



Prefeitura Municipal de Imperatriz - MA
Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS
Coordenação de Planejamento e Projetos Especiais
Coordenação Municipal de Saúde Mental

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: Rede de Atenção
Psicossocial de Imperatriz-MA

EQUIPE GESTORA

PREFEITO MUNICIPAL DE IMPERATRIZ – MA

Rildo de Oliveira Amaral

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IMPERATRIZ

Flamarion de Oliveira Amaral

SECRETÁRIA ADJUNTA DE GESTÃO E SAÚDE DE IMPERATRIZ

Antônia Iracilda e Silva Viana

COORDENADOR DO PLANEJAMENTO E PROJETOS ESPECIAIS

Jairo Rodrigues Santana Nascimento

COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL DE IMPERATRIZ

Patrício Francisco da Silva

DIRETOR DO HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Alan Souza de Carvalho

COORDENADOR DO SAMU DE IMPERATRIZ

Emerson de França Carvalho

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

GPSMental – Grupo de Pesquisas e Ações em Saúde Mental

COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL

Patrício Francisco da Silva

ENFERMEIRA DO GPSMental

Ana Paula Alves de Carvalho

ASSISTENTE SOCIAL DO GPSMental

Célia Cerqueira da Silva

ASSISTENTE SOCIAL DO GPSMental

Larissa Carvalho de Sousa

PEDAGOGA DO GPSMental

Tatiana Alencar Sousa Melo

Elaborado por:	Revisado por:	Elaboração:	Aprovação:
GPSMental	Enf. Jairo Rodrigues Santana Nascimento	01/03/2025	10/04/2025

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	03
2. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	04
3. ATENDIMENTO HOSPITALAR	07
4. ALTA E/OU ENCAMINHAMENTO	10
REFERÊNCIAS.....	10
APÊNDICE A. Termo de assinatura do Protocolo de Urgência/Emergência	12
APÊNDICE B. Fluxograma de Atendimento de Urgência/Emergência	14
APÊNDICE C. Dispositivos de Urgência/Emergência em Saúde Mental	15

1. APRESENTAÇÃO

O Protocolo de Urgência e Emergência Psiquiátrica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Imperatriz-MA, possibilita conduzir ações, apoiar a tomada de decisão(ões) e condutas dos profissionais de saúde, nos pontos de Urgência e Emergência, durante os atendimentos das pessoas em situação de intenso sofrimento, (crise ou surto psíquico), incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Amparado na Portaria 3088/2011 (Brasil, 2011), conforme:

“Art. 8º que define como pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros”.

“§ 1º Os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”.

Desta forma, busca-se garantir a resolutividade e qualidade nas atividades do processo regulatório, primando pelos princípios éticos e técnicos do Sistema Único de Saúde (SUS) “Universalidade, Equidade e Integralidade”, os quais devem potencializar a visão holística e biopsicossocial, enquanto perspectiva de garantir a integridade na atenção e acesso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, enquanto redução das desigualdades sociais e territoriais.

De acordo com Brasil (2021), a Política Nacional de Urgências definiu que “A atenção às crises psiquiátricas é de competência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)”.

Portanto, o transporte do paciente em crise psiquiátrica, será realizado pelo SAMU, que ao identificar sinais que indiquem possível quadro de “auto ou heteroagressão”, deverá solicitar apoio do Corpo de Bombeiros para provável contenção física e transporte seguro do paciente a um dos componentes da Atenção de Urgência e Emergência da RAPS, de acordo com sua necessidade primária, em Hospital Geral (HG), Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24horas), para realização de avaliação para descarte ou confirmação de alterações ou comorbidades

orgânicas, com acolhimento inicial ou encaminhamento para os serviços especializados. (Portaria 3088/2011).

