
	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 1/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01
Emissão: 05/2026			

1. OBJETIVOS

- Padronizar a abordagem e o manejo das crises em saúde mental no atendimento pré-hospitalar pelas equipes do SAMU;
- Assegurar assistência ágil, segura e humanizada ao paciente em sofrimento psíquico agudo;
- Qualificar o cuidado por meio da avaliação de risco e adoção de condutas baseadas em critérios técnicos;
- Priorizar a comunicação terapêutica como estratégia principal de abordagem;
- Reduzir intervenções coercitivas desnecessárias;
- Garantir a segurança da equipe, do paciente e de terceiros durante toda a assistência.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 2/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01
Emissão: 05/2026			

2. DEFINIÇÕES

2.1. Crise psíquica

Define-se crise psíquica como uma situação aguda de desorganização emocional, cognitiva e/ou comportamental, decorrente da incapacidade do indivíduo de utilizar suas estratégias habituais de enfrentamento diante de um evento estressor. Essa condição pode gerar sofrimento intenso e risco à integridade do próprio indivíduo ou de terceiros.

Caracteriza-se por reação emocional intensa, sensação de perda de controle, desorganização comportamental e ruptura do equilíbrio psicológico. Ressalta-se que a crise psíquica não está restrita a transtornos mentais diagnosticados, podendo ocorrer em qualquer indivíduo exposto a situações de elevado impacto, como perdas, violências ou eventos traumáticos. Deve ser considerada potencialmente grave quando associada a risco de autoagressão, heteroagressão, incapacidade de autocuidado ou desorganização comportamental significativa.

2.2. Transtornos mentais


Os transtornos mentais correspondem a condições que afetam o pensamento, o humor, o comportamento e a percepção da realidade, podendo causar sofrimento significativo e prejuízo funcional. Podem se manifestar de forma aguda ou crônica e, em determinadas situações, evoluir com risco à integridade física do paciente ou de terceiros.

Os principais transtornos mentais relacionados a urgência são:

2.2.1. Transtorno depressivo

Caracteriza-se por humor deprimido persistente, associado à redução de interesse ou prazer, podendo cursar com desesperança, fadiga e alterações do sono e do apetite.

Pode estar associado a:

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 3/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

- ideação ou comportamento suicida;
- retraimento social;
- prejuízo funcional importante.

2.2.2. Transtorno afetivo bipolar

Caracteriza-se por alternância entre episódios depressivos e episódios de elevação do humor (mania ou hipomania).

Na fase maníaca, pode haver:

- agitação;
- impulsividade;
- comportamento de risco;
- redução da crítica.

2.2.3. Esquizofrenia


É uma enfermidade complexa, caracteriza por distorções do pensamento, da percepção de si mesmo e da realidade externa e por inadequação e embotamento afetivos, podendo incluir:

- delírios;
- alucinações (principalmente auditivas);
- pensamento e comportamento desorganizados.

Pode cursar com:

- desconfiança;
- isolamento social;
- agitação ou comportamento imprevisível.

2.2.4. Transtornos de ansiedade

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 4/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

Caracterizam-se por medo ou preocupação excessiva, podendo cursar com sintomas físicos intensos. Podem se manifestar como:

- crise de ansiedade;
- ataques de pânico;
- sensação de perda de controle ou morte iminente.

2.2.5 Comportamento suicida


Conjunto de manifestações relacionadas à intenção de causar dano letal a si mesmo. Em geral, apresenta-se de forma progressiva, evoluindo de pensamentos de morte para planejamento e tentativa.

No entanto, uma parcela significativa dos casos pode ocorrer de forma impulsiva, sem planejamento prévio estruturado. Inclui:

- Ideação suicida: pensamentos sobre morrer ou tirar a própria vida;
- Plano suicida: definição de método, local ou momento;
- Tentativa de suicídio: ato com intenção de morte, independentemente do desfecho;
- Automutilação: podem ou não estar associados à intenção de morrer, comumente associado a busca de alívio.

O comportamento suicida está frequentemente associado a sofrimento psíquico intenso, podendo ocorrer no contexto de transtornos mentais, uso de substâncias, eventos estressores ou situações de vulnerabilidade social.

Transtornos mentais que cursam com maior impulsividade, como transtorno afetivo bipolar, transtornos psicóticos e uso de substâncias psicoativas, estão associados a maior risco de comportamento suicida impulsivo.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 5/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

2.2.6 Crise suicida

Situação aguda de sofrimento psíquico intenso, na qual o indivíduo apresenta risco aumentado de comportamento suicida, com comprometimento da capacidade de avaliação crítica e redução das estratégias de enfrentamento. Pode se manifestar por:

- Desesperança intensa;
- Sensação de não haver saída para o sofrimento;
- Isolamento ou retraimento;
- Verbalizações de morte ou desejo de desaparecer;
- Comportamento de risco ou despedidas;
- Acesso a meios letais.

De modo geral, o paciente em crise suicida não apresenta comportamento agressivo significativo contra terceiros, sendo a agitação, quando presente, frequentemente manejável por meio de abordagem acolhedora, escuta ativa e comunicação terapêutica.


A crise suicida deve ser compreendida como uma condição transitória e potencialmente reversível, que exige abordagem cuidadosa, acolhedora e centrada na segurança.

2.3 Urgências envolvendo substâncias psicoativas

Situações agudas decorrentes do uso, intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas, que podem levar a alterações de nível de consciência, comportamento, percepção, humor e funções vitais, com potencial risco clínico e/ou psíquico.

Podem envolver:

- Álcool;
- Cocaína e derivados (crack);
- Cannabis;
- Benzodiazepínicos;
- Opioides;
- Múltiplas substâncias.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 6/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

As manifestações clínicas são variáveis e podem incluir:

1. Agitação psicomotora;
2. Rebaixamento do nível de consciência;
3. Comportamento desorganizado ou agressivo;
4. Sintomas psicóticos;
5. Instabilidade clínica (convulsões, alterações respiratórias, cardiovasculares etc.).

Além dos efeitos diretos das substâncias, devem ser considerados:


- Comorbidades clínicas associadas;
- Possíveis traumas secundários;
- Uso concomitante de múltiplas substâncias;
- Condições sociais e individuais do paciente.

2.4 Transtornos mentais e violência

A associação entre transtornos mentais e comportamento violento não é direta nem determinística. A maioria das pessoas com transtornos mentais não apresenta comportamento agressivo, sendo muito mais frequentemente vítimas de violência do que autoras.

Situações de agressividade, quando presentes, costumam estar relacionadas a fatores associados, como:

- Uso de substâncias psicoativas;
- Desorganização psíquica aguda (ex.: crise psicótica);
- Agitação psicomotora intensa;
- Falha na abordagem inicial, especialmente quando realizada de forma confrontativa ou coercitiva;
- Contextos de vulnerabilidade social ou ambiental.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 7/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

O comportamento violento, nesses casos, deve ser compreendido como manifestação de sofrimento psíquico e desorganização, e não como característica inerente ao transtorno mental.

2.5 Agitação psicomotora e psicose

2.5.1 Agitação psicomotora

Estado caracterizado por aumento da atividade motora e/ou verbal, frequentemente associado à inquietação, irritabilidade e dificuldade de controle comportamental, podendo evoluir com risco de agressividade. Pode se manifestar por:


- Inquietação intensa, andar repetitivo, incapacidade de permanecer parado;
- Fala acelerada ou em tom elevado;
- Comportamento impulsivo ou desorganizado;
- Irritabilidade ou hostilidade crescente.

