



Protocolos de atendimento às urgências e emergências psiquiátricas nos diferentes níveis assistenciais

Psychiatric emergency care protocols at different levels of care

Protocolos de atención de urgencias y emergencias psiquiátricas
en los diferentes niveles de atención

Gabriela Borelli Oliveira¹, Priscila Freire Pereira Santana¹, Rogério Silva Lima¹, Fábio de Souza Terra¹, Sueli de Carvalho Vilela¹.

RESUMO

Objetivo: Mapear as evidências disponíveis quanto aos protocolos de atendimento às pessoas com transtornos mentais e comportamentais em situação de urgência e emergências psiquiátricas nos diferentes níveis de assistência à saúde. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de escopo elaborada pela estratégia PCC, mediante a pergunta de pesquisa: quais as evidências disponíveis na literatura sobre os protocolos de atendimento às pessoas com transtornos mentais e comportamentais em situações de urgências e emergências psiquiátricas nos diferentes níveis de assistência à saúde? A busca foi realizada em dezembro de 2023 nas seguintes fontes de informação: MEDLINE/PubMed, SCOPUS, Web of Science, Coleciona SUS, LILACS, SciELO, BDTD, Ministério da Saúde – Livros (CAPES), Google e Google Acadêmico. Foram utilizados os descritores “transtornos mentais”, “protocolos clínicos”, “níveis de atenção à saúde” e seus unitermos combinados pelos operadores booleanos AND e OR. **Resultados:** Foram selecionados 16 materiais, entre protocolos, cartilhas, guias e manuais, que demonstraram foco no atendimento no nível da atenção primária (43,75%) para situações de violência e agressividade (18,2%), sendo utilizado em sua maioria o manejo farmacológico (31,7%) como forma de intervenção. **Considerações finais:** Considera-se que os protocolos trazem condutas inespecíficas por avaliação clínica, não abordando integralmente as condições de urgência e emergência psiquiátrica.

Palavras-chave: Transtornos mentais, Urgências e emergências psiquiátricas, Protocolos clínicos, Níveis de atenção à saúde.

ABSTRACT

Objective: To map the available evidence regarding protocols for the care of people with mental and behavioral disorders in psychiatric emergency and urgent situations at different levels of healthcare. **Methods:** This is a scoping review developed using the PCC strategy, based on the research question: what is the available evidence in the literature on protocols for the care of people with mental and behavioral disorders in psychiatric emergency and urgent situations at different levels of healthcare? The search was conducted in December 2023 in the following information sources: MEDLINE/PubMed, SCOPUS, Web of Science, Coleciona SUS, LILACS, SciELO, BDTD, Ministry of Health – Books (CAPES), Google, and Google Scholar. The descriptors “mental disorders,” “clinical protocols,” “levels of healthcare,” and their uniterms combined with the boolean operators AND and OR were used. **Results:** Sixteen materials were selected, including protocols,

¹ Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Alfenas - MG.

pamphlets, guides, and manuals, which focused on primary care (43.75%) for situations of violence and aggressiveness (18.2%), with pharmacological management (31.7%) being the most commonly used intervention. **Final considerations:** It is considered that the protocols bring non-specific guidelines through clinical evaluation, not fully addressing psychiatric emergency and urgent conditions.

Keywords: Mental disorders, Psychiatric urgencies and emergencies, Clinical protocols, Levels of health care.

RESUMEN

Objetivo: Mapear las evidencias disponibles en cuanto a los protocolos de atención a personas con trastornos mentales y conductuales en situaciones de urgencia y emergencias psiquiátricas en los diferentes niveles de asistencia sanitaria. **Métodos:** Se trata de una revisión de alcance elaborada mediante la estrategia PCC, con la pregunta de investigación: ¿cuáles son las evidencias disponibles en la literatura sobre los protocolos de atención a personas con trastornos mentales y conductuales en situaciones de urgencia y emergencias psiquiátricas en los diferentes niveles de asistencia sanitaria? La búsqueda se realizó en diciembre de 2023 en las siguientes fuentes de información: MEDLINE/PubMed, SCOPUS, Web of Science, Colección SUS, LILACS, SciELO, BDTD, Ministerio de Salud – Libros (CAPES), Google y Google Académico. Se utilizaron los descriptores “trastornos mentales”, “protocolos clínicos”, “niveles de atención sanitaria” y sus unitérminos combinados con los operadores booleanos AND y OR. **Resultados:** Se seleccionaron 16 materiales, entre protocolos, folletos, guías y manuales, que demostraron un enfoque en la atención en el nivel de atención primaria (43,75%) para situaciones de violencia y agresividad (18,2%), utilizando en su mayoría el manejo farmacológico (31,7%) como forma de intervención. **Consideraciones finales:** Se considera que los protocolos presentan pautas inespecíficas por evaluación clínica, sin abordar integralmente las condiciones de urgencia y emergencia psiquiátrica.

Palabras clave: Trastornos mentales, Urgencias y emergencias psiquiátricas, Protocolos clínicos, Niveles de atención en salud.

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é conceituada como arranjos organizativos de ações e serviços, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão para garantir a integralidade do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010, 2022). Nesse sentido, uma das características da RAS é prestar assistência de forma horizontal, por meio da referência e contrarreferência entre os diversos níveis de atendimento (DIAS MK, et al., 2020).

Os níveis de assistência à saúde são classificados em Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada, que é subdividida em dois outros níveis, Atenção Secundária e Terciária (BRASIL, 2010). A APS é considerada a porta de entrada da comunidade na RAS e constitui-se pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF), consultórios de rua e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2010, 2017, 2022). A Atenção Secundária caracteriza-se por serviços de média complexidade, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais e ambulatórios.

