



Fortaleza

PREFEITURA

Saúde

SAMU 192 – Regional Fortaleza
Núcleo de Educação Permanente
NEP SAMUFor



Urgências em Saúde Mental

Cartilhas de Atendimento

Volume 1

Fortaleza
Setembro, 2022



Fortaleza

PREFEITURA

Saúde

SAMU 192 – Regional Fortaleza
Núcleo de Educação Permanente
NEP SAMUFor



Urgências em Saúde Mental

Cartilhas de Atendimento do SAMUFor

Volume 1

Fortaleza
Setembro, 2022

Capa: SMS Fortaleza
Arte-finalização da Capa: Cláudio Azevedo
Diagramação: Cláudio Azevedo

Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza
Direitos Reservados © 2019

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Urgências em Saúde Mental – Cartilhas de Atendimento do SAMUFor / Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Redes Pré-hospitalar e Hospitalar. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 – Regional Fortaleza. Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 1. Fortaleza, CE: NEP SAMUFor, 2022

Vários autores
2ª Edição, revista e ampliada
104 p. il.

1. Atendimento a Saúde Mental 2. Saúde Mental 3. Psiquiatria 4. Emergências 5. Emergências Médicas 6. Medicina de Urgência 7. Primeiros Socorros 8. Serviços de Saúde 9. Serviços Médicos de Urgência. I. Título.

CDD: 341.41
CDU: 352:614.2

Original: abril de 2019
1ª Revisão: setembro de 2022

AUTORES

Cláudio Roberto Freire de Azevedo

CRM-CE 5197 (UFC/1990); Cirurgião Geral (UFC/1993-94) com especialização em Gestão da Atenção à Saúde (2012), em Regulação em Saúde (2014) e em Processos Educacionais na Saúde (2013/2014) e Mestrado em Gestão de Tecnologias e Inovação em Saúde, todos pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, em parceria com o Ministério da Saúde. Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 1998).

Gleicianne Garcia Gadelha

CRM-CE 15127 (UECE/2013); Psiquiatra RQE 11.989 (Escola de Saúde Pública do Ceará – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto/2016-2019) com especialização em Terapia Cognitivo Comportamental (Unichristus/2016-2017). Coordenadora médica da emergência do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto desde 2020. Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2014).



SUMÁRIO

A REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL	9
1. O ACOLHIMENTO DO CHAMADO EM SAÚDE MENTAL	14
2. IDENTIFICAÇÃO PRELIMINAR DOS 3 “S” DA REGULAÇÃO	14
3. ANAMNESE DIRIGIDA NA REGULAÇÃO	15
4. ESTABELECIMENTO DO GRAU DE URGÊNCIA DO CHAMADO	16
5. DECISÃO E RESPOSTA	19
6. ABORDAGEM DO CASO	30
DIAGRAMAS DE CONTENÇÃO	45
TABELA DE DISCRIMINADORES ESPECÍFICOS	47
PE0 – COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO APH	53
RC4 – AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	57
RC5 – AUTOAGRESSÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO	59
RC9 – CRISE EM SAÚDE MENTAL	61
RC19 – INTOXICAÇÃO OU ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA	63
RT5 – OVERDOSE E ENVENENAMENTOS	65
BC28 ou AC38– MANEJO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL	67
BC29 e AC39 – AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	71
BC30 e AC40 – AUTOAGRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO	75
BTox2 e ATox3 – INTOXICAÇÃO POR DROGAS DE ABUSO	85
BTox 3 e ATox4 – INTOXICAÇÃO OU ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA	89
BP27 e AP42 – CONTENÇÃO FÍSICA	93
REFERÊNCIAS	99



A REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL

A vivência de eventos estressores é ocorrência natural na vida dos seres vivos. No dia a dia, o ser humano esforça-se em buscar equilíbrio em si mesmo e em seu entorno. A crise em saúde mental configura-se como uma ruptura brusca e repentina desse equilíbrio, um estado de extremo sofrimento e/ou tensão emocional, externado por alterações do comportamento desencadeadas frente a situações naturais da vida, seja no aspecto biológico, no social ou até espiritual. A pessoa em crise está mais sensível aos estímulos externos: *“a crise é uma emergência psiquiátrica, pois a pessoa não consegue resolver o problema com seus mecanismos habituais de enfrentamento”*¹ (p. 28).

Sendo uma resposta a uma situação de “ameaça”, podemos agrupar, de forma muito resumida, as crises em saúde mental em grandes síndromes: i) as ansiosas; ii) as do afeto e humor; iii) as psicóticas. **As síndromes ansiosas**, antigamente denominadas neuroses, são alterações comportamentais particularmente marcadas por diversos quadros clínicos como o da ansiedade generalizada, os obsessivo-compulsivos, os fóbicos e os transtornos somatoformes. Esses últimos incluem a somatização, as crises conversivas (histeria), a hipocondria, a dismorfia corporal e a dor psicogênica² (p. 686). Em todos esses quadros, em geral, tanto a capacidade de avaliar a realidade adequadamente (juízo crítico) quanto a organização da personalidade encontram-se intactos.