A agitação psicomotora nem sempre está associada à agressividade, mas pode evoluir para comportamento violento, especialmente na presença de fatores de risco associados e na abordagem inadequada pela equipe in loco.

2.5.2 Crise psicótica

Situação caracterizada por alteração do juízo de realidade, com comprometimento do pensamento, da percepção e do comportamento, podendo levar à desorganização importante e dificuldade de interação com o ambiente. Pode incluir:

- Delírios (ideias falsas e fixas);
- Alucinações (principalmente auditivas);
- Discurso desorganizado;
- Comportamento bizarro ou imprevisível;
- Prejuízo da crítica e da capacidade de julgamento.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ	
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 8/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	Versão: 01
Emissão: 05/2026		

Em situações agudas, pode haver associação com agitação, medo intenso, desconfiança ou comportamento defensivo.

2.5.3 Relação entre agitação e psicose

A agitação psicomotora pode estar presente em diferentes condições clínicas, sendo a crise psicótica uma das causas possíveis. Nem todo paciente agitado está em crise psicótica, e nem toda crise psicótica cursa com agitação.

2.6 Mnemônico ACENA

O mnemônico ACENA constitui ferramenta de apoio para avaliação inicial da cena, devendo ser aplicado conforme descrito a seguir:


A – Avaliar: Arredores, a casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e a Aparência do paciente.

C – Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social do paciente.

E – Avaliar as Expectativas e a receptividade da rede social, do próprio paciente e da Equipe de atendimento.

N – Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade, a capacidade de escolha e o Nível de sofrimento.

A – Avaliar a presença de sinais de uso de Álcool e drogas, a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 9/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01
Emissão: 05/2026			

2.7 Comunicação terapêutica

Consiste na utilização de técnicas verbais e não verbais para estabelecer vínculo, reduzir sofrimento psíquico e favorecer organização emocional do paciente durante a crise.

Deve basear-se em:

- escuta ativa;
- postura empática;
- linguagem clara;
- tom de voz calmo;
- ausência de julgamento;
- validação dos sentimentos.

Devem ser evitados confrontos, ameaças, ordens excessivas e discussões sobre delírios ou crenças do paciente.


2.8 Primeiros socorros psicossociais (PSP)

Os Primeiros Socorros Psicossociais (PSP) constituem instrumento estruturado de abordagem inicial em situações de crise psíquica no atendimento pré-hospitalar, com objetivo de reduzir sofrimento emocional, favorecer estabilização inicial, fortalecer vínculo terapêutico e promover segurança ao paciente, equipe e terceiros.

Baseiam-se em comunicação terapêutica, escuta qualificada, abordagem não julgadora e avaliação contínua de riscos clínicos, psíquicos e comportamentais, respeitando as condições emocionais, cognitivas e a capacidade de compreensão do paciente durante a crise.

No SAMU, recomenda-se a utilização do método AEIOU como ferramenta orientadora da abordagem psicossocial inicial, contemplando:

- A – Acolhimento;
- E – Escuta ativa;
- I – Identificação de fatores de risco e proteção;

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 10/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

- O – Orientações;
- U – Ultimação (desfecho imediato).

O método deve ser aplicado de forma flexível, conforme condições clínicas, comportamentais, operacionais e segurança da cena, podendo haver necessidade de adaptação da abordagem conforme gravidade, risco apresentado e resposta do paciente.

3. LOCAL DE APLICAÇÃO


Em todos os atendimentos relacionados às urgências e emergências em saúde mental realizados pelo SAMU Noroeste, incluindo Central de Regulação de Urgências (CRU), Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA) e demais cenários de atendimento pré-hospitalar móvel.

4. AGENTES EXECUTORES

- Médico intervencionista;
- Enfermeiro intervencionista;
- Técnico de enfermagem socorrista;
- Médico regulador;
- Conductor de ambulância socorrista;

5. MATERIAL

- Priorizar o uso de restritor para paciente;
- Na indisponibilidade, utilizar ataduras de crepom com cautela, evitando garroteamento;
- Medicamentos e demais materiais devem seguir protocolo institucional vigente;
- Registro de Atendimento Sistematizado (RAS).

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 11/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

6. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS


6.1 Chegada da equipe à cena

A equipe de intervenção, seja de Unidade de Suporte Básico (USB) ou Unidade de Suporte Avançado (USA), devem realizar a abordagem inicial preferencialmente de forma conjunta, respeitando avaliação de segurança da cena e dinâmica operacional.

Antes do acesso à cena, devem ser coletadas informações com familiares, solicitantes ou presentes no local, buscando identificar o contexto da ocorrência, histórico do paciente e possíveis fatores de risco. A aproximação deve ocorrer de forma discreta, evitando, sempre que possível, sinais sonoros e luminosos.

Toda cena deve ser considerada potencialmente dinâmica, devendo a equipe realizar avaliação contínua de segurança, preferencialmente utilizando o mnemônico ACENA. A equipe do SAMU não deverá acessar locais considerados inseguros ou com risco potencial à integridade física da equipe, do paciente ou de terceiros.

Na presença de armas, comportamento agressivo, ameaça ativa, ambiente hostil ou qualquer condição que comprometa a segurança, a equipe deverá manter distância segura, retirar-se do local quando necessário e comunicar imediatamente a Central de Regulação de Urgências (CRU), solicitando apoio adicional. A equipe deverá, ainda, definir junto à Central o ponto de encontro com as forças de segurança para retorno seguro à ocorrência. O acesso à cena somente deverá ocorrer após liberação pelas forças de segurança ou quando houver condições seguras para abordagem.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ	
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 12/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	Versão: 01
Emissão: 05/2026		

A equipe de intervenção possui autonomia técnica para decisões imediatas relacionadas à segurança da cena, incluindo não entrada, interrupção da abordagem ou retirada do local, devendo manter comunicação contínua com a CRU. Antes da aproximação do paciente, a equipe deve definir estratégia de abordagem, funções dos integrantes, rota de saída e plano de contingência diante de possível escalada comportamental ou situações de risco. Após garantia de condições seguras, poderão ser adotadas medidas de redução de estímulos externos, afastamento de curiosos e definição de mediador/coordenador da abordagem.

6.2 Abordagem à vítima – PRIMEIROS SOCORROS PSICOSSOCIAIS (PSP)


Após a caracterização do cenário como seguro para o atendimento, a equipe deve iniciar a abordagem à vítima em situação de crise psíquica de forma sistematizada, humanizada e centrada no paciente. Recomenda-se a utilização do mnemônico AEIOU como ferramenta orientadora da comunicação terapêutica e do manejo da crise no ambiente pré-hospitalar. O método AEIOU estrutura a abordagem em cinco etapas sequenciais e interdependentes:

- **Acolhimento**

A equipe deve iniciar a abordagem de forma clara, calma e acolhedora, apresentando-se ao paciente, explicando sua função e o objetivo do atendimento, utilizando linguagem simples e tranquilizadora.

