

PROTOCOLO CLÍNICO DE

# Urgência e Emergência em Saúde Mental



PROTOCOLO CLÍNICO DE

**Urgência e Emergência em**

**Saúde Mental**





## **ESTADO DO MARANHÃO**

Secretaria de Estado da Saúde

Departamento de Atenção à Saúde Mental

Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

# **Protocolo clínico de Urgência e Emergência em Saúde Mental**

São Luís  
2023

2023. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Escola de Saúde do Estado do Maranhão.



Esta obra está licenciada com uma Licença  
Creative Commons - Atribuição-Não Comercial - Compartilha Igual 4.0 Internacional.  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, distribuição e informações: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão  
Tiragem: 2ª ed. rev. atual. – 2023 – 100 exemplares

## **EDITORIAL**

### **Normalização**

Josélia Pereira Rodrigues - Bibliotecária - ESP/MA

### **Revisão**

Maria de Lourdes Carvalho - Assessora Técnica - ESP/MA

### **Projeto gráfico**

Daniele Ramaianne Rocha da Silva - Designer – ESP/MA

Ficha Catalográfica elaborada por: Josélia Pereira Rodrigues – CRB13/918.

Bibliotecária da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

---

Maranhão, Secretaria de Estado da Saúde.

Protocolo clínico de urgência e emergência em saúde mental /  
Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão; Departamento de  
Atenção à Saúde Mental. 2. ed. rev. atual. – São Luís, 2023.

37 f.

ISBN 978-65-85172-06-6

1. Saúde mental. 2. Protocolo - Urgência e Emergência. 3. Saúde  
Pública. I. Título.

CDU 613.86

---

**Secretaria de Estado da Saúde/MA**  
Departamento de Atenção à Saúde Mental  
Avenida dos Holandeses, 03, quadra 07,  
Edifício Almere Office, Calhau -  
São Luís/MA | Brasil  
Telefone: (98) 3194- 6219  
dasm.sesma@gmail.com

**Escola de Saúde Pública do Estado  
do Maranhão**  
Rua da Estrela, 415 / Rua 28 de Julho  
(do Giz), 312, Centro Histórico -  
São Luís/MA | Brasil  
Telefone: (98) 3232-3233  
escoladesaudepublica.ma@gmail.com

## **GOVERNADOR DO ESTADO DO MARANHÃO**

Carlos Orleans Brandão Júnior

### **Secretário de Estado da Saúde do Maranhão**

Tiago José Mendes Fernandes

### **Secretária Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde**

Deborah Fernanda Campos da Silva Barbosa

### **Superintendente de Atenção Primária em Saúde**

Willian Vieira Ferreira

### **Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão**

Ana Lúcia Nunes – Diretora Administrativa

Ananda Beatriz Rodrigues Marques – Diretora Científica

### **Coordenação Geral**

Isabelle Campos Morais Rêgo de Araújo

### **Elaboração**

Hamilton Raposo de Miranda Filho

Márcio Henrique Silva Menezes

Marcos Antonio Barbosa Pacheco

### **Revisão**

Dilza Neri Correia

Maria das Neves Barros

Marcos Antonio Barbosa Pacheco

### **Colaboração**

Equipe técnica do Departamento de Atenção à Saúde Mental

Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

# Sumário

Apresentação 5

Protocolo de Emergência  
em Saúde Mental 7

● Risco de suicídio 13

● Delirium 17

● Intoxicação aguda por álcool 21

● Diretrizes para abordagem de  
abstinência alcoólica 25

● Intoxicação aguda por cocaína/crack 31

Referências bibliográficas 35





# Apresentação



A Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, por meio do Departamento de Atenção à Saúde Mental, no seu compromisso de fomentar e implementar a Política Nacional de Saúde Mental que é norteadas pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda por sua trajetória de acompanhamento (Monitoramento/Capacitações) dos Serviços Substitutos, preconizados pela Reforma Psiquiátrica e com base na Lei 10.216/2001, percebeu a necessidade de elaborar um Protocolo Clínico em Saúde Mental para melhor conduzir ações e apoiar a tomada de decisão dos profissionais de saúde, nos pontos de Urgência e Emergência, durante atendimento em situações de crise/surto em saúde mental.