Sob essa ótica, esse protocolo de Urgência e Emergência Psiquiátrica, tem como perspectivas e objetivos, minimizar os danos ainda existentes na condução das situações psiquiátricas, as quais envolvem vários fatores, dentre os quais, insuficiência de mão de obra técnica (profissionais qualificados/especializados), não implantação de leitos de saúde mental juntos aos serviços de saúde de pronto atendimento (hospitais/UPAS), pacientes contidos em macas por longo tempo, evasão de pacientes em crise/surto psicótico, tentativas de suicídio com métodos não letais, culminando com liberações clínicas desordenadas (sem critérios avaliativos orgânicos e/ou psíquicos), enquanto contexto de saúde mental.

2. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Segundo o Protocolo de Suporte Avançado de Vida do SAMU, na Avaliação em Emergências Clínicas (AC39 - Abril de 2015), Manejo da crise em saúde mental, e nas atuais evidências científicas disponíveis, o SAMU será acionado para realizar o atendimento pré-hospitalar quando houver suspeita ou critérios de inclusão de crise em saúde mental, tratando-se fundamentalmente de situações de conflitos e/ou rupturas de vínculos sociais, que envolvam grave sofrimento psíquico para o usuário ou ao seu entorno, as quais geralmente estão atreladas às dificuldades de comunicação, expressão e entendimento entre os envolvidos e que geralmente interferem no estabelecimento de consensos, gerando desorganizações na vida cotidiana. (Brasil, 2016).

Nesse contexto, distorção da realidade, alvoroço, confusão mental, quadro de agitação psicomotora, medo, choro, tristeza, apatia, insegurança, discurso desconexo ou desorganizado, alteração da percepção da realidade, são algumas das expressões sintomáticas e comportamentais que denotam quando uma pessoa está em situação vulnerável enquanto aspectos biopsicossociais, enquanto gênese de tais desequilíbrios.

A progressão desses desequilíbrios biopsíquicos, pode desencadear para uma magnitude de acometimentos, tais quais: hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade, verborreia, atitude hostil (verbal e/ou física), ameaças, agressões,

irritações acentuadas, medo, estresse, dentre outros, os quais, são comportamentos que podem ter como base, os desarranjos biopsicossociais de uma pessoa em crise ou surto psicótico.

Ao chegar no local da ocorrência, a equipe do SAMU deve avaliar o ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA), seguindo as diretrizes do Protocolo de Suporte Avançado de Vida do SAMU, na Avaliação em Emergências Clínicas (AC39 - abril de 2015), Manejo da crise em saúde mental. (Brasil, 2016).

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 e do próprio paciente e sobre a equipe de atendimento.

N - Avaliar o nível de consciência, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e nível de sofrimento.

A - Avaliar a presença de sinais de uso de álcool e outras drogas, a presença de agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de autoagressão.

Realizar avaliação primária e secundária observando o estado mental (ex: lucidez, orientação e noção da realidade), considerando as condições clínicas específicas de cada situação.

Em possuindo vinculação com outro ponto de atenção da Rede, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), usar essa informação, informando que fará contato com o profissional/serviço de referência, e posteriormente, comunicar o contato à Central de Regulação.

Solicitar à Central de Regulação a necessidade de apoio de profissionais da saúde mental e/ou do próprio SAMU. Em caso de presença de objetos que podem ser utilizados para auto ou heteroagressão, informar o médico regulador para solicitar apoio da autoridade policial. Policiais/bombeiros podem ser acionados em casos que coloquem em risco a segurança dos envolvidos na ocorrência.

Os dispositivos especializados em saúde mental “CAPS”, são os serviços de referência para as urgências e emergências psiquiátricas. Porém, em muitos casos, para a segurança do paciente, equipe do SAMU e a equipe de referência, é importante que este seja conduzido de forma primária, ao serviço de emergência hospitalar, para

realização de avaliação e descarte, ou a estabilização de alterações clínicas/orgânicas.

Alterações como doenças infectocontagiosas, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Tireotoxicose, Hiper ou Hipoglicemia, Hiper ou Hipotensão Arterial Sistêmica, Psicose Pós-ictal, Tumores do Sistema Nervoso Central (TSNC), demências e outras, podem ser confundidas com sintomas de transtornos mentais.

