

## ORIENTAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA (TRR)

### INTRODUÇÃO

A demanda de cuidado a eventos agudos de pessoas usuárias com transtornos mentais envolve a procura por serviços da APS por condições de saúde, que podem apresentar instabilidade clínica e necessidade de atendimento imediato. Essas emergências incluem situações de parada cardiorrespiratória com rebaixamento do nível de consciência, convulsões, síndrome de abstinência e agitação psicomotora. As pessoas usuárias que procuram a unidade da APS em uma dessas condições, com risco de apresentarem alguma instabilidade clínica, devem ser atendidas prontamente por profissionais capacitados para oferecer os primeiros atendimentos necessários.

Por isso, se faz necessária a implantação do Time de Resposta Rápida (TRR). O TRR tem por objetivo principal evitar a deterioração clínica da pessoa usuária e atuar de forma a intervir ativamente no atendimento clínico, contribuindo para implementação e melhoria na qualidade e segurança nos serviços de saúde.

Além de realizar o atendimento à pessoa usuária em menor tempo oportuno após o acionamento, é importante que o TRR possua documentações adequadas para realizar o registro específico do atendimento. Essa é uma estratégia fundamental para que, após a estabilização da pessoa usuária e definição da conduta clínica, seja possível a continuidade do cuidado pelas demais equipes assistenciais.

É importante que a instituição, como um todo, entenda e participe do protocolo de acionamento do TRR para evitar conflitos de papéis, demora na realização dos procedimentos, utilização de materiais desnecessários, gastos excessivos e atendimentos ineficientes.

Abaixo, há um exemplo de definição de papéis para o atendimento de situações de agitação psicomotoras. Apesar de não estar entre os principais códigos de atendimento dos TRR, ela é uma das situações em que o TRR também deve atuar para evitar danos às pessoas usuárias, às equipes e ao patrimônio.

Os principais códigos de acionamento do TRR são:

### TIPOS DE CÓDIGOS

#### Código azul

- O Código Azul é um procedimento de urgência crítica. Ocorre quando a pessoa usuária sofre uma parada cardiorrespiratória (PCR) e logo um time de plantão, composto de médicos e enfermeiras, é acionado imediatamente ao local.

#### Código laranja

- O Código Laranja é outro procedimento de urgência semelhante ao Código Azul, porém o foco são os acompanhantes, visitantes ou colaboradores dentro das dependências do serviço de saúde, que estejam passando mal ou sofreram quedas.

#### Código amarelo

- O Código Amarelo tem caráter preventivo. A equipe deve possuir experiência em perceber alterações em que a saúde da pessoa usuária está se deteriorando (por exemplo, dificuldade de respirar) e, com base nessa análise, pode ou não acionar o time de resposta rápida.

## COMPOSIÇÃO E CAPACITAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA

O time deverá ser composto, minimamente, pelos seguintes profissionais:

- enfermeiro;
- médico;
- técnico em enfermagem;
- profissionais da equipe multiprofissional.

É fundamental que esses profissionais sejam capacitados para identificar e realizar o primeiro atendimento das pessoas usuárias e/ou acompanhantes que apresentarem algum sinal/sintoma das mudanças agudas no estado geral, respiratório, circulatório, neurológico, conforme critérios abaixo.

Para atendimento do Código Azul, é imprescindível que os integrantes do TRR realizem treinamentos. Alguns treinamentos indicados são: o Suporte Básico de Vida (BLS), o Suporte Avançado de Vida (ACLS), o Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia (ALSO) para gestantes e o Suporte Avançado de Vida Pediátrico (PALS), e existem outros que podem ser realizados.

Para atendimento às agitações psicomotoras, é imprescindível que os integrantes do TRR realizem o treinamento do MI-mhGAP.