Em relação à Atenção Terciária, referida como alta complexidade, abrange hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa (BRASIL, 2022b). Além disso, contam-se as redes temáticas, como a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) (BRASIL, 2014, 2017). As situações de crise, como as urgências e emergências psiquiátricas, perpassam o contexto de vida das pessoas e as modalidades assistenciais (NASCIMENTO BB, et al., 2019). Dessa forma, as urgências e emergências psiquiátricas podem ocorrer nos diversos níveis de atenção à saúde (MENEGON GL, et al. 2020).

As Emergências Psiquiátricas (EPs) são definidas como situações em que o indivíduo apresenta um comportamento perturbador agudo, relacionado a um transtorno de pensamento ou emoção, que contém riscos à integridade ou atenta contra a vida do próprio ou de terceiros, necessitando de intervenção imediata (MENEGON GL, et al., 2020; ROTOLI A, et al., 2019). Sadock BJ, et al. (2017) caracterizam as emergências

psiquiátricas como: abuso, abstinência ou intoxicação por substâncias; comportamento homicida e agressivo; delírium; episódio maníaco; esquizofrenia; fobias; suicídio ou tentativas de suicídio; transtorno de personalidade borderline; transtorno do estresse pós-traumático (TEPT); transtorno de pânico; entre outros.

As urgências psiquiátricas, por sua vez, são concebidas como situações que implicam riscos menores e requerem intervenções a curto prazo, ou seja, dias ou semanas. Alguns exemplos são quadros agudos de ansiedade, síndromes conversivas, comportamento bizarro, entre outros (MENEGON GL, et al., 2020). Por serem situações que requerem cuidado imediato e mediato, os protocolos assistenciais tornam-se ferramentas valiosas.

Os protocolos são instrumentos de sistematização recomendados para padronizar cuidados específicos, baseados em evidências científicas e, assim, auxiliar no manejo de um problema de saúde, reduzir a variação prática desnecessária, fundamentar a prática profissional e identificar deficiências na atuação dos profissionais (ARAÚJO MCC, et al., 2020; GUEDES D, et al., 2019). Além disso, simplificam a criação de indicadores de processo e resultados, promovem disseminação de conhecimento, melhoram a comunicação profissional e facilitam a coordenação do cuidado (PIMENTA CAM, et al., 2015).

Ademais, os protocolos são fundamentais para justificar e respaldar legalmente o profissional perante a execução de procedimentos, apoiando-o ética e cientificamente (PIMENTA CAM, et al., 2015; BAUTISTA LM, et al., 2016). Nesse contexto, o estudo em questão teve como objetivo mapear as evidências disponíveis a respeito dos protocolos de atendimento às pessoas com transtornos mentais e comportamentais em situações de urgência e emergência psiquiátrica nos diferentes níveis assistenciais.

MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão de Escopo elaborada e estruturada com base nas recomendações do JBI Manual for Evidence Synthesis (Peters MDJ, et al., 2020) e do checklist Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco AC, et al., 2018), com protocolo registrado no repositório Figshare, com o seguinte DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.24788238.v1>. (OLIVEIRA GB, et al., 2024).

Com base nos elementos-chave do PCC, em que P (participantes): pessoas com transtornos mentais e comportamentais; C (conceito): protocolos de atendimento às urgências e emergências psiquiátricas; e C (contexto): níveis de assistência à saúde; elaborou-se a seguinte pergunta norteadora: Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre os protocolos de atendimento às pessoas com transtornos mentais e comportamentais em situações de urgência e emergência psiquiátrica nos diferentes níveis de assistência à saúde?.

Foram incluídos na revisão estudos científicos primários e secundários, analisados ou não por pares, estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, bem como literatura cinzenta, como teses, dissertações, livros, documentos técnicos e governamentais, além de conferências em lista de referências dos artigos incluídos. Foram excluídos documentos do tipo editoriais, resenhas, cartas, notas, relatórios e similares que não implicam em protocolos. Não houve recorte temporal para que não houvesse perda de materiais.

A busca foi realizada em dezembro de 2023 nas bases e bancos de dados MEDLINE/PubMed, SCOPUS e Web of Science da coleção do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do acesso à Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), Coleção SUS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) da coleção da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD); Ministério da Saúde – Livros (CAPES), plataforma Google e Google Scholar.