Podem ser utilizadas falas como:

- “Meu nome é [Maria], sou socorrista do SAMU e estou aqui para te ajudar”;
- “Viemos conversar com você e entender como podemos ajudar”;
- “Estamos aqui para garantir sua segurança”.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 13/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

Deve-se manter postura segura e não ameaçadora, com tom de voz calmo, respeito ao espaço do paciente e redução de estímulos ambientais sempre que possível. O contato físico deve ocorrer apenas quando necessário e preferencialmente com consentimento.

Perguntas simples e abertas podem auxiliar no vínculo inicial, como:

- “Você pode me contar o que está acontecendo?”;
- “Podemos conversar um pouco?”;
- “Tem alguém de confiança que você gostaria que estivesse aqui?”

O acolhimento deve ser mantido durante todo o atendimento, favorecendo vínculo, segurança e colaboração do paciente.

- **Escuta ativa**


A equipe deve permitir que o paciente se expresse livremente, respeitando seu tempo, pausas e silêncios, evitando interrupções desnecessárias. Deve-se demonstrar atenção por meio de escuta qualificada, postura receptiva, contato visual adequado e validação do sofrimento apresentado.

A comunicação deve ser simples, clara e sem julgamentos, evitando discussões, confrontos ou excesso de perguntas simultâneas.

Podem ser utilizadas perguntas e falas facilitadoras, como:

- “Pode me contar o que aconteceu?”;
- “Estou te ouvindo, pode falar no seu tempo”;
- “O que mais está te preocupando neste momento?”;
- “Entendo que isso esteja sendo difícil para você”.

Sempre que necessário, o profissional pode reformular ou resumir o que foi dito para confirmar o entendimento e fortalecer o vínculo terapêutico.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 14/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

- **Identificação de fatores de risco e proteção**

A equipe deve avaliar fatores que possam aumentar o risco de agravamento da crise, autoagressão, heteroagressão ou vulnerabilidade clínica e social, mantendo abordagem acolhedora, objetiva e sem julgamentos.

A avaliação deve incluir:

- presença de ideação suicida ou comportamento agressivo;
- acesso a meios letais;
- uso de álcool ou outras substâncias;
- episódios semelhantes prévios;
- presença de rede de apoio;
- condições clínicas associadas e segurança da cena.

Podem ser utilizadas perguntas como:


- “O que aconteceu antes de você se sentir assim?”;
- “Você já passou por isso antes?”;
- “Você está pensando em machucar a si mesmo ou outra pessoa?”;
- “Você usou alguma substância hoje?”;
- “Tem alguém de confiança que possamos chamar?”

A identificação precoce desses fatores auxilia na definição do risco, necessidade de apoio adicional, encaminhamento e estratégias de segurança durante o atendimento.

- **Orientações**

A equipe deve fornecer orientações claras e objetivas sobre a situação, riscos identificados e próximos passos do atendimento, buscando sempre a compreensão e participação do paciente nas decisões relacionadas ao cuidado.

A comunicação deve ser calma, acolhedora e compatível com o estado emocional do paciente, podendo incluir falas como:

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 15/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01
Emissão: 05/2026			

- “Vamos pensar juntos na melhor forma de te ajudar”;
- “Agora o mais importante é garantir sua segurança”;
- “Vou te explicar o que vamos fazer a partir de agora”;
- Sempre que possível, deve-se confirmar a compreensão das orientações e estimular adesão voluntária às condutas propostas.

- **Ultimação (desfecho imediato)**

Ao final da abordagem, a equipe deve reforçar as orientações, acordos realizados e próximos passos do atendimento, transmitindo segurança e encerrando a comunicação de forma clara, acolhedora e objetiva.


Podem ser utilizadas falas como:

- “Vamos garantir que você receba o cuidado necessário”;
- “É importante continuar o acompanhamento”;
- “Se voltar a se sentir assim, procure ajuda imediatamente”;
- “Você pode contar com a equipe de saúde para te ajudar”.

Sempre que possível, deve-se confirmar a compreensão das orientações pelo paciente ou acompanhante, além de reforçar sinais de alerta, necessidade de acompanhamento e importância da rede de apoio.

6.2.1 Considerações operacionais

O tempo de abordagem em ocorrências de saúde mental pode variar conforme complexidade do caso, condições da cena, resposta do paciente, necessidade de desescalamento e recursos disponíveis no atendimento.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 16/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

Nos casos de dificuldade na condução da ocorrência, resistência do paciente, necessidade de apoio adicional, prolongamento do tempo de cena ou comprometimento da segurança, a equipe deve manter comunicação contínua com o Médico Regulador para discussão do caso e definição conjunta das estratégias assistenciais e operacionais.

6.3 Abordagem geral nos transtornos mentais

Em situações envolvendo transtornos mentais, deve-se priorizar comunicação terapêutica contínua, com acolhimento, empatia e ausência de julgamento. Deve-se permitir a expressão emocional do paciente e demonstrar apoio.


Devem ser evitadas interrupções desnecessárias, posturas de julgamento, confrontos diretos e banalização do sofrimento apresentado.

6.4 Exclusão de causas clínicas associadas

Todo paciente com alteração comportamental, agitação, confusão mental ou alteração da percepção deve ser avaliado quanto a possíveis causas clínicas associadas, especialmente:

- hipoglicemia;
- hipóxia;
- intoxicações;
- abstinência;
- trauma;
- AVC;
- sepse;
- delirium;
- distúrbios metabólicos.

Pacientes com início súbito dos sintomas, alteração do nível de consciência, desorientação importante ou sinais neurológicos focais devem ser considerados potencialmente clínicos até avaliação adequada.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 17/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

6.4.1 Crianças e adolescentes

Em crianças e adolescentes, deve-se priorizar, sempre que possível, a presença de responsável legal ou referência afetiva durante a abordagem, utilizando linguagem compatível com a faixa etária, redução de estímulos ambientais e comunicação acolhedora.

A equipe deve manter atenção especial à vulnerabilidade emocional, risco de violência, negligência, abuso, automutilação e comportamento suicida.

6.4.2 Idosos

Em idosos, deve-se considerar maior probabilidade de causas clínicas associadas, delirium, efeitos medicamentosos, demências e maior vulnerabilidade a complicações durante contenção e sedação.


Quadros com início súbito de confusão mental, alteração comportamental ou desorientação devem ser considerados potencialmente clínicos até avaliação adequada.

6.4.3 Transtorno depressivo

Pacientes com transtorno depressivo podem apresentar sofrimento psíquico importante e risco de comportamento suicida, inclusive de forma silenciosa ou pouco evidente. A equipe deve manter atenção a sinais de gravidade, como:

- desesperança intensa;
- verbalizações de morte;
- isolamento social importante;
- perda funcional significativa;
- ideação ou planejamento suicida.

Mesmo pacientes aparentemente calmos podem apresentar risco iminente. Quando identificado risco, a equipe deve:

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 18/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01
Emissão: 05/2026			

- não deixar o paciente sozinho;
- reduzir acesso a meios letais;
- acionar rede de apoio quando possível;
- manter vigilância contínua;
- discutir o caso com o Médico Regulador para definição do encaminhamento.

6.4.4 Transtorno afetivo bipolar

Durante episódios de mania ou hipomania, o paciente pode apresentar:


- agitação psicomotora;
- fala acelerada;
- irritabilidade;
- impulsividade;
- comportamento de risco;
- baixa adesão às orientações.