## SINAIS DE ALERTA

Os componentes do TRR devem estar preparados para a realização de atendimento de urgência e atuar de forma ativa na prevenção de intercorrências clínicas e/ou relacionadas a saúde mental graves e intercorrências de pessoas usuárias e/ou acompanhantes com quadro de agitação psicomotora. Desta forma, a equipe multiprofissional deve estar atenta aos sinais clínicos de alerta apresentados pelas pessoas usuárias.

### 1. CRITÉRIOS PARA PESSOAS USUÁRIAS COM 18 ANOS OU MAIS

- **Comprometimento respiratório**
  - Diminuição aguda da saturação de O<sub>2</sub> para < 92%.
  - Mudança da frequência respiratória para < 8 rpm ou > 28 rpm.
- **Comprometimento circulatório**
  - Diminuição da pressão arterial sistólica para < 90 mmHg.
  - Aumento da pressão arterial sistólica para > 180 mmHg associado a sintomas.
  - Mudança da frequência cardíaca para < 40 bpm ou > 130 bpm.
- **Comprometimento neurológico**
  - Rebaixamento do nível de consciência.
  - Convulsão.
  - Sinais focais súbitos.
  - Hipótese diagnóstica de AVC com menos de 12 horas de evolução.
  - Suspeita de AVC.

- **Mudanças agudas no estado geral na pessoa usuária**
  - Pessoa refere “não estar bem” ou sentir “algo errado”.
  - Mudança de cor, umidade e diminuição da temperatura nas extremidades da pessoa (extremidades pálidas, acinzentadas, úmidas ou cianóticas).
  - Queda com (ou potencial de) dano moderado ou grave. São exemplos de queda com dano moderado ou grave: queda com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), perda da consciência, incapacidade de mobilidade ou mobilidade prejudicada após a queda, ou seja, situações cuja consequência da queda coloca em risco a segurança da pessoa usuária. Nesse momento, a avaliação do enfermeiro é fundamental.
  - Ferimento por arma de fogo ou arma branca ou gestante em trabalho de parto ativo.
  - Gestante com intercorrências (sangramento, sinais de pré-eclâmpsia, eclampsia etc.).
- **Mudanças agudas no comportamento e comportamento agressivo/violento**
  - Situação que envolva qualquer distúrbio agudo de pensamento, humor, comportamento ou de relacionamento social, referido pela pessoa usuária, família ou comunidade, que acarrete risco significativo para a pessoa usuária, necessitando de intervenção imediata, caracterizando emergência psiquiátrica.
  - Situação de agressividade, definida como ato intencional ou não, que pode causar dano físico, psicológico ou sexual em outra pessoa (heteroagressividade ou comportamento heterolesivo) ou a si próprio (autoagressividade ou comportamento autolesivo).
  - Situação de violência, definida como ato agressivo, que cause ou tenha potencial para causar dano físico, psicológico ou sexual em terceiros ou a si próprio. Definida também como força física, abuso, forma de anulação ou constrangimento sobre uma pessoa para obrigá-la a fazer ou deixar de fazer um ato qualquer. Pode estar associada tanto à agressividade verbal ou física.

**Tabela 1 – Preditores de comportamento violento para adultos**

<b>Preditores de comportamento violento</b>			
	<b>Hostil</b>	<b>Agressivo</b>	<b>Violento</b>
<b>Postura</b>	Senta-se na beirada da cadeira, não olha o examinador ou evita seus olhos, seu tom de voz pode ser elevado ou estar lacônico.	Não senta. Age de forma claramente intimidadora. Faz ameaças verbais, fala muitos palavrões, falta alto o tempo todo.	Anda de um lado para outro. Diz que vai agredir alguém presente naquele ambiente. Acabou de agredir alguém.
<b>Psicomotricidade</b>	Inquieto, tamborila os dedos, aperta uma mão contra a outra, morde os lábios.	Quase agitado. Esmurra a parede, gesticula muito. Quebrou objetos em casa.	Agitado. Tem algo nas mãos para se defender. Está quebrando objetos no ambiente.