As síndromes do afeto e humor (do ânimo) são um complexo de sentimentos, com componentes psíquicos somáticos e comportamentais² (p. 311) que podem se apresentar como uma expressão emocional incongruente com a descrita pelo paciente (afeto) ou como tristeza, raiva ou entusiasmo prolongados (humor).

Os Transtornos do Humor ou Afetivos são aqueles cujo sintoma principal é a alteração do humor ou do afeto, da energia (ânimo) e do jeito de sentir, pensar e se comportar. Acontecem com crises únicas ou se repetem, oscilando ao longo da vida. Podem ser episódios de depressão ou de mania (difere da “mania de fazer as coisas” ou “tique” – nome dado à fase de euforia do transtorno bipolar).³ (p. 8)

Já **as psicoses** podem se manifestar através de quadros confusionais agudos como os delírios, as alucinações, confusão e perda de memória² (p. 309) e comprometimento do juízo crítico, podendo também ser acompanhados de comportamento desorganizado (rolar no chão, comer grama, evacuar fora do lugar) e ausência de “*insight*” (paciente não sabe ou não acredita que está doente e que precisa de ajuda). Enquanto os delírios são alterações do conteúdo do pensamento, crenças irreais e infundadas não compartilhadas pelo meio do indivíduo*, as alucinações são distúrbios da sensopercepção (visuais, auditivas, olfativas, táteis etc.).

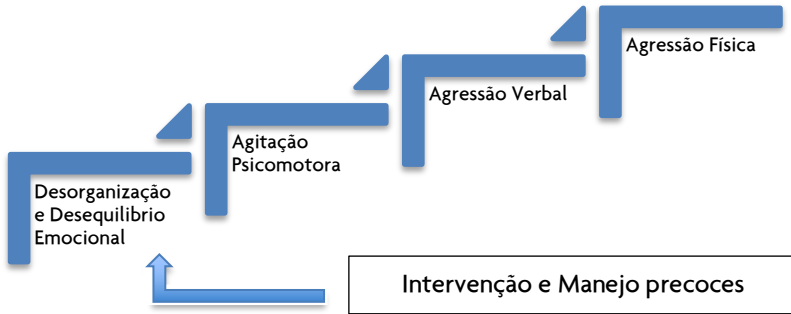
Apresentando um disparador, uma evolução e um desfecho, as crises podem ter desfechos positivos e/ou negativos, dependendo da gravidade do incidente crítico que a ocasionou, dos recursos disponíveis ao paciente (vivência anterior de situações semelhantes, apoio recebido, saúde física) e da intervenção e suporte realizados no momento da crise.

Considera-se um desfecho positivo quando o paciente percebe e/ou desenvolve novas habilidades de enfrentamento. O conceito de resistência evoluiu ao de resiliência, mas hoje precisamos não somente nos recuperar, sobreviver ou ceder sem se quebrar, mas desenvolver uma capacidade de sairmos mais fortes de qualquer crise, num novo conceito de antifragilidade⁴: “*o fundamental não é apenas prevenir a crise ou deixar-se passar por ela, e sim passar ‘melhor’ por ela, uma vez que crises são imprevisíveis*”⁵ (p. 25).

Na intervenção psicossocial em situações de crise, o foco é colocado na reação ao incidente crítico (e não no incidente crítico em si), e são examinados possíveis fatores de risco atuais e estratégias de coping (enfrentamento) em situações prévias, os quais podem influenciar a maneira do indivíduo de reagir à situação.⁵ (p. 21)

* Os conteúdos irreais (delírios) mais observados são: 1) paranoides – persecutórios, de grandeza, de autoacusação (culpa) e de referência (estar sendo constantemente observado), etc.; 2) somáticos (sentir os órgãos internos apodrecendo); 3) sensuais; 4) bizarros – abdução por invasores do espaço.

As crises em saúde mental não estão necessariamente associadas a situações de violência, embora alguns pacientes sejam mais propensos à violência: psicopatas com personalidade antissocial, pacientes sob uso de substâncias psicoativas ou sem adesão adequada ao tratamento. A figura a seguir demonstra o momento ideal, em uma crise, para a intervenção e suporte:



Esse estado de desorganização e desequilíbrio emocional, na realidade, é o último de quatro estágios em situações de crise, que se inicia na “exposição ao incidente crítico” ameaçador e passa por uma “reação emocional intensa”, onde as “estratégias de autocontrole habitualmente utilizadas não funcionam”, até se chegar ao estado de “desequilíbrio emocional e desorganização” propriamente dito⁵ (p. 22).

O cuidado mais importante nesses quadros confusionais agudos é que se investigue a existência de outras condições clínicas que possam ser sua causa (outros sintomas clínicos concomitantes, sintomatologia confusional em salvas, faixa etária atípica etc.) ou o uso corrente de substâncias psicoativas. A abordagem da urgência visa a intervenção precoce de forma a evitar a progressão do quadro a um estado agressivo ou reverter esse quadro, o quanto possível, a um nível de funcionamento psíquico anterior à crise.