Este protocolo resulta de consenso técnico-científico, atualizado a partir de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação e recomendações terapêuticas contidas nas diretrizes metodológicas do Ministério da Saúde.

Na sua construção, foram realizadas reuniões, consultas, ajustes, leitura de estudos (modelos utilizados em alguns Estados da Federação) e apresentações prévias a alguns pontos de urgência/emergência (UPAS Estaduais), e com a



contribuição de Residentes de Psiquiatria do Hospital de referência de urgência e emergência em saúde mental do Estado.

Esperamos, com a implantação deste instrumento, alcançar o objetivo de prestar atendimento de qualidade com responsabilidade e resolutividade, ofertando parâmetros de segurança aos profissionais e usuários de saúde mental no momento de crise/surto.

**Tiago José Mendes Fernandes**  
Secretário de Estado da Saúde

# Protocolo de Emergência em Saúde Mental



Caracteriza-se emergência psiquiátrica qualquer alteração de pensamento ou do comportamento que necessite de atendimento imediato, devido a risco para o paciente ou para outros. Os casos potenciais de desenvolverem tais quadros também devem ser avaliados com cuidado. A prioridade do atendimento é descobrir a causa básica e tratá-la, além de conter a atitude ameaçadora.

## **Agressividade e agitação psicomotora**

Agitação psicomotora (definida como uma atividade motora excessiva, associada a um sentimento de tensão interna) e comportamento agressivo, faz parte das condutas humanas que podem estar associadas a algum problema prévio. Mas, o fato de uma pessoa apresentar tal comportamento não significa, necessariamente, que ela possua um transtorno mental. Esses quadros podem estar relacionados, por exemplo, à coação, retaliação ou até uma questão adaptativa em um meio hostil.

## DIRETRIZES GERAIS PARA O USO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA

O uso da contenção física é considerado um procedimento extremo, devendo ser utilizado apenas quando se esgotarem outras possibilidades. A decisão pela contenção, assim como seus critérios, deve estar sempre prescrita em prontuário ou em encaminhamentos realizados pelo profissional responsável.

A contenção está formalmente indicada em todos os casos em que houver intensa agitação psicomotora com risco à integridade física do paciente ou de terceiros, e nos casos em que o paciente apresenta grave comprometimento do julgamento da realidade e necessita de intervenção médica, mesmo contra sua vontade. Ex.: abstinência alcoólica grave.

O paciente contido deverá ser assistido ininterruptamente por um profissional de saúde durante o período da contenção (avaliação a cada 30 minutos), certificando-se de que a restrição de cada extremidade não prejudique a perfusão sanguínea ou cause algum tipo de lesão. Importante registrar dados vitais periodicamente. A remoção das ataduras de contenção (total de oito) deverá seguir um esquema gradativo (tórax, membros inferiores, membros superiores) até a certificação de que o paciente

se encontra sedado, ou não houver mais risco de agitação grave ou violência.

## DIRETRIZES GERAIS PARA O USO DE CONTENÇÃO QUÍMICA

O uso da contenção química deve obedecer às mesmas indicações da contenção física, a partir das seguintes orientações:

a) É desnecessária a utilização da via endovenosa para os procedimentos de sedação em psiquiatria. A utilização da via oral deve ser utilizada sempre que houver cooperação do paciente. A via intramuscular deve ser utilizada sempre que for necessária ação farmacológica rápida em pacientes não cooperativos. Os seguintes esquemas de medicação (VO e IM) são usualmente utilizados para pacientes adultos e poderão ser repetidos após cada 12 horas ou, excepcionalmente, a cada 8 horas após a primeira aplicação, caso não tenha havido sedação adequada do paciente:

### Medicação VO

- Clonazepam – gotas: 2,5 mg / ml (01 gota = 0,1 mg)
- Fazer 40 a 60 gotas VO a cada 12h, diluído ou não +
- Haloperidol – gotas: 2,0 mg / ml (01 gota = 0,1 mg):
- Fazer 50 a 100 gotas VO a cada 12h, diluído ou não.
- Haloperidol comprimido 5mg: 01 a 2 cp a cada 12h.
- Risperidona solução (1ml=1mg): 3 a 9mg ao dia, dividido a cada 12h, diluído ou não.

