



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 5.589, DE 2025 **(Do Sr. Duda Ramos)**

Institui normas para o atendimento de urgência e emergência em saúde mental de crianças e adolescentes, cria as Salas Calmas Infantis e o Protocolo Nacional de Atendimento à Crise Infantojuvenil, e dá outras providências.

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE
SAÚDE;

PREVIDÊNCIA, ASSISTÊNCIA SOCIAL, INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E
FAMÍLIA;

FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54 RICD) E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Federal Duda Ramos - MDB/RR

PROJETO DE LEI Nº , DE 2025

(Do Sr. DUDA RAMOS)

Institui normas para o atendimento de urgência e emergência em saúde mental de crianças e adolescentes, cria as Salas Calmas Infantis e o Protocolo Nacional de Atendimento à Crise Infantojuvenil, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece mecanismos para o manejo de crises de saúde mental em crianças e adolescentes atendidos em prontos-socorros e hospitais, públicos ou privados, criando Salas Calmas Infantis, protocolos padronizados de triagem e estabilização, capacitação obrigatória das equipes e integração com a Rede de Atenção Psicossocial.

Art. 2º Os serviços de pronto-atendimento que realizem atendimento pediátrico deverão implantar Salas Calmas Infantis, ambientes separados, seguros e com baixo estímulo, destinados à triagem e estabilização breve de crises comportamentais ou emocionais.

Essas salas deverão conter:

- I – iluminação e acústica controladas;
- II – leito individual para observação de curta duração;
- III – monitorização clínica e botão de segurança;
- IV – kit de contenção química e protocolo de desescalamento verbal, com uso físico apenas em último caso.

Art. 3º O atendimento de crianças e adolescentes em crise de saúde mental nas Salas Calmas Infantis deverá observar fluxo clínico contínuo e metas de tempo máximo de triagem, avaliação e decisão terapêutica,



garantindo ambiente seguro, humanizado e adaptado às particularidades pediátricas.

§ 1º A triagem inicial deverá ocorrer em até 30 (trinta) minutos a partir do ingresso do paciente na unidade, com priorização dos casos de risco iminente à integridade física própria ou de terceiros.

§ 2º A avaliação clínica e a definição da conduta terapêutica deverão ocorrer em até 6 (seis) horas, preferencialmente com o suporte de profissional da saúde mental, presencial ou remoto, quando disponível.

§ 3º A permanência do paciente na Sala Calma Infantil terá duração máxima de 24 (vinte e quatro) horas, prorrogável uma única vez, de forma excepcional e justificada, por até 48 (quarenta e oito) horas, mediante relatório médico fundamentado e plano de encaminhamento definido.

§ 4º Durante o período de permanência, deverá ser assegurado ao paciente o acompanhamento ininterrupto por equipe multiprofissional, observando-se:

I – controle de luminosidade e estímulos sonoros;

II – ausência de objetos que representem risco;

III – direito à presença de um acompanhante, salvo contraindicação técnica justificada;

IV – observação constante quanto a comportamento autolesivo ou agressivo, com registro de intercorrências.

§ 5º É vedado o atendimento ou a permanência de crianças e adolescentes em crise em áreas comuns ou enfermarias pediátricas, especialmente quando houver convivência com bebês, gestantes ou pacientes clínicos sem transtorno mental, salvo em situações clínicas combinadas e com parecer médico favorável.

§ 6º As unidades deverão manter registro sistemático do tempo de triagem, tempo de decisão clínica, duração de permanência e



encaminhamento subsequente, para fins de auditoria, avaliação de desempenho e acompanhamento pelo gestor do Sistema Único de Saúde.

Art. 4º O acolhimento de crianças e adolescentes em situação de crise de saúde mental deverá incluir avaliação estruturada e padronizada, por meio de instrumentos simplificados e reconhecidos cientificamente, voltados à identificação de fatores de risco, de vulnerabilidade e de conduta terapêutica imediata.

§ 1º A triagem psicossocial deverá ser realizada com base em roteiro estruturado de avaliação breve, desenvolvido pelo Ministério da Saúde e aplicado por profissional de nível superior capacitado.