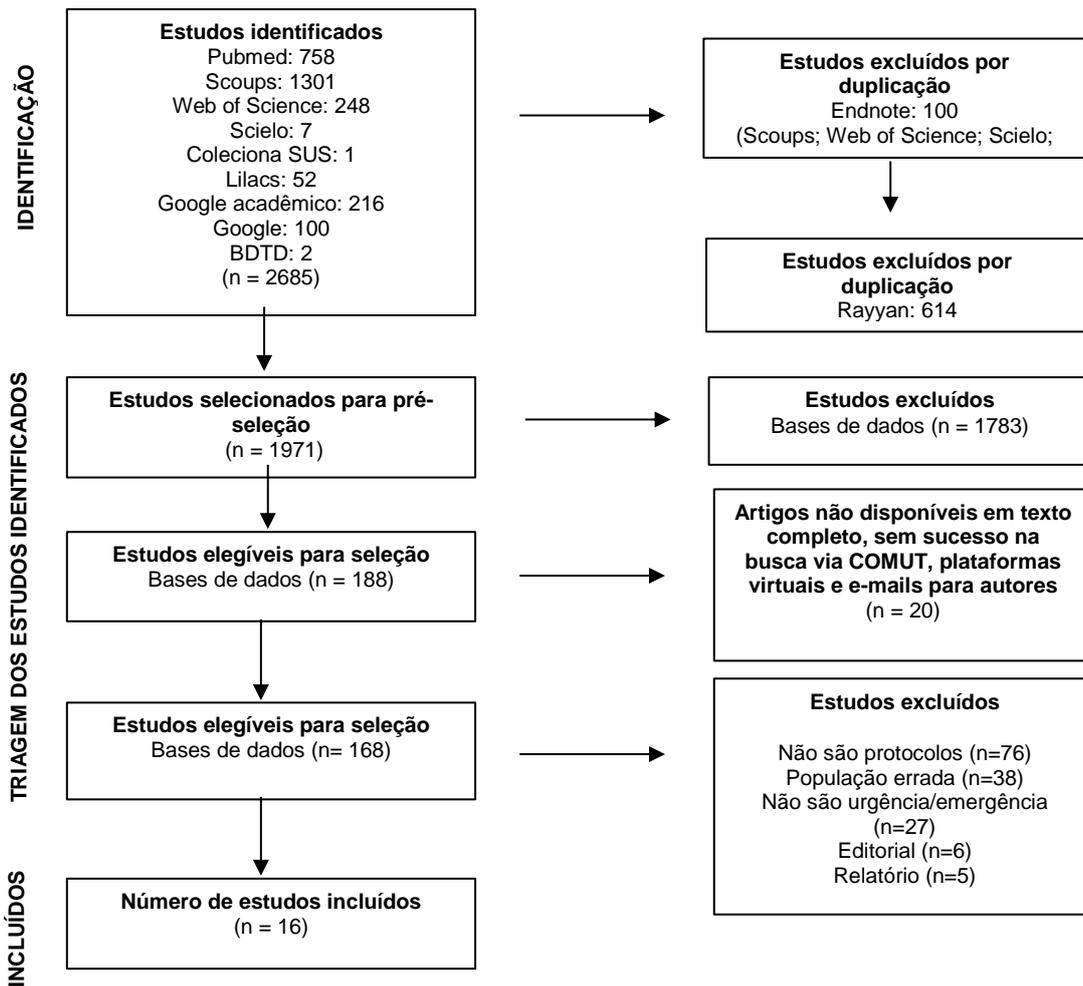
Foi realizado o teste piloto na plataforma MEDLINE/PubMed e definidos os descritores: Transtornos Psicóticos, Protocolos Clínicos e Serviços de Saúde Mental e seus respectivos termos alternativos. Utilizou-se busca avançada combinando os descritores e termos alternativos com os operadores booleanos OR e AND, respeitando as peculiaridades das bases de dados. A busca no Google e Google Scholar foi realizada na página inicial, utilizando-se no máximo três descritores por vez, acrescido do operador booleano de restrição “filetype:pdf” ao final da sequência dos termos (TOLEDO I, et al, 2020).

Utilizou-se os softwares gerenciadores de referência Endnote para eliminação de duplicatas e software Rayyan (ENDNOTE, 2021; RAYYAN, 2016) para pré-seleção e seleção. Devido à instabilidade na plataforma do PUBMED na data de coleta, esta foi feita numa segunda etapa, sendo transportados os materiais diretamente ao Rayyan, onde foram eliminadas as duplicatas juntamente com as das demais bases e bancos de dados. A pesquisa foi realizada por dois membros às cegas e os conflitos foram revisados por um terceiro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após busca nas bases e bancos de dados, foram incluídas 16 produções, conforme ilustrado no fluxograma abaixo.

Figura 1 – Fluxograma da coleta de dados.



Fonte: Oliveira GB, et al., 2024; dados extraídos do modelo PRISMA-ScR.

O processo de extração de dados ocorreu com o auxílio de um quadro-síntese contendo dados gerais e específicos, conforme descrito abaixo (**Quadro 1**). Os resultados foram analisados de forma descritiva e apresentados de maneira narrativa, por meio de quadro e tabela demonstrativa.

Quadro 1 – Quadro de extração quanto ao autor/formação, título, ano/periódico/país, tipo de estudo, nível de assistência, serviços de saúde, especificação da urgência e emergência e abordagem utilizada.