<b>Humor</b>	Demonstra irritação, falta de empatia com o examinador.	Está raivoso. Demonstra estar com ódio de todos, inclusive o examinador.	Está furioso. Demonstra a decidida intenção de agir violentamente contra alguém.
<b>Risco</b>	Alto.	Muito Alto.	Iminente.
<b>Conduta</b>	Uma tentativa de abordagem amigável pode ser bem-sucedida. Tente convencer o paciente.	Inicie o diálogo com muita cautela. Interrompa a qualquer sinal de piora. Passe para o item Violento.	As chances de sucesso com o diálogo são remotas. Inicie imediatamente processo de contenção.

Fonte: Botega, 2012.

## Fatores predisponentes para a ocorrência de comportamentos agitados, agressivos e violência:

- Psicológicos: baixa tolerância à frustração, baixa autoestima, tendência a projeções e externalizações, raiva, irritabilidade.
- Quadros clínicos e/ou psiquiátricos: Sintomas psicóticos intensos, como alucinações auditivas de comando, crenças paranoides, delírios persecutórios, pensamentos autorreferentes; pobre controle de impulsos, autocrítica limitada, baixa adesão ao tratamento, quadros confusoriais, síndromes mentais orgânicas.
- História prévia: Comportamento agressivo ou violento.
- Diagnóstico: O diagnóstico diferencial para agitação psicomotora e agressividade em adultos e adolescentes inclui a avaliação e identificação das seguintes condições:
  - Agitação explosiva: associada a transtorno de conduta (adolescentes) ou transtornos de personalidade do tipo *borderline* e antissocial (adultos).
  - Agitação histeriforme: agitação mais teatral e escandalosa.
  - Transtornos por uso de psicoativos (álcool ou outras substâncias psicoativas de uso lícito ou ilícito).
  - Agitação maníaca (Transtorno Afetivo Bipolar, episódio de mania, com ou sem sintomas psicóticos).
  - Transtorno mental orgânico ou transtornos mentais secundários a uma condição clínica geral (delirium, quadros demenciais, epilepsias);
  - Psicoses crônicas agudizadas (Esquizofrenia, Transtorno Delirante Persistente, depressão psicótica etc.).
  - Patologias Sistêmicas: Delirium (Estado Confusional Agudo) por múltiplas causas orgânicas (ex.: hipoglicemia, hipercortisolismo, intoxicação exógena, doenças infecciosas, doenças autoimunes).
  - Patologias intracranianas: trauma, infecções, neoplasias, AVE, epilepsia ou síndromes epileptiformes (períodos ictais, pós-ictais, interictais) etc.
  - Uso/abuso/dependência de substâncias: álcool, cocaína/*crack*, anfetaminas, alucinógenos, inalantes (cola, gasolina etc.), esteroides etc.

## 2. CRITÉRIOS PEDIÁTRICOS (DE 0 A 18 ANOS INCOMPLETOS)

- **Comprometimento respiratório**
  - Frequência respiratória (FR)
    - Até 2 meses: até 60 rpm.
    - 2-11 meses: até 50 rpm.
    - de 1-4 anos: até 40 rpm.
  - Aumento do trabalho respiratório, cianose, apneia.
  - Cianose ou diminuição de saturação de oxigênio (<92%)
    - <92% em qualquer aporte de oxigênio.
    - <60% em qualquer aporte de oxigênio em casos de doença cardíaca cianótica.

- **Comprometimento circulatório**

- Frequência cardíaca (FC)

Idade	Bradicardia	Taquicardia
0 a 12 meses	< 80 bpm	>180 bpm
1 a 4 anos	< 90 bpm	>160 bpm
>4 anos	<60 bpm	>130 bpm

- Tempo de enchimento capilar > 3 segundos.
- Pulso periférico fraco ou ausente.
- Pressão Arterial Sistólica (PAS).