Silva, no I Congresso da Rede Nacional SAMU 192 (2006)[†], definiu urgência psiquiátrica como uma “*manifestação psíquica ou comportamental que denuncie ou*

[†] Em 20 a 23 de março de 2006 ocorreu o I Congresso da Rede Nacional SAMU 192 em Brasília, onde foi elaborada, por profissionais especialistas em saúde mental de Curitiba (PR), a primeira normatização ao assunto “Atendimento e Manejo de Emergências do Comportamento”.

represente risco iminente à integridade física do indivíduo, às pessoas em contato com o mesmo ou ao meio” ⁶ (p. 4). As principais condições abordadas nas urgências psiquiátricas são ⁷ (p. 177):

- Agitação/agressividade;
- Transtornos ansiosos/conversão/somatização;
- Ideação e/ou tentativa de suicídio;
- Transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias;
- Distúrbios amnésicos;
- Reação aguda ao estresse e estresse pós-traumático;
- Doenças clínicas que levam a alterações de comportamento; e
- Quadros psiquiátricos que cursam com doenças clínicas associadas.

Assim, dois grandes grupos de urgências em saúde mental são definidos⁸:

- **As urgências cérebro-orgânicas (*delirium*)**, que se desenvolvem num curto período de tempo e apresentam taxas de mortalidade variando de 22 a 76% – comparáveis às do IAM ou *sepsis* ⁹ (p. 250). São mais comuns em pessoas com mais de 65 anos e com alguma disfunção prévia (como demência). Se caracterizam por mecanismos de perturbação da consciência e alteração da cognição. Suas causas mais comuns são:
 - Intoxicação exógena por álcool, drogas ou venenos;
 - Abstinência alcoólica (*delirium tremens*) ou de sedativo-hipnóticos;
 - Doenças cerebrais primárias (TCE, epilepsias, neoplasias, transtornos cérebro vasculares); ou
 - Doenças sistêmicas afetando o cérebro (encefalopatias metabólicas, infecções).
- **As urgências comportamentais**, que abrangem os comportamentos de natureza emergencial de diversos transtornos psiquiátricos, bem como ocasionais disfunções comportamentais graves de pessoas sem diagnóstico aparente:
 - Agitação psicomotora e situação de violência;
 - Prejuízo do comportamento de autopreservação ou autoproteção, incluindo a tentativa ou ideação suicida; ou
 - Prejuízo do comportamento pragmático que ocorre por

transtornos da crítica e da iniciativa pragmática. Devido a um comportamento hipercinético, expansivo e por vezes até inconveniente, o paciente negligencia a preservação e promoção do próprio bem-estar, acarretando desadaptação significativa em relação ao meio⁶ (p. 9).

Agitação psicomotora e agressividade são manifestações psicopatológicas complexas, mas inespecíficas, que podem ser decorrentes de condições clínicas variadas, o que exige o estabelecimento de raciocínio clínico voltado para um diagnóstico diferencial amplo.¹⁰ (p. 597)

Quase sempre o processo de trabalho, numa Central de Regulação das Urgências, se inicia no atendimento telefônico. É a porta de entrada ao usuário mais visitada dentro da Rede de Urgência e Emergência, responsável pelos atendimentos de urgência e solicitações de transferência interunidades de pacientes graves. É esse atendimento que dá ao solicitante a sua primeira impressão sobre a qualidade do serviço.

Sabemos que, nesse momento, as primeiras palavras ditas sempre são as mais fiéis ao que está ocorrendo. A importância do trabalho ético, humano e atencioso dessa porta de entrada é inquestionável e o profissional Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM) tem um ponto central na qualidade das informações colhidas e repassadas ao Médico Regulador (MR).

O processo de regulação das solicitações tem três momentos distintos: (i) com o usuário, (ii) com a equipe de saúde em atendimento e (iii) com a equipe de saúde do destino final do paciente.

Esse primeiro momento consiste em duas etapas, com sete passos a serem percorridos no total:

- Primeira Etapa (TARM):
 1. Acolhimento do chamado;
 2. Identificação do solicitante e do paciente;
 3. Identificação e localização da urgência; e
 4. Identificação preliminar dos 3 “S” da Regulação.

- Segunda Etapa (MR):
 5. Anamnese dirigida;
 6. Estabelecimento do grau de urgência (prioridade clínica);
 7. Decisão e resposta.

Na Cartilha de Trabalho do TARM (Volume 1) já abordamos os primeiros “cinco passos” e na Cartilha de Trabalho da Regulação Médica já detalhamos a Segunda Etapa da Regulação Médica. A anamnese dirigida deve ser capaz de suprir a regulação médica do maior número possível de informações.

1. O ACOLHIMENTO DO CHAMADO EM SAÚDE MENTAL

Mais do que nunca, o TARM aqui deve zelar pela escuta qualificada, atenciosa e comprometida com a solicitação. Deve ter atenção, principalmente, para que os passos protocolares previstos sejam cumpridos com humanização (Protocolo de Acolhimento Telefônico – RM1) e empatia ao sofrimento de quem está ligando: acolhimento do chamado, com identificação preliminar dos 3 “S” e coleta do endereço com seus pontos de referência.