O uso da contenção física/mecânica é considerado um procedimento extremo, devendo ser utilizado apenas quando se esgotarem todas as demais possibilidades. A decisão pela contenção, assim como seus critérios, deve estar sempre prescrita em prontuário ou em encaminhamentos realizados pelo profissional responsável. (Maranhão, 2023).

O resgate da pessoa em crise/surto psiquiátrico é de responsabilidade do SAMU e Segurança Pública (caso haja necessidade), devendo a equipe do Serviço de Urgência e Emergência estar disponível 24h para avaliação, acolhimento e conduta dos casos que envolvam pessoas em situação de intenso sofrimento ou crise/surto psíquico, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações que se enquadrem como Transtorno por Uso de Substâncias (TUS).

O Manual de Atenção às Urgências em Saúde Mental no SUS (Ministério da Saúde, 2009) reforça que as equipes de urgência e emergência, como o SAMU, UPA e Hospital Geral, devem atuar prontamente nos casos de crise psíquica, mesmo que o paciente esteja desacompanhado. A ausência de um responsável não deve ser obstáculo à prestação imediata de cuidados, principalmente quando há risco de suicídio, heteroagressividade ou comprometimento grave da consciência e do julgamento da realidade.

Do ponto de vista ético, impedir a condução ou o atendimento com base na ausência de acompanhante contraria os princípios da beneficência, não maleficência e justiça, pilares da bioética em saúde. A omissão diante de um quadro de surto psíquico pode configurar negligência e violação do direito fundamental à saúde, previsto no artigo 196 da Constituição Federal, que afirma que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante Políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos".

3. ATENDIMENTO HOSPITALAR

Os CAPS são serviços de referência para atender as situações de acolhimento de crises/surtos psiquiátricos, com cobertura diurna e noturna, incluindo os finais de semana e feriados. É atribuição do serviço hospitalar, enquanto saúde mental no hospital geral, o atendimento dos casos de risco de vida ou situações em que sejam necessárias intervenções em quadros clínicos que demandam suporte hospitalar. (Souza, 2023).

Enquanto oferta de porta de entrada para a estabilização do quadro clínico de crises orgânicas e/ou psíquicas, de acordo com a Portaria 3.088 de 2011, na qualidade de RAPS, tem-se como referência em Imperatriz-MA, a UPA Municipal, UPA Estadual, Hospital Municipal e Hospital Municipal Infantil e demais portas hospitalares, tais unidades de saúde devem estabilizar o quadro orgânico e/ou psíquico da pessoa em crise, de modo que se coloque em prática, juntamente com a Equipe Psicossocial e demais profissionais do pronto atendimento, os seguintes procedimentos:

- 1.** Classificação de risco, visando os cuidados hospitalares em situações de urgência e emergência ocasionados por intenso sofrimento, crise ou surto psiquiátrico na fase aguda, com presença de comorbidades clínicas/orgânicas, bem como por uso de crack, álcool e outras drogas, ainda que estejam sob o efeito destas, ou, sem a presença de acompanhante;
- 2.** Avaliação da valência emocional experimentada, da resposta emocional aos estímulos ou eventos específicos em relação a eles. Avaliar a agitação psicomotora secundária, patologia orgânica e transtorno mental propriamente dito (funcional), documentada na ficha de zero dia, com posterior encaminhamento ao Serviço de Referência, caso haja necessidade;
- 3.** Descartar alterações clínicas/orgânicas, realizando exames laboratoriais e de imagem, avaliando quadro de comorbidades e realização de testes relacionados aos sinais e sintomas;
- 4.** Avaliação das urgências e emergências clínicas, que possam apresentar grave alterações comportamentais, agitação psicomotora, que possam ter origem orgânica, tais como: Infecções, Traumatismo Craniano Encefálico, Acidente Vascular Encefálico, Tireotoxicose, Hiper ou Hipoglicemia, Hiper ou Hipotensão Arterial Sistêmica, Psicose Pós-ictal, Tumor do Sistema Nervoso Central, demências.