A equipe deve realizar abordagem objetiva, com limites claros, evitando confrontos, discussões e escalada de estímulos ambientais.

Deve-se manter atenção ao risco de:

- comportamento impulsivo;
- autoagressão;
- heteroagressão;
- exposição a situações de risco;
- uso associado de substâncias psicoativas.

Nos episódios depressivos, deve-se considerar risco aumentado de comportamento suicida. A equipe deve manter vigilância contínua do comportamento e discutir o caso com o Médico Regulador para definição do encaminhamento adequado.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 19/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

6.4.5 Esquizofrenia

Pacientes com esquizofrenia podem apresentar desconfiança intensa, medo, sensação de perseguição, dificuldade de interpretação da realidade e baixa adesão à abordagem.

A equipe deve utilizar comunicação simples, clara e objetiva, evitando confrontar delírios, discutir crenças do paciente ou tentar convencê-lo de que suas percepções não são reais.

Deve-se priorizar:

- redução de estímulos ambientais;
- respeito ao espaço do paciente;
- vigilância contínua do comportamento;
- avaliação constante da segurança da cena.

A equipe deve manter atenção ao risco de:


- agitação psicomotora;
- comportamento impulsivo;
- autoagressão;
- heteroagressão;
- comportamento imprevisível.

Sempre que houver risco à segurança da equipe, do paciente ou de terceiros, deve-se considerar necessidade de apoio adicional e discussão do caso com o Médico Regulador para definição do encaminhamento adequado.

6.4.6 Transtornos de Ansiedade

Pacientes com transtornos de ansiedade podem apresentar:

- taquicardia;
- dispneia;
- tremores;

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ	
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 20/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	Versão: 01
Emissão: 05/2026		

- sudorese;
- sensação de sufocamento;
- medo intenso;
- sensação de perda de controle ou morte iminente.

Os sintomas podem simular condições clínicas graves, sendo fundamental avaliação clínica adequada para exclusão de causas orgânicas, principalmente em primeiros episódios, presença de sinais atípicos ou alterações clínicas associadas.

A equipe deve manter abordagem tranquila e objetiva, priorizando:

- ambiente com menor estímulo;
- orientação tranquilizadora;
- vigilância clínica;
- condução para local mais reservado quando possível.

Deve-se evitar reforçar sensação de gravidade na ausência de sinais clínicos compatíveis.

O encaminhamento para avaliação em serviço de saúde deve ser considerado em casos de:


- primeiro episódio;
- dúvida diagnóstica;
- persistência dos sintomas;
- sinais clínicos associados;
- risco de agravamento.

O caso deve ser discutido com o Médico Regulador para definição do encaminhamento adequado.

6.4.7 Comportamento Suicida

Pacientes com comportamento suicida podem apresentar:

- ideação suicida;
- planejamento suicida;
- tentativa de suicídio;

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 21/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

- automutilação;
- desesperança intensa;
- verbalizações de morte;
- impulsividade;
- isolamento social.

A equipe deve investigar de forma objetiva:

- presença de ideação ou planejamento suicida;
- acesso a meios letais;
- tentativas prévias;
- uso de substâncias;
- fatores desencadeantes;
- presença de rede de apoio.

Todo paciente com comportamento suicida deve ser considerado potencialmente grave, mesmo quando aparentemente calmo ou colaborativo.

A equipe deve:

- não deixar o paciente sozinho;
- reduzir acesso a meios potencialmente letais;
- manter supervisão contínua;
- promover ambiente seguro;
- acionar rede de apoio quando possível.

Deve-se manter atenção ao risco de:

- tentativa de autoextermínio;
- impulsividade;

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 22/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01
Emissão: 05/2026			

- agravamento emocional;
- agitação psicomotora;
- uso associado de substâncias psicoativas.

O encaminhamento para avaliação em serviço de saúde deve ser considerado em todos os casos.

Devem ser evitadas condutas que aumentem sofrimento psíquico, escalem a crise ou comprometam o vínculo terapêutico, incluindo:


- julgamentos;
- discussões morais sobre suicídio;
- postura confrontativa;
- minimização do sofrimento;
- comentários invasivos ou desrespeitosos;
- subestimação do risco apresentado.

Nos casos de recusa ao atendimento com risco iminente identificado, a situação deve ser discutida imediatamente com o Médico Regulador para definição conjunta da conduta e necessidade de apoio adicional.

6.4.8 Uso de substâncias psicoativas

Pacientes sob efeito de substâncias psicoativas podem apresentar:

- agitação psicomotora;
- comportamento agressivo ou desorganizado;
- rebaixamento do nível de consciência;
- impulsividade;

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 23/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

- sintomas psicóticos;
- alterações respiratórias, cardiovasculares ou neurológicas.

A equipe deve realizar avaliação clínica sistematizada, incluindo:

- sinais vitais;
- avaliação neurológica;
- glicemia capilar;
- investigação de traumas associados;
- identificação de possíveis causas clínicas associadas.


A abordagem deve priorizar:

- segurança da equipe e do paciente;
- controle do ambiente;
- vigilância clínica contínua;
- redução de estímulos ambientais.

Deve-se manter atenção ao risco de:

- agressividade;
- agitação psicomotora;
- deterioração clínica súbita;
- associação com múltiplas substâncias.

Pacientes com agitação extrema, hiperatividade motora intensa, hipertermia, uso de estimulantes ou exaustão física apresentam risco aumentado de deterioração clínica súbita e parada cardiorrespiratória, devendo ser priorizadas contenção rápida, sedação adequada e monitorização contínua, sempre sob orientação médica.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 24/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

Sempre que houver risco à segurança da equipe, do paciente ou de terceiros, deve-se considerar necessidade de apoio adicional e discussão do caso com o Médico Regulador para definição do encaminhamento adequado.

6.4.9 Agitação psicomotora e psicose

Pacientes em agitação psicomotora ou crise psicótica podem apresentar:


- inquietação intensa;
- irritabilidade;
- impulsividade;
- comportamento desorganizado;
- delírios;
- alucinações;
- agressividade;
- medo intenso ou sensação de perseguição.

A abordagem deve priorizar:

- redução de estímulos ambientais;
- manutenção de distância segura;
- comunicação simples e objetiva;
- controle do ambiente;
- afastamento de curiosos;
- vigilância contínua da segurança da cena.

A equipe deve evitar:

- confrontar delírios;
- discutir percepções do paciente;
- movimentos bruscos;

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 25/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

- excesso de comandos simultâneos;
- postura desafiadora ou intimidatória.


A equipe deve manter vigilância contínua para identificação precoce de sinais de escalada comportamental, como:

- alterações abruptas do comportamento;
- recusa de contato;
- tom de voz elevado;
- discurso ameaçador;
- inquietação intensa;
- deambulação repetitiva;
- arremesso de objetos;
- postura rígida;
- punhos cerrados;
- musculatura tensionada;
- olhar intimidador.

A presença desses sinais pode indicar risco iminente de agressividade e necessidade de reavaliação imediata da segurança da cena.

Pacientes com agitação extrema, hiperatividade motora intensa, hipertermia, uso de estimulantes ou exaustão física apresentam risco aumentado de deterioração clínica súbita e parada cardiorrespiratória, devendo ser priorizadas contenção rápida, sedação adequada e monitorização contínua, sempre sob orientação médica.