Idade	Hipotensão (Pressão Sistólica)
RN (0 a 28 dias)	<60mmHg
1 mês a 1 ano	<70mmHg
1 a 10 anos	<70 + (2x idade em anos) mmHg
>10 anos	<90mmHg

- **Comprometimento neurológico**

- Alteração do nível de consciência.
- Convulsão.

- **Mudanças agudas no estado geral da pessoa usuária**

- A pessoa refere “não estar bem” ou sentir “algo errado”.

- Mudança de cor, umidade e diminuição da temperatura nas extremidades da pessoa usuária (extremidades pálidas, acinzentadas, úmidas ou cianóticas).
  - Queda com (ou potencial) de dano moderado ou grave (são exemplos de queda com dano moderado ou grave: queda com TCE, perda da consciência, incapacidade de mobilidade ou mobilidade prejudicada após a queda, ou seja, situações cuja consequência da queda coloquem em risco a segurança da pessoa usuária. Nesse momento, a avaliação do enfermeiro é fundamental).
  - Ferimento por arma de fogo ou arma branca penetrante.
- **Mudanças agudas no comportamento e comportamento agressivo/violento**
- Situação que envolva qualquer distúrbio agudo de pensamento, humor, comportamento ou de relacionamento social, referido pela criança, sua família ou comunidade, que acarrete risco significativo para a pessoa usuária, necessitando de intervenção imediata, caracterizando emergência psiquiátrica.
  - Situações de agressividade, definida como ato intencional ou não que pode causar dano físico em outra pessoa (heteroagressividade ou comportamento heterolesivo) ou a si próprio (autoagressividade ou comportamento autolesivo).
  - Situações de violência, definida como ato agressivo que cause ou tem potencial para causar dano físico em terceiros ou a si próprio. Definida também como força física, abuso, forma de anulação, ou constrangimento sobre uma pessoa para obrigar-a a fazer ou deixar de fazer um ato qualquer. Pode estar associada tanto à agressividade verbal ou física.

## ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Recomendam-se a existência de uma sala de observação, com espaço físico e equipamentos, conforme descritos na carteira de serviços da APS. Para o TRR realizar o cuidado de forma eficaz e centrada na pessoa usuária, é fundamental que a equipe da APS já possua os procedimentos operacionais padrões (POP) das principais doenças e agravos das principais emergências clínicas e psiquiátricas.

## MANEJO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA NO ATENDIMENTO DA PESSOA EM AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Como mecanismo para conter a situação mais crítica relacionada a agitação psicomotora na APS, o time de resposta rápida tem os seguintes objetivos:

- Oferecer apoio aos colegas que estão lidando com situações disruptivas, ameaçadoras ou violentas.
- Conduzir o conflito como barreira final e medidas extremas.

O manejo do usuário violento ou agressivo pode ser feito através de manejo básico comportamental, manejo farmacológico e a contenção física e mecânica.

O ideal é que consigamos a partir da intervenção verbal e comportamental atuar nos preditores do comportamento violento e na agitação. Na falha dessas intervenções, devemos complementar com o manejo farmacológico.

