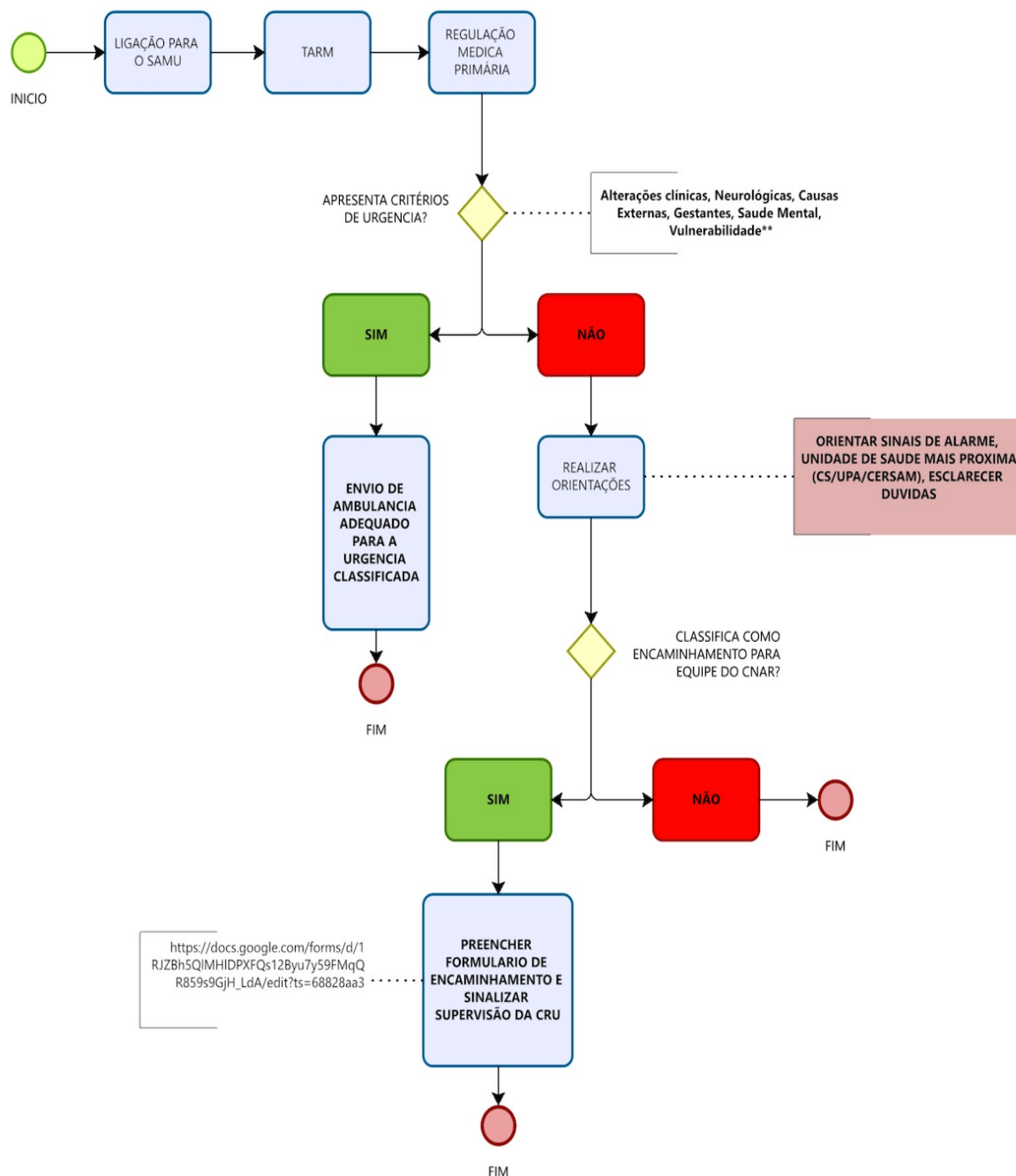
Fonte: Adaptado de Sullivan et al., 1989.

ANEXO B - DIAGRAMAS DE CONTENÇÃO



Fonte: SAMU Fortaleza, 2022.

ANEXO C - ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA PELO SAMU



Fonte: Elaborado por: Alysson Machado; Alessandra M. Mariosa Negri / Revisado por: Carina Santos Camargos

ANEXO C - ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA PELO SAMU - CONTINUAÇÃO

1-Alterações clínicas

Alterações dos dados vitais que indiquem instabilidade clínica e não sejam justificados por doenças de base
Crises hipertensivas com suspeita de lesão de órgão alvo
Suspeita de edema agudo de pulmão
Suspeita de IAM ou AVC
Arritmias sintomáticas
PCR
Cetoacidose diabética
Hipoglicemia não reversível com medidas iniciais
Choque anafilático
Choque Séptico
insuficiência respiratória aguda
Hemorragia digestiva alta ativa

2-Emergências neurológicas

Crises convulsivas
Estado Pós-Ictal
Rebaixamento do nível de consciência sem resposta aos estímulos

3- Causas externas

Queimaduras graves;
Hipotermia
Acidente de trânsito
Choque elétrico
Acidente com arma de fogo
TCE
Queda

A coordenação de população vulnerável da SMSA-PBH junto com a equipe do consultório da rua, terá acesso ao formulário para a busca ativa dos usuários que não se encaixam no critério de gravidade para envio de ambulâncias pelo SAMU

4-Gestantes

Trabalho de Parto
Pré eclâmpsia grave/ Eclâmpsia

5- Saúde mental

Abstinência alcoólica estágios 3 e 4(aplicar CIWA-Ar)
Intoxicação exógena e envenenamento
Tentativas de suicídios
Agitação psicomotora que não responde ao manejo inicial da equipe.

6 – Vulnerabilidade social**

Pessoa em situação de vulnerabilidade social associada a um sofrimento grave (ex: paciente com debilidade física ou nutricional grave, presença de lesões com sinais de infecção, doenças em fase terminal, indisponibilidade do consultório de rua no momento após tentativa de acionamento conforme descrito neste documento, pessoas em aglomerados que solicitem o SAMU no horário de 22:00 às 06:00 ou outra situação identificada pelo médico regulador).

FONTE: Elaborado por: Alysson Machado; Alessandra M. Mariosa Negri / Revisado por: Carina Santos Camargos

ANEXO D - ESCALA DE RASS TRADUZIDA

Escore	Termos	Descrição
+ 4	Combativo	Francamente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde
+ 3	Muito agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos não-intencionais freqüentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)
+ 1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
- 1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por ≥ 10 seg
- 2	Sedado leve	Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por < 10 seg
- 3	Sedado moderado	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
- 4	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico
- 5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

Fonte: Revista brasileira de terapia intensiva



**BELO
HORIZONTE**
P R E F E I T U R A