Id	Autor / Ano / Formação	Tipo de estudo	Nível de assistência	Especificação da urgência e emergência	Abordagem
1	Azevedo CRF. (org.) / 2022 / Médico	Cartilha de Atendimento	• Atenção Primária à Saúde (Atendimento pré-hospitalar APH)	• Crise em saúde mental; • Agitação e Situação de Violência; • Intoxicação ou abstinência alcoólica.	• Manejo ambiental (ACENA); • Manejo comportamental (AEIOU/ comunicação terapêutica); • Manejo farmacológico; • Manejo físico/mecânico.
2	Brasil / 2016 / Não informado	Protocolo	• Atenção Primária à Saúde (Atendimento pré-hospitalar APH)	• Crise em saúde mental; • Agitação e Situação de Violência; • Intoxicação ou abstinência alcoólica;	• Manejo ambiental (ACENA); • Manejo comportamental (Comunicação terapêutica); • Manejo farmacológico
3	Brasil / 2016 / Não informado	Protocolo	• Atenção Primária à Saúde (Atendimento pré-hospitalar APH)	• Crise em saúde mental; • Agitação e Situação de Violência; • Intoxicação ou abstinência alcoólica;	• Manejo ambiental (ACENA); • Manejo comportamental (Comunicação terapêutica)
4	Brito MFP. (org.) / 2018 / Enfermeira	Protocolo	• Atenção Primária à Saúde; (Atendimento pré-hospitalar APH); • Atenção Secundária à Saúde.	• Agitação e Situação de Violência;	• Manejo ambiental; • Manejo comportamental (Comunicação terapêutica); • Manejo farmacológico; • Manejo físico/mecânico.
5	Cavalcante ra.; VAZ SBV. / 2023 / Assistente social;	Guia de bolso	• Atenção Primária à Saúde (Atendimento pré-hospitalar APH).	• Crises psíquicas	• Manejo comportamental (AEIOU)
6	Clinical Quality & Patient Safety (QAS), / 2022 / Não informado	Manual de prática clínica	• Atenção Primária à Saúde (Atendimento pré-hospitalar APH).	• Distúrbios comportamentais agudos	• Manejo comportamental (Desescalada verbal); • Manejo farmacológico • Manejo físico/mecânico
7	CocicoV MJ. / 2019 / Médico	Protocolo	• Atenção Secundária à Saúde	• Agitação indiferenciada	• Manejo farmacológico
8	Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais / 2021 / Não informado	Protocolo	• Atenção Primária à Saúde (Atenção pré-hospitalar APH)	• Emergências psiquiátricas	• Manejo ambiental • Manejo comportamental (Comunicação terapêutica) • Manejo físico/mecânico
Id	Autor / Formação	Tipo de estudo	▪ Nível de assistência	▪ Especificação da urgência e emergência	Abordagem
9	Del-Ben CM. et al. / 2017 / Médica Neurologista	Estudo descritivo	• Atenção Terciária à Saúde	• Agitação indiferenciada	• Manejo ambiental; • Manejo comportamental (Comunicação terapêutica); • Manejo farmacológico; • Manejo físico/mecânico.
10	Jacobs D. / 1983 / Médico Psiquiatra	Estudo descritivo	• Atenção Terciária à Saúde	• Emergências psiquiátricas	• Manejo comportamental (Comunicação terapêutica); • Manejo farmacológico; • Manejo físico/mecânico.
11	Menezes MHS, (coord.) / 2017 / Não informado	Protocolo	• Atenção Primária à Saúde; • Atenção Secundária à Saúde; • Atenção Terciária à Saúde.	• Agressividade e agitação psicomotora; • Abstinência alcoólica	• Manejo farmacológico; • Manejo físico/mecânico.

12	New South Wales (NSW)/ 2015 / Não informado	Guia	• Atenção Secundária à Saúde	• Agitação ou agressividade; • Ansiedade; • Distúrbios comportamentais agudos graves.	• Manejo comportamental (Desescalada verbal); • Manejo farmacológico; • Manejo físico/mecânico.
13	Queensland Government / 2021 / Não informado	Guia	• Atenção Secundária à Saúde	• Distúrbios comportamentais agudos graves	• Manejo ambiental; • Manejo comportamental; (Desescalada verbal) • Manejo farmacológico; • Manejo físico/mecânico.
14	Serrano, AI, et al./ 2015 / Médico	Protocolo clínico	• Atenção Primária à Saúde; • Atenção Secundária à Saúde; • Atenção Terciária à Saúde.	• Distúrbios comportamentais agudos graves	• Manejo farmacológico
15	Serrano, AI, et al./ 2015 / Médico	Protocolo clínico	• Atenção Secundária à Saúde	• Abuso de psicoanalépticos e alucinógenos	• Manejo farmacológico
16	Zeefried, CR, (coord.) /2012 / Não Informado	Protocolo	• Atenção Primária à Saúde (Atendimento pré-hospitalar APH)	• Intoxicação alcoólica aguda/ abstinência alcoólica; • Emergências psiquiátricas / agitação psicomotora	• Manejo farmacológico • Manejo físico/mecânico

Fonte: Oliveira GB, et al., 2024.

Conforme apresentado, o Brasil possui o maior número (75%) de publicações, seguido pela Austrália (18,75%) e Estados Unidos (6,25%). No Brasil, os estados com mais publicações foram o Distrito Federal, São Paulo e Santa Catarina com 25,0% cada, seguidos do Ceará, Maranhão e Minas Gerais com 8,33% cada. Na região Norte, não foi localizada nenhuma publicação. Pode-se inferir que, talvez em razão de melhores estratégias de notificação, algumas regiões tenham maior conscientização acerca da necessidade de padronização e qualificação dos profissionais.

Com relação aos anos de publicação, o registro mais antigo foi elaborado na década de 80; após isso, seguiu-se um período extenso sem publicações, com novos acréscimos a partir de 2015, sendo o mais recente em 2023. Observa-se uma lacuna de publicações na década de 90 e início dos anos 2000. Quanto à categoria profissional dos autores, em 47,0% não se identificou a autoria, além de nomes organizacionais. Nas produções em que se mencionava, médicos apareceram em 35,3%, seguido por enfermeiros e assistentes sociais com 5,9%.

Tais categorias profissionais são essenciais para compor a equipe dos serviços de assistência a pessoas com transtornos mentais e comportamentais, uma vez que a assistência deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2017). Observou-se que, embora o descritor de conceito destinasse a busca por protocolos, em alguns dos produtos recuperados identificaram-se outras nomenclaturas para produções relevantes que foram incluídas por apresentarem em seu conteúdo dados relativos a padronizações assistências.