### Medicação IM

Haloperidol 01 ampola IM (1ml= 5mg) + Prometazina 01 ampola IM (2ml=50mg)

Obs: Usar a Prometazina somente na presença de sintomas extrapiramidais.

**b)** Em pacientes com quadro de intoxicação alcoólica, há maior risco de depressão respiratória, já que o álcool exerce ação depressiva sobre o Sistema Nervoso Central. Nestes casos, a utilização de benzodiazepínicos, como o Midazolam, e outros agentes com grande perfil de sedação devem ser evitados. Um esquema possível para estes casos seria:

Haloperidol 01 ampola IM (1ml; 5mg) : 1 a 2 ampolas IM a cada 12h.

**c)** São necessários cuidados redobrados ao medicar pacientes idosos pois são mais vulneráveis aos efeitos adversos dos antipsicóticos tradicionais. Nestes casos, metade da dose utilizada em adultos jovens, geralmente, é suficiente.

**d)** Em crianças com quadro de agitação psicomotora grave apenas a contenção física é geralmente suficiente. O haloperidol deve ser evitado em pacientes com epilepsia, depressão de medula e lesões subcorticais, pelo risco aumentado de síndrome neuroléptica maligna. Se houver

necessidade de contenção química em crianças e adolescentes (06 a 12 anos), dois esquemas de medicação padrão são usualmente utilizados:

Haloperidol 0,1 a 0,5 mg/kg/dia (máximo de 1,0 mg/kg/dia) VO ou IM.

**Observação:**

Verificar se o quadro de agitação está relacionado ao uso de drogas, utilizar protocolo para uso de drogas.



# Risco de suicídio



Particularmente, diante de alguém que pensa em se matar, é importante entender o que está acontecendo na vida daquela pessoa em particular, como: mudanças recentes, brigas, conflitos, perdas (sejam elas reais, imaginadas ou temidas), momentos de maior estresse ou pressões. Na maioria das vezes, um acontecimento recente funciona como desencadeante, em geral envolve desentendimento ou perda de alguém importante. Outra maior vulnerabilidade ao suicídio é uma rede de apoio frágil ou inexistente, pois é importante que a pessoa se sinta amparada e incluída socialmente, que possa contar com a ajuda de pessoas com as quais mantém laços de confiança em momentos difíceis.

O exame do estado mental de alguém com comportamento suicida visa explorar com mais detalhes a ideação suicida e/ou tentativa de suicídio e definir se existem sinais e sintomas sugestivos de um transtorno mental. No caso de depressão, bastante associada ao risco de suicídio, observa-se se a pessoa tem humor



deprimido, perda do prazer nas atividades que antes eram prazerosas (anedonia), dificuldade de concentração, piora de seu próprio autocuidado, menor disposição, o curso do seu pensamento pode estar lentificado e seu conteúdo pode ser pessimista, com sentimentos de culpa ou até delirante congruente com o humor.

SINTOMAS	AVALIAÇÃO		AÇÃO
Pensamentos suicidas vagos	Avaliar a intenção do ato (plano e método)		Identificar suporte
Ideias suicidas sem transtorno psiquiátrico	Avaliar a intenção do ato (plano e método)		Identificar suporte
Ideias suicidas com transtorno psiquiátrico	Avaliar a intenção do ato (plano e método)		Encaminhar para o psiquiatra ou serviço de saúde mental
Ideias suicidas com transtorno psiquiátrico, agitação e tentativa prévia	Ficar com o paciente para prevenir novas tentativas		Hospitalizar e solicitar avaliação psiquiátrica



# Delirium



O *Delirium* (condição neuropsiquiátrica caracterizada por estreitamento da consciência, piora da atenção, alterações cognitivas e senso perceptivo) ou estado confusional costuma ter um curso flutuante. Mesmo sendo bastante frequente em enfermarias clínicas e cirúrgicas, o “*delirium*” continua sendo uma condição muitas vezes não identificada.