5. Nos casos em que houver necessidade de acolhimento em leito de saúde mental no Hospital Geral, enquanto necessidade da continuidade do cuidado, a permanência deverá estar atrelada aos condicionantes clínicos/orgânicos, avaliados pela equipe multiprofissional, com realização de condutas terapêuticas, inclusive com administração de psicofármacos, de modo que possa otimizar os cuidados clínicos orgânicos e psíquicos, enquanto perspectiva de estabilização sintomática, e possibilidade de encaminhamento ao serviço especializado de referência em saúde mental, após descartar ou estabilizar alterações clínicas/orgânicas graves e persistentes. Deve-se observar os seguintes critérios:

- ✓ **5.1** Os leitos de saúde mental ofertam suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de crack, álcool e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), da RAPS e da Atenção Básica (AB);
- ✓ **5.2** Seu funcionamento acontece em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos;
- ✓ **5.3** As internações nos leitos de saúde mental, serão de curta duração, até a estabilidade clínica orgânica da pessoa em crise, respeitando as especificidades de cada caso.

6. Caso haja necessidade de referenciar o paciente para outro dispositivo, a equipe do serviço de urgência, deverá realizar de maneira prévia, a regulação da pessoa junto a equipe plantonista do dispositivo de referência, enquanto verificação da disponibilidade de leito e profissional médico para conduta do procedimento de acolhimento em leito 24 horas (diurno/noturno), o paciente deverá ser encaminhado em Ambulância do Serviço Hospitalar. Na falta da ambulância, acionar o SAMU;

7. Encaminhar a pessoa com os seguintes documentos em mãos: Encaminhamento médico carimbado e assinado em papel timbrado da Prefeitura Municipal de Imperatriz, constando motivo do atendimento, comorbidades orgânicas observadas e condutas realizadas, discriminando as medicações utilizadas e o horário da administração, cópia da ficha de zero dia, cópia dos exames realizados (laboratoriais e de imagem), cópia dos documentos pessoais, cartão SUS e demais documentos relacionados ao atendimento prestado (excluir documentos pessoais, em casos de pessoas cadastradas no Sistema de Saúde Mental-SISMENTAL);

8. Em hipótese alguma, encaminhar o paciente sedado ou inconsciente, pois esse quadro impossibilita a avaliação psiquiátrica e multiprofissional, além de colocar em

risco, sua integridade, e das equipes envolvidas. Caso ocorra encaminhamento desta natureza para os CAPS, será conduzido com retorno do paciente ao serviço de origem;

9. Conhecimento quanto a utilização dos leitos de saúde mental do Hospital Geral, os quais são tipificados/implantados como retaguarda clínica, e entendimento de que o acolhimento “24hs” nos CAPS não é de caráter asilar, devendo cada instituição que solicita o apoio matricial, responsabilizar-se individual ou coletivamente com a reintegração da pessoa no contexto sociofamiliar.

10. O acolhimento e atendimento da pessoa em sofrimento mental ou surto psíquico deverá estar pautado nos princípios do SUS e na Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216/2001, que assegura o direito ao atendimento à saúde mental de forma humanizada e sem discriminação. Também deverá ser respeitada a Resolução nº 41/1999 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece que em nenhuma hipótese, o atendimento em serviços de urgência pode ser recusado ou postergado por falta de acompanhante, documentos ou quaisquer outras exigências administrativas.