O TARM nunca deve:

- Exaltar-se com o solicitante ou com o paciente;
- Induzir respostas do solicitante;
- Utilizar termos técnicos e informações/perguntas desnecessárias, não previstas nos protocolos do serviço.

2. IDENTIFICAÇÃO PRELIMINAR DOS 3 “S” DA REGULAÇÃO

Em saúde mental, existem critérios especiais para cada um dos 3 “S” da Regulação. Desde o primeiro passo de recepção do chamado, onde se inicia o acolhimento ao solicitante por meio de uma escuta qualificada de sua história, o TARM deve estar atento ao reconhecimento de quaisquer um dos 3 “S” da Regulação já mencionados:

- **Síndromes de “Forte Valência Social”**, onde o valor social é muito elevado: “paciente psicótico causando grande comoção social”. O “grande sofrimento socioambiental” pode ser uma urgência médica

mesmo que a gravidade do paciente seja nula, nos casos em que existe grande comoção social no evento;

- **Síndromes de “Etiologia Potencialmente Grave”**, que são os casos com alto risco de autoagressão ou heteroagressão, mecanismo de trauma significativo e história de overdose; e
- **Síndromes de “Semiologia Potencialmente Grave”**, como a síndrome de abstinência alcoólica grave[‡], a síndrome neuroléptica maligna[§], a catatonia^{**} ou outras queixas apresentadas via telefone: “Eu o encontrei desmaiado”, “Está roxo”, “Não está respirando”, “Não está se mexendo” etc.).

3. ANAMNESE DIRIGIDA NA REGULAÇÃO

Em geral, é de extrema importância investigar alguns fatos nessa fase de anamnese:

- O que está acontecendo, onde está ocorrendo e em que circunstâncias?
- O paciente está acompanhado por algum familiar?
- É um fato crônico que piorou ou é um fato novo e imprevisto?
- Desenvolveu-se de forma insidiosa ou rápida?
- Já tem diagnóstico psiquiátrico ou clínico-sistêmico prévio?
- Houve consumo de drogas ou álcool, trauma craniano ou algo mais?
- O paciente está de posse de algo que possa servir como arma?

Não reconhecida nenhuma dos 3 “S” da Regulação (nos protocolos RM1 e RM2), ao TARM é autorizado revisar questões ainda não feitas ao solicitante (ou que ele não informou espontaneamente) e as efetua de acordo com o “apelido” escolhido para a ocorrência no sistema de regulação. Esse “apelido” aponta para as

[‡] Sudorese, taquicardia, tremores grosseiros nas mãos, alucinações, agitação psicomotora e até convulsão que surge em até 3 dias de abstinência do álcool.

[§] Rigidez muscular grave, hipertermia e pelo menos dois dos seguintes sintomas, consequência da intoxicação por antipsicóticos: sudorese, disfaça, tremor, incontinência, alterações do nível de consciência, mutismo, taquicardia e pressão arterial elevada.

^{**} Perturbação acentuada da função motora marcada pela rigidez e imobilidade contínua, presente na esquizofrenia, ou hipertermia, ansiedade intensa, comportamento destrutivo e psicose, presente na intoxicação por chumbo (catatonia letal).

questões específicas constantes no Protocolo RM3 – Abordagem por Queixas. Em saúde mental, o SAMUFor tem cinco protocolos específicos de regulação, com sua abordagem por queixas presente no Protocolo RM3:

- **Agitação e Situação de Violência** (Protocolo RC4), voltado para os casos de agitação psicomotora e comportamento heteroagressivo;
- **Autoagressão e Tentativa de Suicídio** (Protocolo RC5), voltado para os casos de prejuízo do comportamento de autopreservação ou autoproteção;
- **Crise em Saúde Mental** (Protocolo RC9), como um protocolo geral com aspectos voltados para os casos de prejuízo do comportamento pragmático;
- **Intoxicação ou Abstinência Alcoólica** (Protocolo RC19), voltado especificamente para os casos de dependência de álcool; e
- **Overdose e envenenamentos** (Protocolo RT5), voltado para os demais casos de dependência química ou envenenamentos.

4. ESTABELECIMENTO DO GRAU DE URGÊNCIA DO CHAMADO

No SAMUFor, em cada protocolo há uma sequência de aspectos a serem considerados em ordem sequencial onde, ao primeiro positivo, já se tem uma noção do grau de urgência e a noção sobre qual decisão médica deve ser considerada^{††}:

1. **Agitação e Situação de Violência** (Protocolo RC4):
 - Considerar o envio de Unidade de Suporte Avançado (USA) / Unidade de Suporte Intermediário (USI) se houver:
 - i. História de *overdose* ou envenenamento com perda de consciência;
 - ii. Comportamento heteroagressivo;
 - iii. Alto risco de agredir outros;
 - iv. Alto risco de autoagressão (ideação suicida);
 - Considerar o envio de Unidade de Suporte Intermediário (USI) / Unidade de Suporte Básico (USB) se houver:
 - v. Agitação psicomotora intensa (hipercinese);

^{††} Veja o significado dos sinais e sintomas adiante, na Tabela de Discriminadores Específicos.