**Tabela 2 – Papel dos integrantes do TRR no manejo de situações de agitação psicomotora**

<b>Responsabilidade de todos os profissionais do TRR no manejo básico comportamental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir o tempo de espera.</li> <li>• Manter a distância da pessoa usuária agitada (a distância mínima segura é aproximadamente a de um braço).</li> <li>• Analisar previamente se é prudente estar só com a pessoa usuária no ambiente.</li> <li>• Manter a porta aberta durante todo o atendimento, de modo que o profissional tenha rota de fuga.</li> <li>• Retirar do ambiente os elementos que possam quebrar e/ou servir como armas, em caso de comportamento hetero e autoagressivo (sempre que possível).</li> <li>• Apresente-se à pessoa usuária.</li> <li>• Assegure à pessoa usuária que você pretende ajudá-la.</li> <li>• Procure usar palavras fáceis, frases curtas, pausadamente, mas de modo firme.</li> <li>• Não confronte.</li> <li>• Mantenha-se calmo.</li> <li>• Evite movimentos bruscos.</li> <li>• Escute, a coleta de dados precisa ser cautelosa, geralmente a pessoa usuária se apresenta hostil e não deseja aproximação ou contato.</li> <li>• Reconhecer a impossibilidade de realizar uma anamnese completa no momento para não estimular maior agressividade e irritabilidade da pessoa usuária.</li> <li>• Caso não seja possível coletar os dados com a pessoa usuária, verificar a possibilidade com o acompanhante, se presente.</li> <li>• Assegurar o conforto e segurança da pessoa usuária.</li> <li>• Olhe diretamente para a pessoa usuária.</li> <li>• Evite fazer anotações.</li> <li>• Oriente limites de maneira objetiva, porém acolhedora.</li> <li>• Comunique a conduta ou decisão e a faça de forma clara e simples.</li> <li>• Não faça ameaças ou humilhações.</li> <li>• Informe os riscos do comportamento violento da pessoa usuária, se oportuno.</li> </ul>
<b>Responsabilidade de enfermeiros do TRR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Os sinais e sintomas da pessoa usuária.</li> <li>○ A presença de intoxicação de álcool e outras drogas ou sinais clínicos que possam ter desencadeado o episódio de agressividade.</li> <li>○ O nível atual de auto ou heteroagressividade.</li> <li>○ Os riscos atuais para si, terceiros e patrimônio, incluindo o risco de suicídio e homicídio.</li> </ul> </li> <li>• Reavaliar a pessoa usuária a cada 30 minutos, aferir sinais vitais, verificar níveis de tranquilização/agitação.</li> <li>• Descrever detalhadamente, no prontuário, a avaliação de enfermagem, os procedimentos adotados e a evolução da pessoa usuária.</li> </ul>
<b>Responsabilidade de médicos do TRR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Os sinais e sintomas da pessoa usuária.</li> <li>○ A presença de intoxicação de álcool e outras drogas ou sinais clínicos que possam ter desencadeado o episódio de agressividade.</li> <li>○ O nível atual de auto ou heteroagressividade.</li> <li>○ Os riscos atuais para si, terceiros e patrimônio, incluindo o risco de suicídio e homicídio.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar clinicamente a gravidade da agitação.</li> <li>• Na prescrição médica, considerar: idade, peso, presença de condições clínicas gerais, sinais indicadores de patologia orgânica, uso de outras medicações, efeitos colaterais e uso substâncias psicoativas.</li> <li>• Observar possíveis mudanças do estado mental ou da condição clínica geral.</li> <li>• Descrever detalhadamente, no prontuário, a avaliação médica, os procedimentos adotados e a evolução da pessoa usuária.</li> <li>• Sempre que possível, fornecer medicação por via oral (VO).</li> <li>• Reavaliar o paciente a cada 30 minutos, aferir sinais vitais, verificar níveis de tranquilização/agitação.</li> <li>• Em caso de necessidade de repetir a medicação, dar preferência ao uso do fármaco utilizado anteriormente.</li> <li>• Se possível, de 12h a 24h após o uso de medicações injetáveis, verificar incidência de efeitos colaterais (principalmente distonia aguda).</li> <li>• Na Tabela 3 abaixo, descrevemos as medicações mais frequentemente utilizadas no manejo de pacientes agitados e/ou agressivos indicadas para cada faixa etária (crianças, adolescentes e adultos). Como regra geral, a via oral é a preferencial, contudo, a escolha da via de administração (via oral ou intramuscular) dependerá da avaliação da equipe e da avaliação médica acerca do comportamento do paciente, se este é colaborativo ou não, e os riscos secundários ao estado mental do mesmo.</li> </ul>
<b>Responsabilidade dos técnicos em enfermagem do TRR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sempre que possível, avaliar periodicamente os sinais vitais.</li> <li>• Administrar a medicação VO, ou IM, segundo prescrição médica.</li> <li>• Preencher o atendimento realizado em prontuário.</li> </ul>
<b>Responsabilidade da equipe multiprofissional do TRR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Os sinais e sintomas da pessoa usuária.</li> <li>○ A presença de intoxicação de álcool e outras drogas ou sinais clínicos que possam ter desencadeado o episódio de agressividade.</li> <li>○ O nível atual de auto ou heteroagressividade.</li> <li>○ Os riscos atuais para si, terceiros e patrimônio, incluindo o risco de suicídio e homicídio.</li> </ul> </li> <li>• Auxiliar na minimização do conflito através do diálogo.</li> <li>• Descrever detalhadamente, no prontuário, a avaliação realizada, os procedimentos adotados e a evolução da pessoa usuária.</li> </ul>