11. Embora não se possa condicionar o acolhimento e atendimento à presença de um acompanhante, é legítimo que os serviços de saúde adotem procedimentos administrativos e legais subsequentes, como:

- ✓ **Registro detalhado da ocorrência:** deve-se documentar a situação de urgência, o estado clínico do paciente, a ausência de acompanhante e a justificativa para a condução imediata;
- ✓ **Identificação posterior:** caso o paciente não tenha documentos no momento do atendimento, devem ser realizados esforços posteriores para sua identificação por meio da equipe social ou Rede de apoio intersetorial;
- ✓ **Busca ativa de responsáveis:** a unidade hospitalar deve acionar a Rede de apoio psicossocial, como CAPS, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS), e, quando necessário, o Conselho Tutelar ou Ministério Público, especialmente em casos que envolvem vulnerabilidade social ou repetição de episódios;
- ✓ **Notificação às autoridades competentes,** nos casos de internação involuntária, conforme determina o artigo 8º da Lei nº 10.216/2001, que exige comunicação ao Ministério Público Estadual no prazo de até 72 horas.

Cada dispositivo de saúde que atua no contexto ou em articulação com a RAPS, pode lançar mão das expertises de sua equipe, bem como das ferramentas e mecanismos existentes no território, com o objetivo de encontrar parentes ou responsáveis pelos pacientes.

4. ALTA E/OU ENCAMINHAMENTO

A alta médica da unidade hospitalar da pessoa em crise ou surto psicótico, e encaminhamento para sua residência e/ou serviço especializado em saúde mental, deverá ser baseada na estabilização do quadro clínico orgânico e psíquico.

Todas as condutas referentes a alta médica hospitalar e /ou encaminhamentos, deverão ser precedidas de orientações e informações prestadas por equipe multiprofissional hospitalar, ao paciente e ao acompanhante que esteja como responsável, sobre os cuidados necessários para continuidade da estabilização psíquica, enquanto prática e adesão ao tratamento sistematizado, baseado em construção e prática do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O encaminhamento médico do Hospital será avaliado e conduzido pela equipe multiprofissional do CAPS de referência, porém, se faz necessária, a regulação prévia, uma vez que, o procedimento de acolhimento “24hs” em CAPS, é uma conduta médica, a qual só será efetivada, após avaliação e prescrição do médico que atua no CAPS.

Cabe às equipes dos CAPS, avaliar e conduzir a construção do PTS das situações de crises e/ou surtos psicóticos das pessoas que deram entrada na urgência e emergência das UPAS ou HMI, e que, após avaliação biopsicossocial, não forem conduzidas através de encaminhamento médico para acolhimento “24hs” no CAPS. Para tal conduta, o CAPS deverá ser informado dos atendimentos clínicos e psíquicos realizados, de modo que se tenha os parâmetros para construção do PTS, o qual deverá ser feito juntamente com o paciente, o acompanhante ou pessoa responsável.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atendimento às Urgências em Saúde Mental no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_urgencias_saude_mental.pdf. Acesso em 15 de fev. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de janeiro de 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 15 de fev. de 2025.

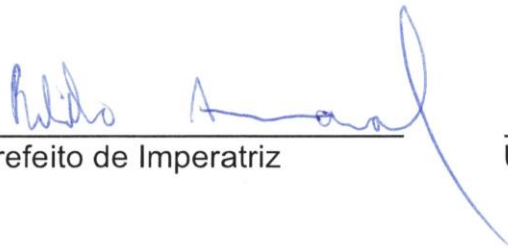
Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1999. Estabelece os direitos dos usuários dos serviços de saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1999/Reso41.doc>. Acesso em 15 de fev. de 2025.

GOMES, Regiane Pereira Miguel. Acolhimento dos leitos de retaguarda em saúde mental em hospitais gerais: mobilização da equipe e implementação dos leitos. / Regiane Pereira Miguel Gomes... [et al.]. – Bambuí: Instituto Federal de Minas Gerais, 2023.

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

SOUZA, Fabiana Érica. Avaliação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais a partir de informações em saúde. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 15, n. 44, p. 1-21, 2023.