De forma geral, tratam das principais causas de emergências e urgências psiquiátricas, das etapas e passos do atendimento/avaliação do paciente, estratificação de risco, avaliação da cena, estabilização do quadro, abordagens terapêuticas e/ou encaminhamentos. Os dados relacionados aos níveis de atenção e serviços de saúde aos quais os protocolos são destinados, as especificações das urgências e emergências psiquiátricas e as abordagens terapêuticas estão sumarizados na (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos dados referentes aos níveis de atenção, serviços de saúde, especificação da urgência e emergência e abordagem utilizadas.

Variáveis	N	%
Níveis de atenção		
Atenção Primária	7	43,75
Atenção Secundária	4	25,00
Atenção Terciária	2	12,50
Atenção Primária e Secundária	1	6,25
Atenção Primária, Secundária e Terciária	2	12,50
Total	16	100,00
Serviços de Saúde		
Ambulatório	3	9,10
Assistência Hospitalar	4	12,10
Centro de Atenção Psicossocial	3	9,10
Corpo de Bombeiros Militar	1	3,00
Pronto Socorro	6	18,20
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	9	27,30
Unidade Básica de Saúde	3	9,10
Unidade de Pronto Atendimento	4	12,10
Total	33	100,00
Especificação da situação de urgência e emergência		
Agressividade/situação de violência	6	18,20
Agitação indiferenciada	9	27,30
Ansiedade	1	3,00
Crise em saúde mental/psíquicas	4	12,10
Distúrbios comportamentais agudos/graves	4	12,10
Emergências psiquiátricas não especificadas	3	9,10
Abuso e/ou abstinência de substâncias	6	18,20

Total	33	100,00
Abordagem		
Manejo Ambiental	7	17,10
Manejo Comportamental	11	26,80
Manejo Farmacológico	13	31,70
Manejo Físico/Mecânico	10	24,40
Total	41	100,00

Fonte: Oliveira GB, et al., 2024.

Quanto aos níveis assistenciais da RAS, a Atenção Primária e Secundária sobressaiu-se nas produções encontradas. O nível de Atenção Primária engloba diversos serviços assistenciais, com ênfase nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (27,3%), nas Unidades Básicas de Saúde (9,1%) e no Corpo de Bombeiros (3,0%), que se enquadra como assistência pré-hospitalar móvel. Na assistência pré-hospitalar, os protocolos têm como objetivo oferecer orientações práticas para a avaliação clínica inicial e o manejo das condições de saúde mental. No Brasil, essa assistência é prestada pelo SAMU-192 e pelo Corpo de Bombeiros.

No que se refere à Atenção Secundária, foram evidenciados protocolos em UPAs (12,1%), Ambulatórios e Centros de Atenção Psicossocial (9,1% ambos). As UPAs representam uma estrutura de complexidade intermediária, capazes de resolver grande parte das urgências e emergências (FERREIRA SLO, et al., 2021). A assistência ambulatorial tem como objetivo promover o diagnóstico precoce, proporcionar orientação terapêutica e ampliar a oferta de serviços especializados. Dessa forma, atende aos casos de saúde que não podem ser diagnosticados ou tratados na rede básica (BRASIL, 2020).

A Atenção Terciária à Saúde é representada pelo Pronto Socorro Hospitalar, relatado como cenário em seis das produções encontradas (18,2%). Este cenário proporciona o atendimento psiquiátrico emergencial com base na estratificação de risco, buscando estabilizar o quadro e excluir causas orgânicas (BRASIL, 2013). Com base nos dados, pode-se inferir que grande parte dos atendimentos é entendida como responsabilidade da assistência terciária. Ademais, a concentração de recursos humanos mais especializados pode ter relação com a maior produção de protocolos nessa esfera.

Em relação à Assistência Hospitalar, observou-se que dois dos artigos estão relacionados ao serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral (DEL-BEN CM, et al., 2017; JACOBS D, 1983). Destaca-se que dois estudos abrangiam os três níveis assistenciais, um deles mencionando diversos serviços (SERRANO AI, et al., 2015a), e o outro não os definindo, porém foi possível classificá-lo assim por observar que as condições das urgências e emergências descritas são passíveis de serem assistidas em qualquer um dos níveis assistenciais (MENEZES MHS, 2017).

Embora exista uma divisão da rede em instâncias de atenção, cabe mencionar que se espera que os níveis sejam articulados com vistas à integralidade da assistência. Nessa direção, a atenção hospitalar à saúde mental deve ser integrada aos hospitais gerais (BRASIL, 2023). Dentro desse modelo, leitos ou enfermarias de saúde mental são reservados para internações breves, destinadas a casos agudos que necessitam de cuidados médicos intensivos ou que apresentam complicações clínicas relacionadas a transtornos mentais e ao uso prejudicial de substâncias (GARCIA PT e REIS RS, 2018).

Pontua-se que, mesmo que a atual política pública brasileira situe os serviços de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas no contexto da RAPS, na contramão da reforma da assistência psiquiátrica, não foram encontradas publicações de protocolo assistencial de ambos os lugares (BRASIL, 2019). Acerca dos tipos de emergências abordados pelas produções, a agitação indiferenciada foi predominante, com 27,3% dos materiais encontrados, englobando casos de agitação psicomotora, agitação por *delirium* e agitações psicóticas que, segundo Azevedo CRFA (2022), estão relacionadas à situações que podem gerar risco tanto para a pessoa quanto para terceiros.