Fonte: Autoria própria.

**Tabela 3 – Indicações de manejo farmacológico de acordo com o estado, faixa etária do paciente e disponibilidade dos fármacos**

<b>Quadro Agitação/Agressividade com riscos a si ou terceiros (maiores de 18 anos)</b>	
<b>Colaborativo</b>	<p>1<sup>a</sup> escolha: Risperidona 02mg - 01 comprimido VO.          1<sup>a</sup> escolha: Haloperidol 5mg - ½ a 01 comprimido VO.</p> <p>2<sup>a</sup> escolha<sup>1,2</sup>: Diazepam 10mg - ½ a 01 comprimido VO.          2<sup>a</sup> escolha<sup>1,2</sup>: Clonazepam 2mg - ½ a 01 comprimido VO.</p> <p>3<sup>a</sup> escolha<sup>3</sup>: Haloperidol 5mg - ½ a 01 comprimido VO associado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Prometazina 25mg 01 a 02 comprimidos ou;</li> <li>b. Diazepam 10mg - ½ a 01 comprimido VO ou;</li> <li>c. Clonazepam 2mg - ½ a 01 comprimido VO.</li> </ul>
<b>Não Colaborativo</b>	<p>1<sup>a</sup> escolha: Haloperidol 5mg/mL - ½ a 01 ampola IM associado ou não a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Prometazina 50mg/2mL - ½ a 01 ampola IM.</li> </ul> <p>2<sup>a</sup> escolha<sup>4</sup>: Midazolam 15mg/3mL - 0,5 a 3mL IM.</p> <p>3<sup>a</sup> escolha<sup>5</sup>: Clorpromazina 25mg/5mL - ½ a 01 ampola IM.</p>
<b>Obs.1:</b> em casos de quadros secundários a Transtornos Ansiosos, Depressivos, Conversivos/Dissociativo ou Intoxicação por Estimulantes (Cocaína, Crack, Anfetaminas), dar preferência, sempre que possível, pelo uso de benzodiazepínicos aos antipsicóticos.	
<b>Obs.2:</b> se o paciente apresentar condição médica geral, evitar a prescrição de benzodiazepínicos (diazepam, clonazepam, lorazepam, bromazepam).	
<b>Obs.3:</b> a opção de associação de medicamentos em pacientes colaborativos reserva-se apenas a casos mais graves em que, apesar da postura colaborativa, um controle mais rápido da agressividade é indicado.	
<b>Obs.4:</b> a escolha pelo Midazolam IM deve ser sempre criteriosa devido ao risco de depressão respiratória, especialmente em pacientes que já fazem uso de benzodiazepínicos de meia-vida longa (diazepam, clonazepam) de modo contínuo e o serviço necessita ter disponível material necessário para suporte cardiorrespiratório de emergência.	
<b>Obs.5:</b> a Clorpromazina por via IM atualmente não é de uso frequente devido ao importante risco de hipotensão grave e alterações do ritmo cardíaco, de modo, que se recomenda monitoração contínua dos sinais vitais e pressão arterial.	
<b>Agitação/Agressividade com riscos a si ou terceiros (05 anos a 17 anos e 11 meses)</b>	
<b>Colaborativo</b>	<p>1<sup>a</sup> escolha: Risperidona 2mg - ½ a 02 comprimidos VO (preferencialmente ½ comp.).</p> <p>1<sup>a</sup> escolha: Haloperidol 1mg - 0,05 mg a 0,15mg/Kg VO.</p> <p>1<sup>a</sup> escolha: Haloperidol 2% - 0,5 a 1,5 gotas/Kg VO.</p>
<b>Não Colaborativo</b>	1 <sup>a</sup> escolha: Haloperidol 5mg/mL 0,01 mL a 0,03mL/Kg (equivalente a 0,05 mg a 0,15mg/Kg) IM.
<b>Obs.1:</b> os benzodiazepínicos (Clonazepam, Diazepam etc.) não estão formalmente liberados no manejo do paciente agressivo em crianças e adolescentes, além do maior risco de reação paradoxal, e devem ser evitados. Em situação de risco iminente, os benzodiazepínicos podem ser utilizados conforme critério médico (considerando os riscos e benefícios) e com justificativas pertinentes.	