**APÊNDICE A. Termo de Assinatura do Protocolo de Urgência e Emergência
Psiquiátrica de Imperatriz-MA**



Prefeito de Imperatriz



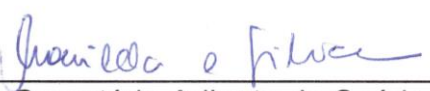
Unidade Pronto Atendimento Municipal



Secretário Municipal de Saúde



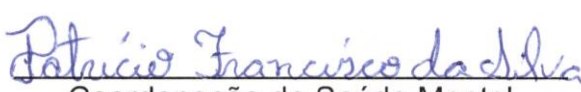
Unidade Pronto Atendimento Estadual



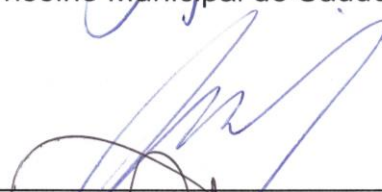
Secretária Adjunta de Saúde



Conselho Municipal de Saúde



Coordenação de Saúde Mental



5º Promotoria de Justiça


Dr. Anderson Nascimento Santana
Superintendente de Atenção
Primária e Vigilância em Saúde


Valéria Maria S. Macedo
Gestora Regional de Saúde
ID-00897269-00
UGRS / IMPERATRIZ-MA

Superintendência da Atenção Básica

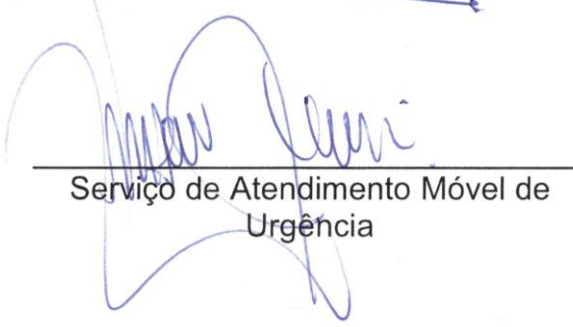
Unidade Regional de Saúde



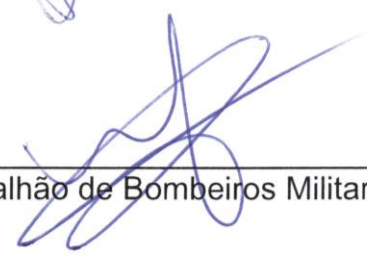
Hospital Municipal de Imperatriz



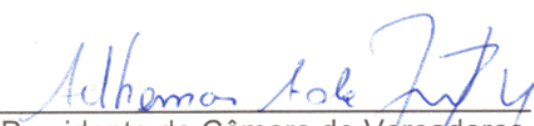
Batalhão de Polícia Militar



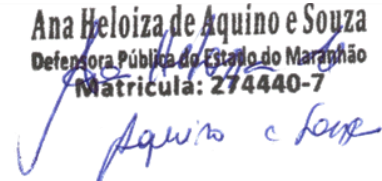
Serviço de Atendimento Móvel de
Urgência