A contenção verbal e técnicas de desescalamento devem ser priorizadas como primeira estratégia terapêutica. A contenção física deve ser considerada apenas em situações de risco iminente, conforme protocolos institucionais e orientação médica.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ	
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 26/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	Versão: 01
Emissão: 05/2026		

Sempre que houver risco à segurança da equipe, do paciente ou de terceiros, deve-se considerar necessidade de apoio adicional por meio da CRU.

Nos casos em que a permanência da equipe no local represente risco iminente à integridade física dos profissionais, deve-se realizar retirada imediata da cena para local seguro, comunicando prontamente a CRU para reavaliação da ocorrência e definição das condutas subsequentes.


6.5 Fluxo operacional do atendimento

O atendimento às urgências e emergências em saúde mental no ambiente pré-hospitalar móvel deve ocorrer de forma sistematizada, integrada entre CRU e equipes de intervenção, priorizando segurança, avaliação contínua de risco e assistência humanizada.

O fluxo operacional compreende:

- Avaliação inicial e classificação de risco pelo Médico Regulador;
- Definição e acionamento do recurso adequado;
- Deslocamento da equipe e avaliação da segurança da cena (método ACENA);
- Abordagem inicial com comunicação terapêutica e técnicas de desescalamento;
- Avaliação clínica e comportamental do paciente;
- Definição de condutas, necessidade de contenção, remoção ou condução contra a vontade, em conjunto com o Médico Regulador;
- Transporte seguro, monitorização contínua e encaminhamento ao serviço de referência;
- Registro completo da ocorrência no Registro de Atendimento Sistematizado (RAS) e passagem do caso à unidade de destino.

Durante toda a ocorrência, deve ser mantida comunicação contínua entre equipe de intervenção e CRU.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ	
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 27/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	Versão: 01
Emissão: 05/2026		

6.5.1 Descrição do acionamento das equipes de intervenção

O acionamento das equipes de intervenção (USB e USA) e apoio Intersectorial é realizado pela CRU, sob responsabilidade do Médico Regulador, com base na classificação de risco, condições clínicas do paciente, comportamento apresentado e avaliação da segurança da cena.

A classificação de risco em saúde mental, conforme critérios descritos na **Tabela 1**, deve orientar a prioridade do atendimento, intensidade da abordagem, necessidade de monitorização e eventual acionamento de apoio intersectorial.


A definição do recurso mais adequado deve seguir os critérios técnicos descritos na **Tabela 2**, considerando gravidade do caso, risco apresentado, necessidade de suporte assistencial e segurança da cena, com o objetivo de padronizar a tomada de decisão entre a CRU e as equipes de intervenção.

As equipes devem atentar-se às informações repassadas pela CRU, especialmente quanto à presença de agitação psicomotora, comportamento agressivo ou suicida, episódios psicóticos, uso de substâncias psicoativas, posse de armas e outros fatores de risco.

Quando houver comprometimento da segurança da cena, poderão ser acionados recursos de apoio, como Polícia Militar, Corpo de Bombeiros ou Guarda Municipal, conforme avaliação técnica do risco. Durante o deslocamento, a equipe deverá planejar a abordagem, definir funções entre os integrantes e aguardar condições seguras para acesso ao paciente, mantendo comunicação contínua com a CRU.

Ao chegar ao local, a equipe deverá reavaliar a cena e informar qualquer necessidade de suporte adicional. A abordagem deve priorizar comunicação terapêutica, redução de estímulos e uso progressivo das intervenções, sendo a contenção utilizada apenas quando estritamente necessária e conforme protocolos vigentes.

A equipe possui autonomia técnica para não acessar ou retirar-se da cena diante de risco à integridade física, devendo comunicar imediatamente, ou em momento oportuno, a CRU.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 28/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

6.5.2 Condutas conforme classificação de risco

6.5.2.1 Conduta nas situações de alto risco

- Considerar envio imediato de Suporte Avançado de Vida (USA);
- Manter orientação ao solicitante após o acionamento do recurso, pelo tempo que se fizer necessário, podendo se estender até a chegada da equipe ao local;
- Priorizar segurança da cena antes da abordagem da equipe;
- Considerar acionamento de apoio intersetorial;
- Remoção preferencial para serviço de urgência (UPA ou hospital).

6.5.2.2 Conduta nas situações de risco moderado


- Considerar envio de Suporte Básico de Vida (USB);
- Orientar abordagem baseada em comunicação terapêutica;
- Manter monitoramento durante a regulação;
- Avaliar necessidade de encaminhamento para serviço de saúde (UPA, CAPS ou APS);
- Avaliar necessidade de remoção para serviço de urgência (UPA ou hospital geral).

6.5.3.3 Conduta nas situações de baixo risco

- Considerar orientação médica ao paciente e/ou solicitante;
- Reforço de medidas de segurança e suporte no local;
- Orientar encaminhamento para rede de atenção (APS ou CAPS);
- Orientação sobre sinais de alerta e critérios de retorno do contato com o SAMU 192.

6.6 Acionamento de apoio intersetorial

Conforme avaliação técnica da ocorrência, poderão ser acionados diferentes recursos de apoio intersetorial, de acordo com os riscos identificados, necessidade de segurança da cena e suporte operacional ao atendimento.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 29/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

6.6.3 Polícia militar (PM)

Considerar quando houver:

- Paciente portando qualquer tipo de arma (arma branca ou arma de fogo), de forma confirmada ou sob forte suspeita;
- Paciente sem arma, mas com ameaça concreta à integridade física de terceiros, incluindo equipe de atendimento, especialmente quando associada a agressão recente;
- Internamento compulsório.

6.6.4 Guarda municipal (GM)

Considerar em situações de menor nível de agressividade, quando houver necessidade de:

- Apoio à segurança da cena, equipe e terceiros;
- Organização do ambiente.


6.6.5 Corpo de bombeiros (COBOM)

Considerar em situações de menor nível de agressividade e associadas a risco físico ou ambiental, como:

- Risco de queda (sacadas, prédios, telhados, torres, pontes e outros);
- Incêndio;
- Vazamento de substâncias tóxicas;
- Necessidade de resgate ou acesso a locais de difícil alcance;
- Apoio à segurança da cena, equipe e terceiros.

6.6.6 Defesa civil

Considerar em situações de menor nível de agressividade e que demandem apoio logístico ou manejo de condições ambientais específicas.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 30/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01
Emissão: 05/2026			

6.6.7 Outra equipe do SAMU

Considerar em situações de menor nível de agressividade e quando houver necessidade de:

- Suporte adicional para abordagem;
- Apoio ao transporte do paciente.


6.6.8 Outra equipe de saúde

Considerar em locais com recursos reduzidos e quando houver necessidade de:

- Suporte adicional para abordagem;
- Apoio ao transporte do paciente.