**Tabela 4 – Farmacocinéticas das principais medicações utilizadas em quadros de agitação psicomotora e agressividade**

Medicação	Via	Dose Inicial	Pico	Pode-se repetir	Dosagem Máxima Adultos (24h)
<b>Haloperidol 5mg</b>	Oral	2,5 a 5mg	1 a 4 horas	30-60min	30mg
<b>Risperidona 2mg</b>	Oral	2mg	50 a 70min	2h	10mg
<b>Diazepam 10mg</b>	Oral	5 a 10mg	30 a 90min	60min	40mg
<b>Clonazepam 2mg</b>	Oral	1 a 2mg	60 a 180min	60min	16mg
<b>Haloperidol 5mg/ML</b>	IM	5mg	30min	30-60min	30mg
<b>Midazolam 15mg/3mL</b>	IM	2,5 a 15mg	15 a 30min	30min	15mg

## CONSIDERAÇÕES

Para que o TRR atue adequadamente, é importante que a instituição redobre a atenção em alguns pontos:

- Essas orientações devem ser bem difundidas entre os profissionais.
- Estabelecer os critérios de avaliação de deterioração da pessoa usuária que está sendo assistida nos casos críticos e capacitar os profissionais para realizar a avaliação correta da pessoa usuária.
- Estabelecer os fluxos de deslocamento para o TRR e as metas de tempo para o início do atendimento após deslocamento.
- Orientar todas as equipes que, em caso de acionamento do TRR, os usuários que estavam sob os cuidados dos membros do TRR deverão ser atendidos pelos demais membros da equipe.
- Possuir mecanismos de avaliação da qualidade da assistência prestada pelo TRR para avaliação da qualidade dos atendimentos.
- Formar um TRR composto por equipe multiprofissional, sempre que possível com médico, enfermeiro e fisioterapeuta.
- Estabelecer as rotinas das equipes de apoio para transporte e transferência da pessoa usuária.
- Possuir um plano de contingência, conhecido por todos, em casos de falha no acionamento do TRR.

## REFERÊNCIAS

- American Heart Association. Destaques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association. Disponível em: [https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelinesfiles/highlights/highlights\\_2020eccguidelines\\_portuguese.pdf](https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelinesfiles/highlights/highlights_2020eccguidelines_portuguese.pdf)
- BERNOCHE, Claudia et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2019, v. 113, n. 3 pp. 449-663.
- BOTEGA, N. J. (Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 219-235.

CHATKIN JM, MACHADO ARJ. Infecção respiratória aguda na criança. In: Duncan BD, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 1335-41.1

MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018.

MANTOVANI, C., MIGON, M. N., ALHEIRA, F. V., & DEL-BEN, C. M.. (2010). Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32, S96–S103. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006>