§ 2º A avaliação de risco para autoagressão ou comportamento violento será obrigatória em todos os casos, devendo integrar o prontuário e nortear a decisão clínica sobre o tipo de observação, necessidade de internação ou encaminhamento para acompanhamento ambulatorial.

§ 3º O protocolo clínico a que se refere este artigo deverá ser atualizado periodicamente, incorporando boas práticas reconhecidas por entidades científicas nacionais e internacionais na área de pediatria e saúde mental.

Art. 5º Fica instituído o Protocolo Nacional de Atendimento à Crise Infantojuvenil, de observância obrigatória em todos os prontos-socorros, hospitais e unidades de urgência que realizem atendimento pediátrico, públicos ou privados.

§ 1º O protocolo será elaborado e atualizado pelo Ministério da Saúde, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Federal de Psicologia e a Sociedade Brasileira de Pediatria.

§ 2º O protocolo deverá conter, no mínimo:

I – orientações para acolhimento humanizado e manejo verbal de agitação;



- II – critérios clínicos para estabilização breve e internação;
- III – diretrizes de segurança ambiental e controle de estímulos;
- IV – parâmetros para comunicação com familiares e cuidadores;
- V – fluxo padronizado de encaminhamento e acompanhamento pós-crise;
- VI – regras de registro, notificação e monitoramento de indicadores de qualidade e segurança.

§ 3º O Ministério da Saúde poderá reconhecer protocolos complementares, desenvolvidos por redes estaduais ou municipais, desde que compatíveis com as normas nacionais e fundamentados em evidências científicas.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal deverão instituir Centros de Apoio em Psiquiatria Infantil e Juvenil, com funcionamento ininterrupto e acesso remoto, destinados a prestar suporte técnico e clínico às unidades hospitalares que realizem atendimento emergencial em saúde mental.

§ 1º O atendimento remoto deverá estar disponível vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, com acesso garantido em até sessenta minutos após a solicitação do serviço de origem.

§ 2º Compete aos centros de apoio:

- I – orientar as condutas clínicas durante crises agudas;
- II – auxiliar na regulação de leitos especializados;
- III – oferecer suporte à decisão sobre alta e acompanhamento ambulatorial;
- IV – registrar e sistematizar dados epidemiológicos sobre os atendimentos realizados.



§ 3º O Ministério da Saúde apoiará técnica e financeiramente os entes federativos para implantação e manutenção dos centros de apoio, inclusive mediante o uso de tecnologias de telemedicina.

Art. 7º As unidades de pronto-atendimento e hospitais que prestem assistência pediátrica deverão garantir capacitação técnica anual obrigatória de seus profissionais em temas relacionados ao manejo de crises psiquiátricas infantojuvenis.

§ 1º A capacitação mínima abrangerá conteúdos sobre:

- I – acolhimento humanizado e comunicação afetiva;
- II – manejo de agitação e desescalonamento verbal;
- III – avaliação de risco suicida e comportamento autolesivo;
- IV – técnicas de prevenção de violência e contenção não coercitiva;
- V – integração da equipe multiprofissional e cuidado centrado na família.

§ 2º A formação será reconhecida pelo Ministério da Saúde e poderá ser ofertada por instituições públicas ou privadas credenciadas.

§ 3º O cumprimento do disposto neste artigo constituirá requisito para credenciamento, renovação de contrato e repasse de recursos do Sistema Único de Saúde às unidades de pronto-atendimento.

Art. 8º A alta de crianças e adolescentes atendidos em situação de crise deverá ser acompanhada de plano de continuidade do cuidado, assegurando a integração entre o atendimento de urgência e a rede de atenção psicossocial.

§ 1º O encaminhamento para unidade especializada em saúde mental infantojuvenil deverá ser efetivado em até setenta e duas horas, com comunicação formal entre os serviços e confirmação de agendamento.



§ 2º O plano de alta deverá conter orientações escritas às famílias ou responsáveis, incluindo:

- I – sinais de alerta para recaídas ou riscos de autoagressão;
- II – instruções de segurança no ambiente domiciliar;
- III – canais de contato para retorno rápido em caso de nova crise.