Nota-se que as crises em saúde mental não estão necessariamente ligadas à violência, embora certos pacientes, como psicopatas com traços de personalidade antissocial, indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas ou aqueles com baixa adesão ao tratamento, possam ter maior propensão a

comportamentos violentos (AZEVEDO CRFA, 2022). Nos casos de abuso e/ou abstinência por uso de substâncias, descritos em 18,2% das obras encontradas, o foco voltava-se para o atendimento de pessoas em situação de dependência (AZEVEDO CRFA, 2022) e abstinência (MENEZES MHS, 2017).

A crise em saúde mental, mencionada em 12,1% dos protocolos, também identificada como crise psíquica, é caracterizada por uma súbita ruptura do equilíbrio, resultando em intensa angústia e/ou tensão emocional. Essa condição se manifesta por meio de alterações comportamentais diante de situações comuns da vida, seja no âmbito biológico, social ou espiritual (AZEVEDO CRFA, 2022).

Conforme afirmado por Queensland Government (2021), pacientes que sofrem distúrbios comportamentais agudos, mencionados em 12,1% dos materiais, representam um risco significativo para sua própria saúde e para a segurança de outras pessoas, incluindo profissionais de saúde envolvidos no diagnóstico e tratamento do paciente. Nesses casos, os protocolos podem contribuir para a segurança de todos os envolvidos durante o atendimento. Com relação aos tipos de abordagem escolhida para o manejo da emergência, observa-se que grande parte está relacionada a intervenções farmacológicas (31,7%).

Estudos mais antigos evidenciaram que a administração de medicamentos antipsicóticos como o Haloperidol por via intramuscular (IM) era utilizada como primeira escolha para os casos de agitação indiferenciada e agressividade (JACOBS D, 1983; ZEEFRIEND CR, 2012). Entre as classes de medicamentos citadas para uso em casos de urgências e emergências psiquiátricas relacionadas a distúrbios comportamentais agudos, agitação indiferenciada e agressividade, destacaram-se os benzodiazepínicos, como o Diazepam, que possui ação sedativa (AZEVEDO CRFA, 2022; BRASIL, 2016A; DEL-BEN CM, et al.; 2017; NSW, 2015).

Outros autores apontam o uso de antipsicóticos de alta potência associados aos benzodiazepínicos como o Haloperidol e o Diazepam para o tratamento efetivo da agitação psicomotora. Del-Ben CM, et al. (2017) apresentam a combinação do Haloperidol com o Diazepam por via oral (VO) como forma alternativa de intervenção para pacientes cooperativos. Menezes MHS (2017), por sua vez, respalda o uso do Haloperidol associado ao Clonazepam por VO. Nos casos de pacientes não colaborativos, identificou-se a combinação entre Haloperidol e Prometazina por via IM (AZEVEDO CRFA, 2022; BRASIL, 2016a; MENEZES MHS, 2017).

Além disso, o Haloperidol administrado individualmente por via IM pode ser utilizado para controle de sintomas psicóticos em pacientes agitados (COCICOV JM, 2019) e/ou em abuso de substâncias (SERRANO AI, et al., 2015b). Serrano AL, et al. (2015a) apresentam o uso do Haloperidol associado ao Biperideno, fármaco antiparkinsoniano que pode ser administrado por VO ou IM, buscando evitar ou reduzir os efeitos extrapiramidais do antipsicótico.

A Cetamina foi outra opção acessível pela via IM para casos de pacientes agitados que não responderam à sedação com medicamentos antipsicóticos (QUEENSLAND GOVERNMENT, 2021). Esta droga possui função analgésica e anestésica potente e de ação rápida, recomendada na psiquiatria para o manejo da agitação, do *delirium* e da abstinência de álcool (MIDEGA TD, et al., 2022). Segundo Serrano AL, et al. (2015b), o Diazepam por VO também pode ser utilizado para controle dos sintomas ansiosos em casos de abuso de substâncias alucinógenas.

Entretanto, Del-Ben CM, et al. (2017) e Menezes MHS (2017) contraindicam o uso de fármacos benzodiazepínicos em caso de suspeita ou uso comprovado de substâncias químicas. FARIA JSS, et al. (2019) afirmam que os benzodiazepínicos são medicamentos com menor inibição dos centros respiratórios, conferindo maior segurança para a classe médica prescrevê-los. Quanto às propostas farmacológicas conforme a faixa etária, dois estudos (12,5%) mencionam abordagens diferenciadas. Menezes MSH (2017) destaca cuidados especiais no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas relacionadas à população idosa e crianças.

Para os idosos, recomenda-se reduzir à metade a concentração da droga administrada, enquanto para as crianças, o autor indica o uso do Haloperidol por via IM. Por outro lado, Azevedo CRFA (2022) afirma que, para idosos e gestantes, é preferível administrar o Haloperidol via IM, e para crianças, sugere-se o uso do

Haloperidol associado à Prometazina. Ambas as medidas visam diminuir as reações adversas e os efeitos colaterais causados pelos fármacos. O manejo farmacológico foi a forma de intervenção mais encontrada entre os artigos selecionados, pois, até poucos anos atrás, a sedação completa era considerada o objetivo no manejo de pessoas agitadas.

Atualmente, a medicalização é vista como uma ferramenta auxiliar que acelera o processo de tranquilização do cliente. No entanto, doses excessivas são contraindicadas, visto que os efeitos colaterais sistêmicos prejudicam a avaliação clínica da evolução do quadro (ALLEN MH, et al., 2005; DEL-BEN CM, et al. 2017). Em relação ao manejo comportamental, foi abordado em 26,8%. Segundo Del-Ben CM, et al. (2017), o objetivo é compreender as necessidades e preocupações da pessoa, estabelecendo um vínculo de confiança e respeito para facilitar a comunicação e controlar a situação. As estratégias evidenciadas nesta abordagem foram o mnemônico “AEIOU”, a comunicação terapêutica e a desescalada verbal.