- vi. Comportamento ameaçador;
 - vii. Risco moderado de autoagressão (passado de autoagressão);
 - viii. História psiquiátrica importante;
 - ix. Comportamento conturbador;
 - x. Inquietação psicomotora (acatisia);
 - o Realizar orientação médica se nenhum item acima existir:
 - xi. Comportamento hostil;
 - xii. Expansividade;
 - xiii. Outras queixas;
 - xiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio;
- 2. Autoagressão e Tentativa de Suicídio (Protocolo RC5):**
- o Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Hemorragia exanguinante;
 - ii. Dispneia aguda;
 - iii. Hemorragia maior incontrolável;
 - iv. Alteração súbita da consciência;
 - v. Mecanismo de trauma significativo;
 - vi. Alto risco de autoagressão (ideação suicida) ou de nova autoagressão;
 - o Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vii. Dor intensa;
 - viii. Hemorragia menor incontrolável;
 - ix. Risco moderado de nova autoagressão (passado de autoagressão);
 - x. História psiquiátrica importante;
 - xi. História discordante;
 - xii. Distúrbio de coagulação;
 - xiii. Agitação psicomotora intensa (hipercinese);
 - o Realizar orientação médica se nenhum item acima existir:
 - xiv. Comportamento negligente ou autopreservação parcial;
 - xv. Outras queixas;
 - xvi. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio;
- 3. Crise em Saúde Mental (Protocolo RC9):**
- o Considerar o envio de USA/USI se houver:

- i. Necessidade de apoio à USB para contenção química nas seguintes situações:
 - Comportamento heteroagressivo;
 - Alto risco de agredir outros;
 - Alto risco de autoagressão (ideação suicida);
 - Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - ii. História psiquiátrica importante;
 - iii. Jejum há mais de três dias
 - iv. Risco moderado de autoagressão ou heteroagressão;
 - v. Comportamento conturbador;
 - vi. Inquietação psicomotora (acatisia);
 - vii. Prejuízo grave da crítica e da iniciativa pragmática;
 - Realizar orientação médica se nenhum item acima existir:
 - viii. Outras queixas;
 - ix. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio;
- 4. **Intoxicação ou Abstinência Alcoólica (Protocolo RC19):**
 - Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Alteração da consciência não totalmente atribuível ao álcool;
 - ii. Criança não reativa;
 - iii. Convulsionando;
 - iv. Déficit neurológico agudo;
 - v. Hipoglicemia;
 - vi. História inadequada;
 - vii. Hipotermia;
 - viii. Síndrome de abstinência alcoólica grave;
 - Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - ix. Alteração do nível da consciência totalmente atribuível ao álcool;
 - x. Déficit neurológico novo
 - xi. História de trauma craniano;
 - xii. História de inconsciência;
 - xiii. História discordante;
 - Realizar orientação médica se nenhum item acima existir:
 - xiv. Outras queixas;
 - xv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por

transporte próprio;

5. **Overdose e envenenamentos (Protocolo RT5):**

- Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Alteração súbita da consciência;
 - ii. Criança não reativa;
 - iii. Convulsionando;
 - iv. Sialorreia e sudorese fria;
 - v. Substância de mortalidade alta;
 - vi. Necessidade de apoio à USB para contenção química nas seguintes situações:
 - Comportamento heteroagressivo;
 - Alto risco de agredir outros;
 - Alto risco de autoagressão (ideação suicida);
- Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vii. Risco de nova autoagressão;
 - viii. Risco de hipoglicemia;
 - ix. Substância de mortalidade moderada;
 - x. História psiquiátrica importante;
 - xi. História de inconsciência;
 - xii. Agitação ou inquietação psicomotora;
 - xiii. História discordante;
- Realizar orientação médica se nenhum item acima existir:
 - xiv. Outras queixas;
 - xv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

5. DECISÃO E RESPOSTA

De acordo com o estabelecimento do nível de gravidade, uma resposta deverá ser emitida, que pode considerar o envio de uma USA e/ou USI e/ou USB ou apenas uma orientação médica, de acordo com o nível de gravidade avaliado por telemedicina, pela Regulação Médica. Essa decisão deve levar em conta também o diagnóstico situacional da frota disponível no momento no SAMUFor.

O enfermeiro radioperador deve municiar as equipes do SAMUFor, ao passar o caso, de todas as informações colhidas pela Regulação Médica, para que

haja tempo hábil de um planejamento prévio da abordagem pelas equipes. Isso inclui, principalmente:

- O que está acontecendo e em que circunstâncias?
- O paciente está acompanhado por algum familiar?
- Como esse comportamento evoluiu ou se instalou?
- O que se sabe sobre os antecedentes de saúde do paciente até o momento?
- Houve algum agente precipitante reconhecível?
- O paciente está de posse de algo que possa servir como arma?

Nas urgências em saúde mental, sendo consideradas urgências clínicas, o tempo ideal de deslocamento das ambulâncias, até a chegada ao destino, é o mesmo para qualquer outra urgência clínica conforme Protocolo RM4 (Tempo Resposta e Respostas ao Solicitante).