§ 3º As unidades deverão manter canal de comunicação com escolas e conselhos tutelares, resguardado o sigilo profissional, para apoio à reintegração social e acompanhamento do desenvolvimento do estudante.

Art. 9º As unidades que mantenham Salas Calmas Infantis deverão registrar e reportar mensalmente aos gestores locais e estaduais indicadores de qualidade e eficiência do atendimento em saúde mental infantojuvenil.

§ 1º Os relatórios deverão conter, no mínimo:

- I – tempo médio de triagem e de decisão clínica;
- II – duração média de permanência em observação;
- III – proporção de contenções físicas aplicadas;
- IV – taxa de revisita ou recaída em até trinta dias;
- V – número de encaminhamentos com agendamento efetivo.

§ 2º O Ministério da Saúde publicará, anualmente, Painel Nacional de Indicadores da Saúde Mental Infantojuvenil, com dados consolidados e comparativos entre as unidades federativas, assegurando transparência e estímulo à melhoria contínua.

Art. 10 Fica criado, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional Salas Calmas, destinado ao custeio, investimento e qualificação dos serviços voltados ao atendimento emergencial de crianças e adolescentes em crise de saúde mental.



§ 1º O programa apoiará financeiramente a adequação de espaços físicos, aquisição de equipamentos, capacitação de equipes e implantação de sistemas de teleapoio.

§ 2º As unidades que aderirem ao programa farão jus a incentivo financeiro variável por desempenho, calculado com base no cumprimento das metas de tempo de triagem, encaminhamento e capacitação anual de profissionais.

§ 3º Hospitais privados poderão participar do programa mediante convênios ou parcerias, com acesso a linhas de crédito subsidiadas destinadas à adequação de infraestrutura, condicionadas à reserva de percentual de atendimentos regulados pelo SUS.

Art. 11 O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de cento e oitenta dias, definindo parâmetros arquitetônicos mínimos para as Salas Calmas Infantis, conteúdos curriculares das capacitações, indicadores de desempenho e mecanismos de repasse financeiro previstos no Programa Nacional Salas Calmas.

Art. 12 Esta Lei entra em vigor cento e oitenta dias após sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei propõe a criação de um marco normativo e operacional para o atendimento emergencial em saúde mental de crianças e adolescentes, por meio da instituição das Salas Calmas Infantis, do Protocolo Nacional de Atendimento à Crise Infantojuvenil e do Programa Nacional Salas Calmas.



A proposição surge diante de um vazio estrutural e técnico na rede hospitalar brasileira, amplamente reconhecido por gestores, profissionais e instituições de pesquisa.

Atualmente, crianças e adolescentes em crise psicótica, com surtos de agitação, ideação suicida ou comportamento autolesivo, são atendidos em espaços comuns de pronto-atendimento pediátrico, ao lado de bebês e pacientes clínicos com pneumonia, bronquiolite ou infecções respiratórias — cenário que fere o princípio da dignidade da pessoa humana, põe em risco a segurança de todos e desrespeita a própria lógica da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que determina o tratamento humanizado e a excepcionalidade da internação.

Essa ausência de estrutura mínima e de protocolos específicos cria um ambiente de sofrimento coletivo: famílias desamparadas, profissionais despreparados e crianças sem espaço adequado para estabilização emocional.

Em muitos hospitais, a abordagem é improvisada — com contenções físicas indevidas, uso excessivo de sedativos e ausência de fluxo de encaminhamento seguro para a rede psicossocial.

De acordo com o Atlas de Saúde Mental Infantil da Fiocruz (2023), o Brasil registrou um aumento de 68% nos atendimentos emergenciais de crianças e adolescentes por crise de saúde mental entre 2015 e 2022, especialmente em capitais do Norte e Nordeste.

A Sociedade Brasileira de Pediatria e a Associação Brasileira de Psiquiatria têm reiterado que os prontos-atendimentos não dispõem de ambientes nem equipes especializados para essas situações, o que aumenta a incidência de internações prolongadas, acidentes e evasões.