Azevedo CRFA (2022) e Cavalcante e Vaz (2023) (12,5%) utilizam o mnemônico “AEIOU”, no qual a letra “A” destina-se ao acolhimento; “E” relaciona-se a escuta ativa; “I” identifica os fatores de risco e proteção; “O” fornece orientações; “U” a últimação, realizando o desfecho imediato e a finalização do atendimento. Ademais, Azevedo (2022), Brasil (2016a, 2016b), Brito (2018), Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (2021), Del-Ben et al. (2017) e Jacobs (1983) (37,5%) apontam que a comunicação terapêutica, compreendendo tanto a linguagem verbal quanto a não-verbal, é uma das ferramentas para o manejo comportamental. Nesse caso, são utilizadas técnicas de validação, clarificação, expressão e contato físico, prezando pelo vínculo com o cliente.

Outra estratégia de comunicação utilizada é chamada de desescalada técnica ou verbal (18,75%), que consiste em escutar de forma ativa, calma e empática, buscando estratégias de negociações que tornem o cliente mais colaborativo (CLINICAL QUALITY & PATIENT SAFETY UNIT, 2022; NEW SOUTH WALES, 2015). Tais técnicas de comunicação devem ser priorizadas sempre que possível, pois se caracterizam como intervenções não invasivas e humanizadas em situações de urgência e emergência psiquiátricas.

A respeito do manejo físico e mecânico (24,4%), Del-Ben CM, et al. (2017), com relação ao manejo físico, recomenda a execução da técnica de contenção com a presença de uma equipe composta por pelo menos cinco pessoas, a fim de estabelecer total controle e estabilização de membros superiores, inferiores, tórax e cabeça contra o solo. Brito MFP (2018) diferencia a contenção mecânica da física, afirmando que a primeira se caracteriza pela utilização de faixas de tecidos e ataduras para conter o paciente em alguma estrutura fixa, com a mesma finalidade da contenção física.

Ambas as formas de manejo, físico e mecânico, devem ser utilizadas como última opção dentre as formas de contenção (DEL-BEN CM, et al., 2017). Entretanto, observa-se que, apesar de existirem técnicas de intervenção menos invasivas, as formas de contenção ainda se destacam entre as escolhidas pelos profissionais durante o manejo das urgências e emergências psiquiátricas. O manejo ambiental está relacionado à avaliação e controle do ambiente em que a emergência ocorre (DEL-BEN CM, et al., 2017).

Segundo Azevedo CRFA (2022) e Ministério da Saúde (2016a, 2016b), uma das formas de realizá-lo consiste na aplicação do mnemônico “ACENA”, em que são avaliados: na letra “A”, o arredor, a presença de armas e a aparência do paciente; em “C”, os sinais de conflitos e crises; em “E”, as expectativas e a receptividade do paciente e sua família; em “N”, o nível de consciência e de sofrimento do paciente; e em “A”, o abuso de substâncias, bem como a auto e heteroagressão atual ou pregressa. No manejo ambiental, busca-se aumentar a segurança do paciente, da equipe e de outros indivíduos presentes no local, visando auxiliar o paciente a controlar seus impulsos.

Recomenda-se pelo Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (2021) que sejam verificados riscos potenciais, como a presença de armas brancas ou de fogo, objetos que possam ser arremessados, riscos de contaminação, explosão ou incêndio, entre outros. Ainda, indica-se que seja acionado o serviço de segurança do local ou apoio policial especializado quando necessário. Tais estratégias mencionadas podem ser utilizadas de maneira individual ou associadas, iniciando-se pela menos invasiva, buscando preservar a autonomia e mantendo a orientação constante do paciente (AZEVEDO CRFA, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, foi possível mapear as evidências referentes aos protocolos de atendimento às pessoas com transtornos mentais e comportamentais em situações de urgência e emergência psiquiátrica. Evidenciou-se o predomínio na abordagem física e química. Quanto ao manejo farmacológico, os protocolos encontrados não apresentaram conduta específica por condição clínica psiquiátrica, exceto em casos de agitação psicomotora. Instiga-se a realização de revisões sistemáticas que possam aprofundar as formas de manejo menos apresentadas. As lacunas evidenciadas neste estudo direcionam-se ao fato de que não foram identificados protocolos de atendimento voltados para assistência à pessoa em situação de urgência e emergência psiquiátrica na região Norte do Brasil. Sugere-se também a realização de pesquisas voltadas à elaboração de protocolos em regiões de difícil acesso ao serviço especializado, bem como a validação dos protocolos identificados, a fim de evidenciar seu uso e efetividade, proporcionando qualidade de assistência ao padronizar o atendimento e oferecer uma melhor assistência aos pacientes, familiares e comunidade. Como limitações deste estudo, pode-se considerar que, apesar das estratégias de busca utilizadas, podem existir estudos que não foram incluídos na pesquisa por incompatibilidade da plataforma.