Nível	Cor	Ambulância	Tempo-resposta recomendado
Urgência de Prioridade Máxima	VERMELHO	USA, USI (ou USB) e Motolância	até 10 minutos
Urgência de Alta Prioridade	AMARELO	USB (ou USI) e/ou Motolância	até 30 minutos
Urgência de Baixa Prioridade	VERDE	Orientação Médica	* até 60 minutos
Urgência de Prioridade Mínima	AZUL	Orientação Médica	-

* Envio de USB em casos de valência social

5.1 A Crise em Saúde Mental

O comportamento humano integra fatores biopsicossociais que são interligados e interdependentes: o medo de perder o emprego pode levar alguém a ter um infarto do miocárdio ou, ao inverso, uma pessoa infartada pode entrar em depressão pela perda da capacidade de trabalhar ou de satisfazer sexualmente seu cônjuge.

O viver é um constante se deparar com eventos estressantes, tensões, incômodos e estímulos difíceis, perigosos ou desafiadores, conhecidos como estressores desencadeantes. Uma crise em saúde mental é uma perturbação causada pela ameaça ou pela presença de estressores desencadeantes levando a um crescente na intensidade da ansiedade do indivíduo.

Muitas reações, diante de uma crise, são consideradas naturais e podem variar entre manifestações físicas, cognitivas, comportamentais e emocionais. Elas manifestam-se no período após a ocorrência de um incidente crítico, dependendo da forma como a pessoa o percebe (ameaça, relevância e importância).⁵ (p. 28)

As seguintes manifestações, após uma crise em saúde mental, podem aparecer nas primeiras 48 horas e em até quatro semanas⁵ (p. 29). A seguir uma lista de possíveis sinais e sintomas que podem ocorrer perante ou após um evento traumático¹¹ (p. 31):

- **Manifestações físicas:** variações excessivas da pressão arterial, taquicardia, dificuldade respiratória, fadiga, insônia, hiperalerta, náuseas, sede, alteração do apetite, arrepios, suores e vulnerabilidade a doenças.
- **Manifestações cognitivas:** atenção dispersa, dificuldade de concentração, dificuldade de tomada de decisão, diminuição da capacidade funcional, descrença, negação, alteração da memória, confusão, distorção, pensamentos intrusivos, preocupação excessiva e dissociação.
- **Manifestações comportamentais:** comportamentos de luta, fuga ou “congelamento-imobilização”, obediência automática, alienação, abandono de atividades, desconfiança, problemas nas relações interpessoais, conflito, agitação e abuso de substâncias.
- **Manifestações emocionais:** choque emocional, humor depressivo, ansiedade ou pânico, culpa, raiva, medo, desespero, irritabilidade, embotamento afetivo (distanciamento), sentimento de luto/pesar e insegurança exacerbada.

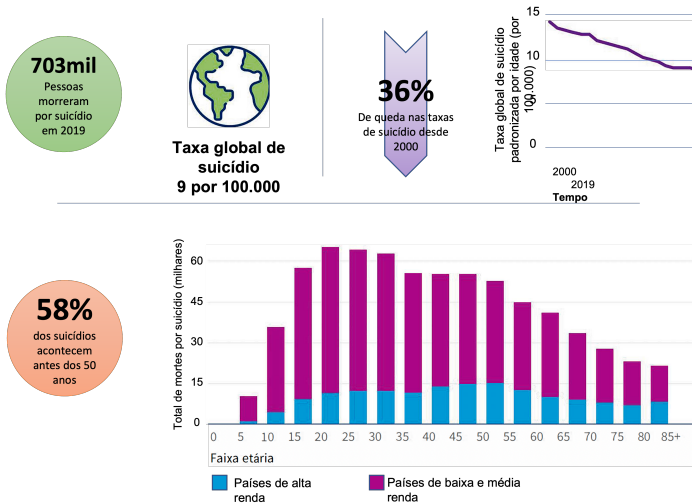
A intervenção em crises visa fazer com que o indivíduo retorne, no mínimo, a um nível de funcionamento psíquico anterior à crise. Reconhecida pela OPAS e OMS, os Primeiros Socorros Psicossociais (PSP) consistem do auxílio prestado por qualquer pessoa treinada ao paciente em crise, visando dar conforto e reduzir o sofrimento psíquico durante ou imediatamente após o incidente crítico, “*potenciando os recursos internos, normais, da pessoa afetada*”¹¹ (p. 11).

Não sendo exclusividade de médico, enfermeiro ou psicólogo, os PSP podem ser feitos por qualquer pessoa treinada. Assim, todos podem e devem ser

capazes de compreender os eventos que possivelmente estão ameaçando o paciente (física ou psicologicamente) e servindo de disparador ou incidente crítico. As equipes do SAMUFor devem ser capazes de, no local da crise, avaliar a segurança, oferecer apoio visando minimizar o sofrimento e suprir necessidades básicas ao paciente, escutar e confortar as pessoas para acalmá-las, iniciar tratamento e dar encaminhamento apropriado às unidades de saúde ou serviços de suporte social de referência.