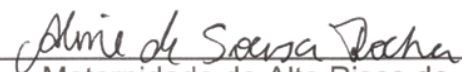


Batalhão de Bombeiros Militar

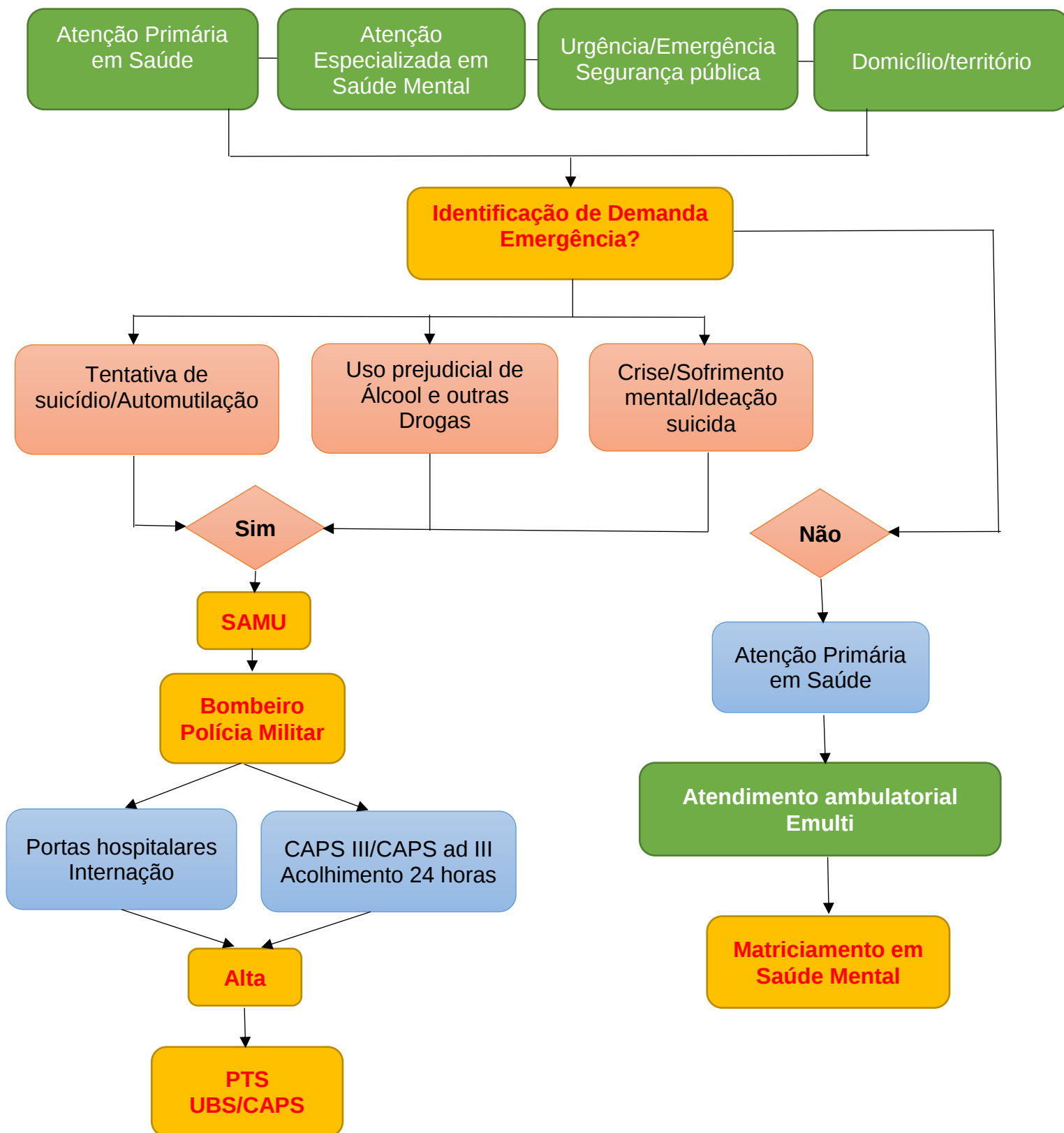

Presidente da Câmara de Vereadores


2ª Vara da Fazenda

Ana Heloiza de Aquino e Souza
Defensora Pública do Estado do Maranhão
Matrícula: 274440-7

Defensoria Pública Estadual


Maternidade de Alto Risco de
Imperatriz

APÊNDICE B. Fluxograma de Atendimento de Urgência e Emergência da Rede de Atenção Psicossocial de Imperatriz-MA



Fonte: GPSMENTAL (2025).