Tabela 1: Classificação de risco em saúde mental (padronizada)


NÍVEL	CRITÉRIO CLÍNICO / COMPORTAMENTAL	RISCO ASSOCIADO	CONDUTA REGULATÓRIA (CRU)	CONDUTA DA EQUIPE DE INTERVENÇÃO
● ALTO RISCO	Tentativa de suicídio em curso, comportamento suicida ativo, heteroagressividade, psicose com agitação intensa, paciente portando arma, uso de substâncias com instabilidade clínica/comportamental, incapacidade importante de autocuidado	Risco iminente de morte, violência ou instabilidade clínica	Envio imediato de USA, com avaliação da necessidade de apoio intersetorial (PM, CB, GM ou outros recursos), priorizando segurança da cena	Realizar avaliação da cena, priorizar segurança da equipe. Manejo não coercitivo, aplicação de Primeiros Socorros Psicossociais (PSP), abordagem rápida e monitorização contínua, podendo ser necessária contenção física e/ou química conforme avaliação médica e protocolos vigentes
● MODERADO	Ideação suicida sem plano, agitação psicomotora	Risco potencial de agravamento	Envio de USA ou USB, conforme	Manejo não coercitivo, aplicação de PSP,

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 31/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01 Emissão: 05/2026 Próxima revisão: 05/2028

RISCO	moderada, psicose sem agressividade grave, comportamento desorganizado, uso recente de substâncias sem instabilidade	clínico ou comportamental	avaliação do Médico Regulador, com possibilidade de apoio adicional conforme segurança da cena	realizar comunicação terapêutica, redução de estímulos, monitorização contínua/vigilância clínica e reavaliação frequente da necessidade de suporte adicional
BAIXO RISCO	Ansiedade, crise emocional, sofrimento psíquico sem risco imediato, paciente colaborativo e com suporte familiar/social adequado	Baixo risco imediato	Orientação médica e/ou envio de USB, conforme avaliação do Médico Regulador	Manejo não coercitivo, aplicação de PSP, orientação e avaliação da rede de apoio

Tabela 2: Indicação de recurso (CRU + Intervenção alinhados)

SITUAÇÃO	RECURSO	APOIO	OBSERVAÇÃO CRÍTICA
Tentativa de suicídio em curso	USA	Considerar apoio Intersetorial	Cena potencialmente instável
Agitação psicomotora grave	Preferencialmente USA	Considerar apoio da PM	Alto risco de violência
Psicose com agressividade	Preferencialmente USA	Considerar apoio da PM	Segurança prioritária
Ideação suicida com plano	USA ou USB	Avaliar apoio Intersetorial	Depende de método
Agitação leve/moderada	USB ou orientação	Não	Monitorar evolução
Crise de ansiedade/pânico	USB ou orientação	Não	Monitorar evolução
Intoxicação por substâncias com instabilidade	USA	Avaliar apoio Intersetorial	Tratamento intensivo

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 32/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01
Emissão: 05/2026			

6.7 Definição de risco iminente

Considera-se risco iminente a presença de comportamento ou condição com potencial imediato de causar dano ao paciente, à equipe ou a terceiros, incluindo:


- ameaça atual de autoagressão;
- ameaça a terceiros;
- tentativa de suicídio em curso;
- posse de arma;
- comportamento violento;
- incapacidade grave de autocuidado;
- agitação com potencial de violência.

A identificação de risco iminente deve levar à reavaliação imediata da segurança da cena e discussão conjunta com o Médico Regulador sobre necessidade de contenção, apoio adicional e condução do paciente.

6.8 Uso de contenção (Física e Química)

A contenção física e/ou química deverá ser realizada mediante avaliação médica e orientação do Médico Regulador ou do médico intervencionista da USA, sendo indicada em situações de agressividade, tentativa de autoextermínio em curso, agitação psicomotora com risco iminente de autoagressão ou heteroagressão, episódios psicóticos com descontrole comportamental e falha na abordagem de Primeiros Socorros Psicossociais.

Sempre que possível, devem ser priorizadas técnicas de comunicação terapêutica, abordagem verbal e desescalamento, utilizando a contenção apenas como medida excepcional e último recurso. Sempre que as condições de segurança e o estado clínico/comportamental do paciente permitirem, a equipe deve buscar informar o motivo da contenção e as condutas que serão realizadas.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 33/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

A contenção física consiste na restrição temporária dos movimentos do paciente para garantir a segurança do paciente, da equipe e de terceiros, sendo proibido seu uso como punição, intimidação ou por conveniência da equipe. O procedimento deve ocorrer de forma planejada, coordenada e segura, com equipe mínima de cinco profissionais. Na impossibilidade de quantitativo adequado, a equipe deverá solicitar apoio à CRU, priorizando sempre a segurança da cena.

Durante o procedimento, devem ser assegurados monitorização/vigilância clínica contínua, manutenção das vias aéreas e prevenção de complicações, sendo contraindicado o uso de contenção em posição prona (decúbito ventral).

Nas USB, a contenção física poderá ser realizada sob orientação do Médico Regulador, respeitando os limites operacionais e atribuições profissionais vigentes. A contenção química é restrita às equipes da USA, mediante avaliação médica.

O registro completo do procedimento é obrigatório no Relatório de Atendimento Sistematizado (RAS), devendo conter indicação da contenção, medidas adotadas, profissionais envolvidos, orientação médica e eventuais intercorrências durante o atendimento e transporte.

6.8.1 Passo a passo para a contenção física


- **Definição de coordenador da ação**

Antes da contenção, deve ser definido profissional responsável por coordenar a equipe, organizar funções e sincronizar a abordagem;

- **Comando verbal (palavra-chave)**

A equipe deve estabelecer previamente comando verbal para início simultâneo da contenção, reduzindo risco de ações descoordenadas;

- **Controle e segurança do ambiente**

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 34/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

A equipe deve avaliar continuamente a segurança da cena, restringindo acesso a objetos potencialmente perigosos e observando sinais de escalada comportamental, como inquietação intensa, postura tensa, aumento do tom de voz, punhos cerrados ou comportamento ameaçador;

- **Posicionamento e abordagem**

Os profissionais devem manter distância segura durante a abordagem inicial e posicionar-se de forma organizada ao redor do paciente, priorizando controle da cena e redução do risco de fuga ou agressão;

- **Pontos de contenção**

A contenção deve ocorrer preferencialmente em punhos, ombros, joelhos e tornozelos, utilizando força proporcional, evitando torções, hiperextensão e compressões excessivas.

- **Disponibilidade de materiais**


Os materiais necessários devem permanecer organizados e acessíveis antes do início da intervenção.

- **Monitorização contínua**

Durante todo o procedimento, o paciente deve permanecer sob vigilância contínua, com avaliação da respiração, nível de consciência, perfusão, sinais de desconforto e possíveis complicações clínicas.

6.8.2 Pontos de contenção (semicírculo)

A contenção física deve ser realizada preferencialmente nos principais pontos articulares, como punhos, ombros, joelhos e tornozelos, garantindo controle dos movimentos com menor risco de lesões.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 35/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

A equipe deve manter estabilização firme, evitando torções, hiperextensão, compressões excessivas e aplicação desproporcional de força, mantendo atenção contínua ao alinhamento dos membros e à resposta clínica do paciente.

Os profissionais vão realizar a contenção dos membros de acordo com sua posição no semicírculo:


- 1 - Linha de cintura – membros superiores (punhos e ombros);
- 2 - Linha diagonal – membros inferiores (joelhos e tornozelos);
- 3- Centro/coordenador/mediador – tórax e frente do paciente.