5.2 O comportamento suicida

O comportamento suicida é um grave problema de saúde pública que vem aumentando vertiginosamente e com extremo impacto social: “para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas”¹²⁻¹⁴. Em 1999, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deu início a uma campanha mundial de prevenção ao suicídio, devido ao crescimento das taxas de suicídio no mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde vem trabalhando numa Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio desde 2006 e, há alguns anos, iniciou a campanha do “Setembro Amarelo” de prevenção do suicídio.



Fonte: Adaptado do Relatório Global de Saúde Mental da OMS de 2022¹⁵

No mundo, mais de uma em cada 100 mortes se dão por suicídio. Para cada morte por suicídio, existem 20 tentativas¹⁵. É uma das principais causas de morte entre os jovens, sendo o sexo feminino mais propenso a tentar suicídio, embora

moram o dobro de homens. Nos países de alta renda, a proporção homem-mulher para morte por suicídio é ainda maior, em três homens para cada mulher. Em 2019, foi a terceira principal causa de morte em mulheres de 15 a 29 anos; e a quarta por causa da morte em homens nessa faixa etária. As taxas de suicídio em pessoas com mais de 70 anos são mais do que o dobro das pessoas em idade de trabalho.

No Ceará, “as mortes por suicídio representaram 6,9% (n=5.874) dos óbitos por Causas Externas. Houve um aumento de 3,8% (n=21) no número de óbitos, ao comparar os anos de 2011 e 2020”¹⁶ (p. 5), mas ainda com uma taxa de 6,3 óbitos por 100 mil habitantes, abaixo da média mundial de 9 por 100 mil. Examinando-se por região, em 2020 o Sertão Central apresentou a maior taxa (12 óbitos por 100 mil), 80% dessas mortes sendo em homens e 80,1% por enforcamento:

Ao detalhar o cenário por Área Descentralizada de Saúde (ADS) de cada Superintendência Regional (SR), as taxas de mortalidade por suicídio mais elevadas foram nas ADS Tauá (13,0 óbitos por 100 mil habitantes) e ADS Quixadá (12,2 óbitos por 100 mil habitantes), localizadas na SR Sertão Central; ADS Brejo Santo (13,9 óbitos por 100 mil habitantes) e ADS Juazeiro do Norte (11,4 óbitos por 100 mil habitantes), localizadas na SR Cariri; ADS Tianguá (13,1 óbitos por 100 mil habitantes) e ADS Acaraú (11,2 óbitos por 100 mil habitantes), na SR Norte.¹⁶ (p. 13)

As pessoas expressam o pensamento suicida de várias formas, por pensamentos de morte, intensão e ideação suicida até que se possa construir um plano suicida e fazer uma tentativa. O desejo de morrer e o de viver confundem-se, pois na realidade o que se quer é “matar o sofrimento e a dor”. Em muitos casos o ocorre o suicídio oculto, sem que nunca se saibam que realmente o que houve (afogamento, intoxicações, acidentes de carros ou mortes por causas desconhecidas⁵). O Ministério da Saúde⁵ catalogou fatores de risco e de proteção para o suicídio, que são reproduzidos abaixo:

- **Fatores de Risco**

- **Fatores sociodemográficos:** sexo masculino; adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos; viúvo, divorciado e solteiro (principalmente entre homens); orientação homossexual ou bissexual; crenças (ateus, protestantes tradicionais, católicos, judeus) e grupos étnicos

minoritários;

- Condições de saúde limitada: doenças crônicas incapacitantes; dor crônica; trauma medular; tumores malignos; AIDS;
 - Transtornos mentais: depressão, transtorno afetivo bipolar, abuso/dependência de álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos de personalidade (especialmente borderline); comorbidade psiquiátrica (ocorrência de mais de um transtorno mental ao mesmo tempo); ideação ou plano suicida; tentativa de suicídio pregressa; história familiar de suicídio;
 - Fatores psicossociais: abuso físico ou sexual; perda ou separação dos pais na infância; instabilidade familiar; ausência de apoio social; isolamento social; perda afetiva recente; acontecimentos estressantes; datas importantes (reuniões familiares, perdas, aniversários, eventos marcantes ou traumáticos); desemprego; aposentadoria; violência doméstica; acesso a meios letais;
 - Aspectos psicológicos: desamparo; ansiedade intensa; vergonha, humilhação (*bullying*); baixa autoestima; desesperança; traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor, perfeccionismo; rigidez cognitiva.
- **Fatores de Proteção**
 - Fatores socioculturais: integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos); adesão a valores e normas socialmente compartilhados; prática de uma religião; práticas coletivas (esportes, atividades culturais e artísticas); rede social que oferece apoio prático e emocional; emprego; disponibilidade e acesso a serviços de saúde mental;
 - Personalidade e estilo cognitivo: flexibilidade cognitiva; disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes; disposição para buscar ajuda; abertura para experiência de outrem; habilidade para comunicar-se; capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade; habilidade para solucionar problemas da vida;
 - Estrutura familiar: bom relacionamento interpessoal; senso de responsabilidade em relação à família; presença de crianças pequenas em casa; pais atenciosos e presentes; apoio da família em

situações de necessidade;

- Outros: gravidez, puerpério; boa qualidade de vida; regularidade do sono; boa relação terapêutica.