APÊNDICE C. Dispositivos de Emergência em Saúde Mental no Território

Serviços	Ações
Unidade Básica de Saúde (UBS)	Ações de prevenção e promoção da saúde mental: rodas de conversa, grupos educativos, atividades comunitárias e campanhas (ex.: setembro Amarelo). Atenção integral na atenção primária: acompanhamento de casos leves de ansiedade, depressão e uso prejudicial de álcool e outras drogas. Acompanhamento multiprofissional: consultas médicas, de enfermagem, atendimentos de psicólogo (quando disponível) e apoio dos agentes comunitários de saúde. Articulação em rede: encaminhamento e contrarreferência com CAPS, hospitais gerais, escolas e assistência social. Visitas domiciliares: acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico e apoio às famílias. Identificação precoce e vigilância em saúde: detectar sinais de risco (como ideação suicida) e intervir de forma oportuna.
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	Atendimento de emergências psiquiátricas: resposta rápida em situações de crise aguda, como surtos psicóticos, agitação, risco de autoextermínio ou violência. Acolhimento e escuta em crise: abordagem humanizada para estabilizar a situação e reduzir riscos imediatos. Avaliação inicial: identificar gravidade do quadro e necessidade de intervenção clínica ou encaminhamento especializado. Intervenções imediatas: contenção verbal e, quando necessário, contenção medicamentosa ou física, seguindo protocolos de segurança. Transporte seguro: remoção de pacientes em sofrimento psíquico grave para hospitais gerais, CAPS III, CAPS AD III ou outras unidades de referência. Articulação em rede: comunicação com a Central de Regulação, hospitais e serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Apoio às famílias e comunidade: orientação durante a crise e encaminhamento para acompanhamento posterior.
Hospital Municipal de Imperatriz (HMI)	Ofertar assistência à saúde completa e diversificada, que inclui cuidados curativos, preventivos e de diagnóstico, abrangendo várias especialidades médicas básicas como clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, psiquiatria e cirurgia, além de dispor de serviços de urgência e emergência, e integrar a Rede de Atenção Psicossocial. Atua como um centro de tratamento e recuperação, servindo como um ponto de referência para a comunidade e um local para formação e pesquisa de profissionais de saúde. Funciona como um centro de referência para outras unidades de saúde da Macro Região, recebendo pacientes encaminhados e realizando procedimentos de média a alta complexidade.

Serviços	Ações
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas	Presta atendimento resolutivo para uma parte significativa das urgências e emergências clínicas e traumáticas, com foco em casos de complexidade intermediária, oferecendo atendimento imediato e controlando a condição do paciente até que ele possa ser encaminhado para um hospital ou, em muitos casos, recebendo alta diretamente da unidade. Funciona ininterruptamente, 24 horas por dia, todos os dias da semana, e faz parte da Rede de Atenção Psicossocial do SUS, integrando-se ao SAMU 192 e aos hospitais para formar uma rede de assistência organizada.
Centro de Atenção Psicossocial III-Renascença (CAPS III-Renascença)	Atendimento contínuo 24h: acolhimento em situações de crise, inclusive com leitos de observação. Acolhimento e escuta qualificada: suporte imediato às pessoas em sofrimento psíquico intenso. Atividades terapêuticas individuais e em grupo: oficinas, rodas de conversa, psicoterapia, grupos de família. Medicação assistida e acompanhamento clínico: uso e monitoramento de psicotrópicos. Atenção às situações de crise: intervenções rápidas, evitando internações hospitalares desnecessárias. Articulação em rede: integração com UBS, hospitais gerais, SAMU, assistência social, justiça e escolas. Visitas domiciliares e busca ativa: acompanhamento de usuários que não frequentam regularmente o serviço. Apoio às famílias: orientação, escuta e inclusão no plano terapêutico. Promoção da reinserção social: incentivo ao convívio comunitário, à educação, ao trabalho e à cultura.
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III-Girassol (CAPS AD III-Girassol)	Atendimento contínuo 24h: acolhimento e suporte em situações de crise relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, com leitos de observação. Acolhimento e escuta qualificada: suporte inicial e humanizado às pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias. Redução de danos: estratégias de cuidado que respeitam o tempo e as escolhas do usuário, prevenindo agravos à saúde. Acompanhamento terapêutico: atendimentos individuais, em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e psicoterapia. Atenção às situações de abstinência e intoxicação: intervenções clínicas e acompanhamento medicamentoso do paciente, e fortalecimento de vínculos com familiares.

Fonte: GPSMENTAL (2025).