Fonte: MS, 2021

- **Membros superiores:**

O profissional deve posicionar-se lateralmente ao paciente, realizando controle firme do punho e estabilização do membro superior junto ao próprio tórax, mantendo o braço estendido durante todo o procedimento, a fim de garantir segurança e reduzir o risco de lesões.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 36/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				



Fonte: MS, 2021


- **Membros inferiores**

O profissional deve posicionar-se lateralmente ao paciente, em postura agachada, com um joelho apoiado no solo e o outro estabilizado. Deve segurar o joelho com uma das mãos e o tornozelo com a outra, mantendo o membro estendido e sob controle. Não se deve aproximar o rosto da região dos joelhos, a fim de evitar risco de impacto.



Fonte: MS, 2021

- **Tórax e frente**

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 37/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

O profissional responsável deve posicionar um braço sobre o tórax do paciente, promovendo estabilização, e o outro sobre a região frontal (testa), garantindo o controle da cabeça. Deve utilizar o próprio corpo para distribuir o peso do paciente, mantendo o maior contato corporal possível. Esse posicionamento é essencial, pois este profissional será o principal responsável por absorver o impacto durante o desequilíbrio controlado do paciente e sua transferência para a prancha.




Fonte: MS, 2021

- **Elevação e posicionamento do paciente**

A elevação e o posicionamento do paciente devem ocorrer com comunicação em alça fechada entre os profissionais, garantindo que todos compreendam e confirmem os comandos antes da execução do procedimento.


O desequilíbrio controlado deve ser realizado de forma coordenada e simultânea, por meio da elevação dos membros inferiores, com transferência do peso do paciente para o profissional responsável pela estabilização do tórax e da cabeça, que deverá manter postura adequada e contato corporal seguro para garantir estabilidade durante a movimentação.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 38/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

Todo o procedimento deve ocorrer de forma suave, sincronizada e sem movimentos bruscos, reduzindo o risco de lesões para o paciente e para a equipe. Após o desequilíbrio controlado, o paciente deverá ser conduzido de forma segura para posicionamento na prancha.



Fonte: MS, 2021

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ	
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 39/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	Versão: 01
Emissão: 05/2026		




Fonte: MS, 2021

- **Fixação do paciente na prancha**

O paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal, com o dorso apoiado na prancha, garantindo alinhamento e estabilidade durante todo o procedimento. O profissional responsável pela contenção do tórax deverá iniciar a fixação utilizando os dispositivos disponíveis, enquanto os demais socorristas mantêm a estabilização dos membros superiores e inferiores até a conclusão completa da contenção.

A fixação deve ser iniciada preferencialmente pelo membro mais agitado ou com maior dificuldade de controle, sendo realizada de forma bilateral para assegurar estabilidade e segurança do paciente na prancha. Quando necessário, poderá ser realizada contenção do tórax, desde que sem compressão do corpo ou do abdômen, utilizando fixação lateral de um lado ao outro da prancha.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 40/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

É contraindicado realizar compressão abdominal durante a contenção, devido ao risco de comprometimento respiratório e outras complicações clínicas.




Fonte: MS, 2021

• **Condutas proibidas**

É proibido realizar contenção segurando o paciente apenas pelas mãos ou pelos pés, devido ao elevado risco de lesões articulares e possibilidade de perda do controle da situação. Também não são permitidas técnicas de imobilização não terapêuticas, como torções, chave de braço, pisadas, enforcamentos, “gravatas” ou qualquer forma de obstrução das vias aéreas.

Essas práticas aumentam significativamente o risco de complicações graves, incluindo lesões cervicais, trauma de vias aéreas, edema de glote, vômitos com broncoaspiração, parada cardiorrespiratória e outras lesões físicas.

O paciente nunca deve ser contido ou transportado em posição prona (decúbito ventral/barriga para baixo), devido ao elevado risco de depressão respiratória, insuficiência ventilatória e evolução para óbito.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 41/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01 Emissão: 05/2026 Próxima revisão: 05/2028

- **Possíveis efeitos adversos**

O uso inadequado das medidas de contenção pode provocar complicações físicas e clínicas ao paciente, incluindo lesões cutâneas e musculares, edema, ruptura da pele, comprometimento neurovascular e necrose tecidual. Também podem ocorrer hipertermia, rbdomiólise, aumento da agitação psicomotora e do estresse físico, além de agravamento clínico com risco de evolução para óbito.

6.9 Contenção química


A contenção química consiste na utilização de medicamentos para controle da agitação psicomotora grave, comportamento agressivo ou risco iminente de autoagressão e heteroagressão, quando as medidas de abordagem verbal e desescalamento forem insuficientes ou inviáveis.

Nos casos em que houver indicação de contenção física, recomenda-se, sempre que possível, a associação com contenção química, visando maior segurança para o paciente e para a equipe, além de redução do tempo de restrição física.

Trata-se de medida excepcional, restrita às equipes de Suporte Avançado de Vida, mediante avaliação médica, devendo ocorrer com monitorização contínua e registro obrigatório no RAS.

Deve haver disponibilidade de material para manejo de vias aéreas e suporte ventilatório durante e após sedação medicamentosa, especialmente em pacientes com uso de substâncias psicoativas, rebaixamento do nível de consciência ou risco de depressão respiratória.

Os medicamentos a seguir constituem opções terapêuticas padronizadas para manejo das emergências psiquiátricas no atendimento pré-hospitalar do SAMU Noroeste:

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ	
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 42/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	Versão: 01 Emissão: 05/2026 Próxima revisão: 05/2028

Opções Farmacológicas para Sedação no APH

Classe	Medicamento	Dose inicial / via	Início de ação	Meia-vida	Repetição	Indicação principal	Precauções
Antipsicótico 1ª geração	Haloperidol	2–5 mg IM (máx. 30 mg)	20–30 min	15–37 h	30 min	Agitação psiquiátrica	Risco de arritmias (QT prolongado)
Benzodiazepínico	Midazolam	2–15 mg IM	15–20 min	90–150 min	30 min	Intoxicação / causas diversas	Depressão respiratória
Antagonista NMDA	Cetamina	4 mg/kg IM / 1 mg/kg EV	1–5 min	120–150 min	15 min	Agitação em geral	Cuidado em esquizofrenia / emergência

Fonte: Resener, etc al, 2025.

Classe	Medicamento	Dose inicial / via	Início de ação	Meia-vida	Repetição	Indicação principal	Precauções
Anti-histamínico	Prometazina	25–50 mg IM	5–20 min	10–19 h	4–6 h	Agitação leve/moderada, sedação adjuvante	Cuidado em idosos (risco de delirium e hipotensão) e evitar em pacientes com restrição do movimento da coluna vertebral (RMC).

6.9.1 Situações especiais


Nos pacientes com epilepsia, deve-se considerar que os antipsicóticos podem reduzir o limiar convulsivo, sendo os benzodiazepínicos preferíveis nesses casos. Para gestantes, recomenda-se o uso de haloperidol em monoterapia.

Na população pediátrica, devem ser priorizadas medidas não farmacológicas. Quando houver necessidade de sedação medicamentosa, as doses devem ser ajustadas conforme peso e idade, com atenção para possíveis reações paradoxais.

Para idosos, recomenda-se iniciar com doses reduzidas, devido ao metabolismo mais lento e maior risco de acúmulo medicamentoso, sendo o haloperidol uma opção segura nesse grupo.

6.9.2 Monitorização pós-contenção

Todo paciente submetido à contenção física e/ou química deve permanecer sob vigilância clínica contínua durante todo o atendimento e transporte, devido ao risco de deterioração clínica, complicações respiratórias, cardiovasculares e metabólicas.