O termo “Síndrome Confusional Aguda”, como pode ser chamado o “*delirium*” dá ênfase ao aspecto confuso do pensamento e do discurso da pessoa (fala incongruente, conteúdos absurdos e sem articulação lógica), mas isso não é necessariamente o mais frequente ou o mais importante para sua identificação justamente porque vários problemas subjacentes podem causar “*delirium*”, e mais de um fator pode contribuir para o seu surgimento, sendo considerado uma síndrome. Também possui diversas denominações, sendo mais comumente denominado como: estado confusional agudo, síndrome cerebral orgânica ou psicoorgânica. Estar atento, e lembrar que isso pode acontecer, é extre-

mamente importante para a sua identificação. Como o diagnóstico de “*delirium*” é primariamente clínico, apoia-se em uma boa avaliação.

“*Delirium*”, por si só, não é uma indicação de tratamento farmacológico, mas o uso de antipsicóticos ou sedativos pode ser necessário para sintomas como delírios e alucinações que assustam o paciente e quando verbalmente não se consegue tranquilizá-lo. Quando esses medicamentos forem usados, eles precisam ser reavaliados constantemente e estar claro o motivo do uso, e, nesse caso, antipsicóticos de alta potência são priorizados por terem menos efeitos anticolinérgicos e hipotensivos. Entretanto, essas medicações precisam ser usadas com cautela, porque podem prolongar o “*delirium*”, aumentando o risco de complicações, transformando um paciente hiperativo em um confuso e sonolento, com aumento do risco de quedas e aspirações.

Em pessoas idosas com sintomas moderados, a dosagem de haloperidol pode variar de 0,5 a 1 mg oral, em casos mais graves de 0,5 a 2 mg parenteral, podendo ser refeita em 60 minutos conforme a necessidade. Um efeito colateral ao qual é preciso ficar atento é a acatisia (inquietação motora). Todo esforço deve ser realizado para minimizar doses de medicações com efei-

tos no Sistema Nervoso Central (SNC), exceto no delirium por abstinência a sedativos ou álcool, onde a dose do benzodiazepínico (lorazepam) administrado deve ser proporcional a que foi suprimida antes da instalação da síndrome de abstinência e do *delirium*.



## Intoxicação aguda por álcool



Intoxicação é o uso nocivo de substâncias em quantidades acima do tolerável para o organismo. Os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica se caracterizam por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Inicialmente há sintomas de euforia leve, evoluindo para tontura, ataxia e incoordenação motora, passando para confusão e desorientação, e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma.

A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia. O desenvolvimento de tolerância, a velocidade da ingestão, o consumo de alimentos e alguns fatores ambientais também são capazes de interferir nessa relação. A partir de 150 mg% de alcoolemia deve-se intervir. A maioria dos casos não requer tratamento farmacológico. De acordo com os sintomas e sinais, devem-se conduzir medidas gerais de suporte à vida.



**NÍVEIS PLASMÁTICOS DE ÁLCOOL (MG%),  
SINTOMATOLOGIA RELACIONADA E CONDUTAS**

<b>Alcoolemia mg%</b>	<b>Quadro clínico</b>	<b>Conduta</b>
30	Euforia, excitação e alterações leves de atenção.	Ambiente calmo, monitoramento dos sinais vitais.
50	Incoordenação motora discreta, alteração do humor, personalidade e comportamento	Ambiente calmo, monitoramento dos sinais vitais
100	Incoordenação motora pronunciada com ataxia, diminuição da concentração, piora dos reflexos sensitivos e piora do humor	Monitoramento dos sinais vitais, cuidados intensivos à manutenção das vias aéreas livres, observar risco de aspiração do vômito.

200	Piora da ataxia, náuseas e vômitos	Internação, cuidados à manutenção das vias aéreas livres, observar risco de respiração, administração intramuscular de tiamina.
300	Disartria, Amnésia, Hipotermia, Anestesia (estágio 1)	Internação, cuidados gerais para a manutenção da vida, administração intramuscular de tiamina.
400	Coma, Bloqueio Respiratório Central.	Emergência médica, cuidados intensivos para a manutenção da vida e seguir diretriz apropriada para a abordagem do coma



# Diretrizes para abordagem de abstinência alcóolica



A cessação da ingestão crônica de álcool ou sua redução pode levar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de desconforto definidos como Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA).