REFERÊNCIAS

1. ALLEN MH, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies. *Journal Psychiatr Pract*, 2005; 108.
2. ARAÚJO MCC, et al. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: instrumento para qualidade do cuidado. *Cogitar enfermagem*, 2020.
3. AZEVEDO, DM, et al. Atenção Básica e Saúde Mental: Um Diálogo e Articulação Necessários. *Rev. APS*. 2014; 17(4): 537-543.
4. BAUTISTA LM, et al. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Revista Cuidarte*. 2016; 7(1): 1195-203.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 03 jul. 2023.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 25 mar. 2024.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859921>. Acesso em: 26 mar. 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 03 jul. 2023.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf. Acesso em: 03 jul.2023.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html. Acesso em: 03 jul. 2023.
12. BRASIL. Serviços e Informações do Brasil. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/atendimento-ambulatorial-nas-especialidades-medicas-1>. Acesso em: 03 jul.2023.
13. BRITO MFP. Protocolo de contenção física e mecânica. Ribeirão Preto, SP: Secretaria Municipal da Saúde, 2018.
14. CAVALCANTE RA, VAZ SBV. Circuito de cuidados psicossociais. Guia de bolso para profissionais do SAMU 192. Brasília, DF. Mentaleria, 2023.
15. QAS. CLINICAL QUALITY & PATIENT SAFETY UNIT. Clinical Practice Guidelines: Behavioural disturbances/acute behavioural disturbance. Queensland: Queensland Ambulance Service, 2021.
16. COCICOV JM. Protocolo de atendimento em urgências e emergências psiquiátricas. Mafra, Santa Catarina: Associação Mahatma Gandhi, 2019.
17. CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE MINAS GERAIS. Protocolo de atendimento Pré-Hospitalar: Instrução Técnica Operacional. Belo Horizonte: CBMMG, 2021; 3.
18. COSTA CPB, et al. Internação e Mortalidade Hospitalar por Transtornos Mentais no Brasil: uma análise epidemiológica da última década. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2022; 8(8): 462–477.

19. DEL-BEN CM, et al. Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. *Medicina (Ribeirão Preto, Online)*, 2017.
20. DIAS MK, et al. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25(2): 595-602.
21. ENDNOTE. Clarivate Analytcs. 2021.
22. FARIA JSS, et al. Benzodiazepínicos: revendo o uso para o desuso. *Revista de Medicina*, 2019; 98(6).
23. FERREIRA CLO, et al. SUS: Urgência e Emergência na UPA. *Revista Projetos Extensionistas*, 2021; 1(2): 53-57.
24. GARCIA PT, REIS RS. *Redes de Atenção à Saúde: Rede de atenção psicossocial – RAPS*. São Luís: EDUFMA, 2018.
25. GUEDES D. A construção do protocolo de enfermagem para operacionalizar o processo de enfermagem em saúde mental para Caps AD III. *Saúde Redes*, 2019; 5(1): 163-179.
26. JACOBS D. The Treatment Capabilities of Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Emergency Services*, 1983; 5(3): 171-177.
27. LIMA DKRR, GUIMARÃES J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2019; 29(3): 1-20.
28. MARTINS RMG, et al. Desenvolvimento de uma cartilha para a promoção do autocuidado na hanseníase. *Revista de Enfermagem Ufpe on line*, 2019.
29. MENEGON GL, et al. Avaliação do paciente na emergência. In: QUEVEDO, João. *Emergências psiquiátricas..* Porto Alegre: Artmed, 2020; 4: 1-23.
30. MENEZES MHS. *Protocolo clínico de urgência e emergência em saúde mental*. Maranhão: Secretaria do Estado de Saúde, 2017; 1.
31. MIDEGA TD, et al. Uso de cetamina em pacientes críticos: uma revisão narrativa. *Revista brasileira de terapia intensiva*, 2022; 34(2).
32. NASCIMENTO BB, et al. Dificuldades no atendimento às situações de urgências e emergências psiquiátricas. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama*, 2019; 23(3): 215-220.
33. NSW. NEW SOUTH WALES. *Mental health for emergency departments: a reference guide*. Austrália: NSW Ministry of Health, 2015.
34. OLIVEIRA GB, et al. *Protocolos de atendimento às Urgências e Emergências Psiquiátricas nos diferentes níveis assistenciais: revisão de escopo*, 2024.
35. PETERS MDJ, et al. Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020.
36. PIMENTA CAM, et al. *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. COREN-SP. São Paulo, 2015.
37. QUEENSLAND. *Management of patients with Acute Severe Behavioural Disturbance in Emergency Departments*. rev. e atual. Austrália: Department of Health Guideline, 2021; 4.
38. RAYYAN. *Intelligent Systematic Review*, 2016.
39. ROTOLI A, et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. *Escola Anna Nery*, 2019; 23(2).
40. SADOCK BJ, et al. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2017; 11.
41. SERRANO AI, et al. *Quadros psicóticos agudos e transitórios: protocolo clínico*. Santa Catarina: Secretaria do Estado de Saúde, 2015.
42. SERRANO AI, et al. *Transtorno de ansiedade generalizada: protocolo clínico*. Santa Catarina: Secretaria do Estado de Saúde, 2015.
43. SERRANO AI, et al. *Transtorno por abuso de alucinógenos: protocolo clínico*. Santa Catarina: Secretaria do Estado de Saúde, 2015.
44. SOUZA FILHO DP, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos emergenciais relacionados a transtornos psiquiátricos na região norte do Brasil durante o biênio de 2017-2018. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020; 3(4): 7696–7705.
45. TOLEDO I, et al. Busca nas bases de dados. In: CANTO, Greaziela de Luca. *Revisões sistemáticas da literatura: guia prático*. Curitiba: Brazil Publishing, 2020; 40-49.
46. TRICCO AC, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 2018; 467–473.
47. WERNECK MAF, et al. *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009; 88.
48. ZEEFRIED CR. *Protocolo de atendimento Pré-hospitalar: suporte avançado à vida*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2012; 4.