	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 43/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

A equipe deve realizar reavaliações frequentes, observando:

- nível de consciência;
- padrão respiratório;
- frequência respiratória;
- saturação de oxigênio;
- frequência cardíaca;
- perfusão periférica;
- coloração da pele;
- perfusão distal dos membros contidos;
- temperatura corporal;
- sinais de dor, desconforto ou agravamento clínico.

Deve-se manter atenção especial para:

- depressão respiratória;
- broncoaspiração;
- hipertermia;
- rigidez muscular;
- rebaixamento progressivo do nível de consciência;
- deterioração clínica súbita.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 44/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

Pacientes com uso de substâncias psicoativas, agitação extrema, hiperatividade motora intensa ou sedação medicamentosa apresentam maior risco de complicações clínicas e devem receber vigilância intensificada.

As contenções devem ser reavaliadas periodicamente, sendo mantidas apenas pelo tempo estritamente necessário para segurança do paciente, da equipe e de terceiros.

Toda monitorização, reavaliação clínica, intercorrência e conduta adotada devem ser registradas no Registro de Atendimento Sistematizado (RAS).


6.10 Autonomia do paciente, recusa e condução contra a vontade

Deve-se respeitar, sempre que possível, a autonomia, dignidade e capacidade de decisão do paciente, priorizando abordagem acolhedora e comunicação terapêutica.

Nos casos de recusa de atendimento ou transporte, a equipe deve avaliar a capacidade decisória do paciente, considerando nível de consciência, orientação, compreensão da situação, julgamento crítico e presença de risco de autoagressão, heteroagressão ou incapacidade de autocuidado.

Pacientes com capacidade decisória preservada poderão formalizar a recusa mediante assinatura do termo correspondente, após orientação sobre riscos e possíveis consequências. Sempre que possível, deve-se coletar assinatura de testemunha presente no local, preferencialmente acompanhante ou familiar.

Quando houver comprometimento da capacidade decisória ou risco iminente à integridade do paciente ou de terceiros, poderá ser realizada condução contra a vontade, utilizando as medidas necessárias para preservação da vida e segurança, respeitando critérios técnicos, princípios éticos e a menor intervenção coercitiva possível. Sempre que possível, deve-se buscar adesão voluntária às condutas propostas.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ			
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 45/48		
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	<table border="1"> <tr> <td>Versão: 01</td> <td rowspan="2">Próxima revisão: 05/2028</td> </tr> <tr> <td>Emissão: 05/2026</td> </tr> </table>	Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028
Versão: 01	Próxima revisão: 05/2028			
Emissão: 05/2026				

Toda situação de recusa, condução contra a vontade ou necessidade de intervenção deve ser comunicada ao Médico Regulador. As informações e condutas adotadas deverão ser registradas no RAS pela equipe de intervenção e no Boletim de Atendimento (BA) pelo Médico Regulador. As decisões devem ser discutidas em conjunto entre a equipe de intervenção e o Médico Regulador.

6.11 Transporte

Durante o transporte, devem ser garantidas a segurança do paciente, da equipe e de terceiros, com redução de estímulos externos, retirada de objetos potencialmente perigosos e manutenção de comunicação terapêutica sempre que possível.


O paciente deve permanecer sob vigilância contínua, com monitorização clínica conforme necessidade, incluindo avaliação do nível de consciência, padrão respiratório, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e glicemia capilar. O(s) profissional(is) de saúde deverá(ão) acompanhar o paciente no salão da viatura durante todo o deslocamento.

O paciente em sofrimento psíquico deve ser assistido como paciente clínico, mantendo atenção contínua para identificação precoce de complicações. A CRU deve permanecer atualizada durante toda a ocorrência, podendo ser considerada escolta de segurança quando necessário.

A presença de acompanhante deve ser avaliada conforme vínculo com o paciente, capacidade de colaboração e contribuição para segurança do transporte.

6.11.1 Paciente em contenção física

- Realizar transporte em maca, mantendo contenções e cintos de segurança adequadamente posicionados;

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 46/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01
Emissão: 05/2026			

- Manter posicionamento seguro, preferencialmente em decúbito dorsal, evitando posição prona;
- Monitorar continuamente nível de consciência, padrão respiratório, perfusão distal e integridade da pele;
- Reavaliar periodicamente a necessidade de manutenção da contenção.
- Associar contenção química, quando possível.

6.11.2 Paciente sem contenção física


- Realizar transporte em maca, com cintos de segurança devidamente afivelados;
- Não permitir deslocamento andando até a viatura;
- Manter vigilância contínua quanto a sinais de agitação, agressividade ou risco de auto/heteroagressão.

6.12 Registro e responsabilidade legal

Todo atendimento deverá ser devidamente registrado no Registro de Atendimento Sistematizado (RAS), garantindo rastreabilidade, respaldo técnico e segurança jurídica das ações realizadas pela equipe.

O registro deve conter, de forma clara, objetiva e cronológica:

- Condições clínicas e comportamento do paciente no atendimento;
- Riscos identificados para o paciente, equipe e terceiros;
- Condutas e intervenções realizadas, incluindo contenção física e/ou química, quando houver;

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ	
	Procedimento Operacional Padrão – POP	POP. 48 – Página 47/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar	Versão: 01
Emissão: 05/2026		

- Monitorização clínica e evolução durante a ocorrência;
- Recusa ou aceitação de atendimento e/ou transporte;
- Participação do Médico Regulador, orientações recebidas e decisões adotadas;
- Necessidade de apoio adicional, intercorrências e condições do paciente na entrega ao serviço de destino.

Os registros devem respeitar os princípios éticos, legais e de sigilo profissional.

7 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Psicossocial a Pessoas com Sofrimento Mental em Situações de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Intervenção em Crises e Emergências em Saúde Mental – SAMU 192 (Distrito Federal). Brasília, 2023.

CUNHA, Franciara Letícia Moraes da; OLIVEIRA, Gustavo Carvalho de; VAZ, Samita Batista Vieira; Brasília – DF. Atendimento Pré-Hospitalar em Saúde Mental: Noções das Urgências e Emergências em Saúde Mental. Ministério da Saúde, Governo do Distrito Federal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NOROESTE DO PARANÁ		
	Procedimento Operacional Padrão – POP		POP. 48 – Página 48/48
	Abordagem e Manejo de Crises em Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar		Versão: 01
Emissão: 05/2026			

Material MENTALERIA;

RESENER, Guilherme Sendtko; CERTAIN, Lucas; CARDOSO, Ricardo Galesso; COLLEONI, Osmar; MAIA, Ian Ward Abdalla. Atendimento Pré-Hospitalar: abordagem prática. Barueri: Manole, 2025.

8 HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão	Numeração anterior	Nome anterior	DATA

Elaboração Ricardo de Oliveira – Coord. Médico	Data: 04/2026
Revisão Késia Alessanda Jordão Ribeiro – Coord. Enf Yonara Barião The da Silva – Coord NEP Denise Franqui Belato – Médica Reguladora	Data: 05/2026

Késia Alessandra Jordão Ribeiro
Coordenadora de enfermagem

Yonara Barião Thé da Silva
Coordenadora do NEP

Ricardo de Oliveira
Coordenador Médico

Denise Franqui Belato
Médica Reguladora