## Síndrome de Abstinência Alcoólica nível I

Quadro leve e moderado e pode ser tratado em nível ambulatorial:

### SINAIS E SINTOMAS

- Orientado no tempo e espaço;
- Ansiedade leve;
- Juízo crítico da realidade preservado;
- Agitação psicomotora discreta;
- Tremores finos de extremidades;
- Sudorese discreta;
- Náuseas sem vômitos;
- Sem complicações clínicas ou psiquiátricas.

## TRATAMENTO

Esclarecer o paciente e familiares sobre SAA;  
Monitoramento por 4 semanas a cada 3 ou 5 dias;  
Contra – indicar condução de veículo;  
Dieta leve e hidratação adequada VO;  
Repouso relativo;  
Supervisão familiar;

Encaminhar para emergência hospitalar se houver rebaixamento do nível de consciência e/ou desorientação no tempo e no espaço.

## MEDICAÇÕES

Tiamina/dia: 100mg IM nos primeiros 3 dias e Tiamina 300mg VO nas 4 semanas seguintes;

Diazepam: 20 a 40 mg/dia oral divididos em três tomadas ou Lorazepam (se hepatopatia): 4 a 8 mg/dia oral divididos em três tomadas por 7 dias.

## Síndrome de Abstinência Alcoólica nível II

Quadro grave (*Delirium Tremens*) que pode potencialmente causar risco de morte. O tratamento deverá ser efetuado a nível hospitalar ou em UTI, se houver estrutura técnica para tal.

## SINAIS E SINTOMAS

Rebaixamento do nível de consciência;  
Desorientação tempo-espço;  
Comprometimento do juízo crítico da realidade  
ideação delirante;  
Alucinações auditivas, visuais e táteis;  
Ansiedade intensa;  
Agitação psicomotora grave;  
Tremores grosseiros de extremidades;  
Sudorese profusa;  
Vômitos;  
Pode haver complicações clínicas ou neurológicas (investigar).

## TRATAMENTO

Esclarecer os familiares sobre SAA;  
Dieta leve (se nível de consciência preservado) ou jejum (confusão mental)  
Repouso absoluto;  
Realizar contenção no leito se agitação intensa;  
Redução do estímulo áudio-visual;  
Manter luzes acesas;  
Monitorização rigorosa dos dados vitais, glicemia, eletrólitos, enzimas hepáticas e hidratação parenteral.

## MEDICAÇÕES

Tiamina/dia: 300mg IM nos primeiros 7 dias e Tiamina 300mg VO nas 4 semanas seguintes;

Dobrar a dose se houver suspeita de Síndrome de Wernicke: confusão mental, ataxia e nistágmo;

Diazepam: 10 a 20 mg/dia oral de hora em hora até sedação leve ou Lorazepam (se hepatopatia): 2 a 4 mg oral de hora em hora até sedação leve. Após o período agudo, estabelecer posologia dos sedativos como no Nível 1. Caso haja intensa vivência delirante – alucinatória, utilizar Haloperidol 5g/dia VO ou IM por até 7 dias.

**Observação:** O uso de Diazepam ou Lorazepam, por medida de segurança, deve ser usado por via oral, preferencialmente.

Utilizar a via intramuscular excepcionalmente, de 12 em 12h ou de 8 em 8horas.

### Importante:

O que NÃO devemos fazer na Síndrome de Abstinência Alcoólica:

a) Administrar glicose antes da aplicação da Tiamina IM; Nos casos de intoxicação alcoólica em pacientes usuários crônicos de álcool, a administração de Tiamina IM 30 minutos antes da infusão de glicose também deve ser realizada.

As células nervosas utilizam a Tiamina na metabolização da glicose. A ausência da vitamina em usuários crônicos pode desencadear a encefalopatia de Wernicke.

- b)** Hidratar indiscriminadamente;
- c)** Administrar Clorpromazina ou Hidantoína;
- d)** Administrar Diazepam por via IM ou associado ao soro fisiológico /glicosado.

**Observação:**

Se a via oral não for possível, aplicar injeção direta e lenta do Diazepam (2ml; 10 mg) + ABD. Fazer em 02 minutos a fim de evitar o risco de parada respiratória.