Estudos internacionais reforçam esse diagnóstico. A *American Academy of Pediatrics (AAP)* e o *Royal College of Psychiatrists* (Reino Unido) destacam que a presença de ambientes de baixo estímulo, conhecidos como “*Quiet Rooms*” ou “*Calm Spaces*”, associada à triagem padronizada e à capacitação contínua das equipes, reduz em até 40% o uso de contenção física



e em 35% o tempo médio de permanência hospitalar (AAP Policy Statement, 2022; NICE Guideline NG225, 2023).

Pesquisas da Universidade de São Paulo e da Fiocruz Pernambuco também demonstram que a ausência de fluxos clínicos e a falta de articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) aumentam a reincidência de crises e dificultam a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Essas evidências convergem para um ponto: o problema não está apenas na falta de leitos psiquiátricos, mas sobretudo na inexistência de protocolos de emergência integrados, ambiência apropriada e formação técnica das equipes.

O projeto oferece respostas concretas e exequíveis:

Salas Calmas Infantis – espaços de estabilização breve, seguros e controlados, com iluminação e acústica reduzidas, leito individual, monitorização e equipe multiprofissional treinada.

Essas salas substituem o modelo improvisado dos corredores de pronto-socorro e permitem atendimento imediato sem violar o princípio da não institucionalização.

Protocolo Nacional de Atendimento à Crise Infantojuvenil – instrumento normativo que padroniza triagem, avaliação de risco, conduta clínica, tempo máximo de atendimento e encaminhamento para o serviço adequado, articulando-se com a Rede de Atenção Psicossocial (CAPSi, UBS, escolas e conselhos tutelares).

Centros de Apoio em Psiquiatria Infantil e Juvenil (CAPI) – núcleos de teleapoio clínico permanente, disponíveis 24 horas, com capacidade de suporte remoto para hospitais que não dispõem de psiquiatra infantil de plantão, garantindo decisões rápidas, seguras e reguladas.

Capacitação obrigatória – médicos, psicólogos, enfermeiros e profissionais de apoio deverão receber formação continuada anual em



comunicação afetiva, manejo de crises e técnicas de desescalamento, reconhecida pelo Ministério da Saúde.

Programa Nacional Salas Calmas – novo componente de financiamento federal que apoia a adequação física das unidades, compra de equipamentos, capacitação das equipes e repasse de recursos atrelados ao desempenho e à redução de internações evitáveis.

A proposta é plenamente compatível com a Constituição Federal, especialmente com os arts. 6º, 196 e 227, que tratam do direito à saúde e da proteção integral à infância e à adolescência.

Harmoniza-se com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), que impõe a prioridade absoluta no atendimento à saúde mental, e com a Lei nº 10.216/2001, que estabelece os direitos das pessoas com transtornos mentais e o caráter humanizado da assistência.

Diferentemente das normas já existentes, esta proposta não trata da internação psiquiátrica nem da desinstitucionalização, mas sim da fase emergencial anterior, onde o sistema de saúde ainda opera sem padrão técnico nem estrutura mínima.

O projeto também está alinhado à Política Nacional de Humanização do SUS e às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre atenção psicossocial em emergências hospitalares (WHO, Mental Health in Emergencies, 2021).

Com a aprovação desta Lei, espera-se: redução de internações psiquiátricas evitáveis; diminuição de eventos adversos e uso de contenção física; melhoria na segurança e no acolhimento de pacientes e profissionais; fortalecimento da integração entre urgência, saúde mental e escola; padronização de indicadores nacionais de qualidade em saúde mental infantil; ampliação da cobertura de atendimento humanizado em todo o território nacional.



A presente iniciativa é estrutural e transformadora: ela consolida o atendimento em saúde mental infantojuvenil como parte essencial da rede de urgência e emergência do país, resgatando a dimensão humana da Reforma Psiquiátrica, sem retrocessos institucionais, mas com a coragem de enfrentar a realidade concreta das famílias brasileiras.

Por todo o exposto, esta proposição se apresenta como socialmente justa, tecnicamente consistente, juridicamente segura e financeiramente viável, motivo pelo qual se espera a aprovação pelos ilustres Parlamentares desta Casa.

Sala das Sessões, em 2025.

Deputado DUDA RAMOS



FIM DO DOCUMENTO