## Intoxicação aguda por cocaína/crack



Os efeitos agudos da intoxicação pela cocaína/crack em geral são bem conhecidos. Esta sintomatologia é consequência dos efeitos psicoestimulantes com repercussões fisiológicas, em especial, pela ativação do sistema adrenérgico. Entre as respostas fisiológicas estão o aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória, da temperatura corporal, dilatação pupilar, estado de hipervigilância e aumento da atividade motora.

## Intoxicação por Cocaína

	QUADROS DE AGITAÇÃO E ALTERAÇÕES DE CONDUTA	SINTOMAS PSICÓTICOS (PARANÓIDE, ILUSÕES OU ALCUCINAÇÕES)	QUADROS DE PÂNICO
Leve	<p>Garantia de cuidados; Monitorização dos dados vitais; Ambiente tranquilo e com poucos estímulos sensoriais.</p>	<p>Garantia de cuidados; Ambiente calmo</p>	<p>Garantia de cuidados e ambiente tranquilo</p>
Grave	<p>Benzodiazepínicos: Diazepam 5-10mg (VO, IV ou IM); Antipsicóticos: Haloperidol 5mg (VO, IM ou IV); ou associação de ambos, caso necessário.</p>	<p>Haloperidol 5mg (VO, IM ou IV)</p>	<p>Lorazepam 2mg (VO)</p>
Delirium Excitatório	<p>Contenção medicamentosa e física pode ser necessário</p>	<p>Lorazepam 2mg (VO)</p>	

## Intoxicação por Crack

LEVE	QUADRO DE PÂNICO	GRAVE
Monitorização; Apoio; Comorbidades psiquiátricas (encaminhar à Psiquiatria)	Ambiente tranquilo; Lorazepam 2mg	Agitação intensa (Delirium excitatório); Benzodiazepínicos (VO, IM e IV); Associar antipsicóticos (VO, IM ou IV)

**Observação:** Evitar antipsicóticos fenotiazínicos: Clorpromazina e Levomepromazina Intoxicação por crack.



# Referências bibliográficas



ASTETE DA SILVA, A.; BRAGA, M.C. **Atendimento e manejo das emergências do comportamento**. Curitiba, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10, de 03 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 03, de 03 outubro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas – PCDT**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/>

protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt. Acesso em: 15 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM Nº 2.057, de 12 de novembro 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. Diário Oficial da União. Brasília, DF: 2013.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. *In: AMARANTE, P. (org.) Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2.* Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 161-194.

DEL-BEN, C. M. *et al.* Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 50, Supl. 1, p. 98-112, jan./fev. 2017.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental. Município de Florianópolis.** Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Diretrizes para implementação do sistema**

**Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências.** 2. ed. Belo Horizonte, 2021.

KAPCZINSKI, F. **Emergências psiquiátricas.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. (edit.). **Sistema Manchester de classificação de risco:** Classificação de Risco na Urgência e Emergência. Tradução do livro Emergency Triage / Manchester Triage Group. 2. ed. [S.l.]: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MANTOVANI, C. *et al.* Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 96-103, 2010. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde.** Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Com algumas adaptações à realidade local.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. **Emergências Psiquiátricas.** 3. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2014.

WEBER, A. N. *et al.* Psychiatric emergencies: assessing and managing suicidal ideation. **Med Clin North Am.**, v. 101, n. 3, p. 553-71, 2017



Título	Protocolo clínico de urgência e emergência em Saúde Mental
Autor	Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
Capa	Daniele Ramaianne Rocha da Silva
Projeto Gráfico	Daniele Ramaianne Rocha da Silva
Revisão	Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão
Formato	10 x 15 cm
Páginas	40 (miolo - nº absoluto)
Tipografia	Montserrat (título), Fira Sans (corpo), Open Sans (oficial)
Fotos	Freepik.com (capa, contracapa e seções)
Vetores	Freepik.com
Edição	2ª edição revisada e atualizada - 04/2023



Sua experiência com os materiais produzidos pela ESP/MA é valiosa para nós. **Nos conte o que achou deste material** para melhorarmos continuamente as produções e diagramações Use o leitor de QRCode.



SES  
Secretaria de Estado  
da Saúde