A depender dos fatores de proteção e de risco presentes, pode-se optar por manter a pessoa em casa, com apoio social e familiar, além de vigilância 24 horas por dia e remoção de meios que possam servir para a execução de uma tentativa. Outra opção é a realização do transporte da pessoa para uma unidade de saúde. Os fatores de proteção necessitam ser considerados e abordados na avaliação, porque são capazes de frear a ideação de suicídio. São os recursos individuais ou sociais que fazem o indivíduo repensar a ideia e manter a ambivalência (família, amizades sólidas, profissão, sonhos para o futuro).⁵ (p. 93)

É importante o bom manejo e controle da crise suicida, saber lidar com a ambivalência, impulsividade e pensamento restrito à dor e sofrimento para a obtenção de um bom desfecho. Não se deve temer a abordagem do tema da morte ou suicídio, mas o diálogo sobre o tema pode ser desestabilizador, dependendo da forma como se o aborda. Recomenda-se, por exemplo “*não utilizar a expressão ‘cometeu suicídio’ uma vez que a expressão remete a um crime, sugere-se utilizar a expressão ‘morreu por suicídio’*”¹⁷ (p. 18). Da mesma forma não falar “de suicídio”, mas sim “sobre suicídio”. O Ministério da Saúde lembra que¹⁷ (p. 17-18):

- O efeito “Werther” refere-se ao aumento de casos de suicídio após reportagens sensacionalistas ou que mostrem com detalhes o suicídio de alguém. Diversos estudos confirmam que há uma relação entre a divulgação inadequada de suicídios e o aumento de casos; e
- O efeito “Papageno” refere-se ao contrário, quando reportagens responsáveis podem diminuir o comportamento suicida no público, fornecendo exemplos de outras pessoas, que conseguiram superar crises suicidas, enfatizando alternativas ao ato, educando o público e gerando conscientização. Portanto, a divulgação adequada de informações voltadas para a prevenção é recomendada.

5.3 Habilidades do profissional treinado

Os profissionais treinados devem ser ativos, diretos, resolutivos, ágeis e flexíveis, para colocar em prática ações de resolução de problemas⁵ (p. 32). Devem também ser capazes de acolher a dor do paciente sem julgamentos, observar se a cena está segura, proteger-se e procurar proteger o paciente do evento disparador, a fim de minimizar ou evitar a exposição contínua às ameaças que podem ter dado início à sua crise.

Os protocolos do SAMUFor¹⁸⁻²⁰, baseados nos protocolos nacionais do Ministério da Saúde, exemplificam e direcionam o manejo da crise. O acolhimento é a chave e o caminho para a formação de um vínculo, uma ponte ao diálogo para que se consiga promover um senso de calma, segurança e esperança, e um senso de autossuficiência, autoeficácia e atividade pró-social que facilite a conexão interpessoal²¹.

As principais ferramentas para a estabilização emocional e diminuição do estresse são a escuta ativa e a psicoeducação. Durante a escuta o profissional deve validar e normalizar as reações, sentimentos e emoções do paciente, podendo até parafrasear suas frases e fazer perguntas reflexivas de modo a poder entender a experiência traumática e o seu estado atual.

As estratégias de psicoeducação envolvem⁵ (p. 34):

- Sinalização das necessidades prioritárias que requeiram resolução;
- Informação sobre os procedimentos que serão adotados; e
- Oferecimento de esclarecimentos a respeito dos sintomas e das expressões emocionais que são normais em um episódio crítico, como acontece em uma crise.

A procura por uma forma de fornecer informações e direcionar o caso aos serviços pertinentes depende do vínculo com o paciente e com a sua família (ou amigos próximos). Deve-se tentar envolver o paciente nas tomadas de decisão, de acordo com as prioridades de ações identificadas pelo profissional. Quando difícil ou impossível, deve-se perguntar a ele quem é a sua pessoa de confiança, para que se possa chamá-la.

A todo momento o profissional deve “emprestar sua esperança”, ou seja, transmitir uma visão otimista baseada em possibilidades e oportunidades reais, de forma que a visão desesperançosa da situação se desvaneça, mesmo que parcialmente, mostrando uma possibilidade de que nem tudo está perdido ou sem

solução. Uma boa forma de injetar esperança nos pacientes é lembrando ao paciente que possivelmente ocorreu um adoecimento diante de uma crise e que a mesma está causando aqueles sintomas, mas que se trata de um adoecimento passível de tratamento e controle.

5.4 O Papel da Enfermagem

Há um temor prévio das equipes de saúde, na abordagem e atendimento de pacientes em crise de saúde mental, que se relaciona ao estereótipo desses como indivíduos agressivos, uma vez que é esse o quadro que é mais apresentado pela mídia²² (p. 53). O consenso na literatura é que o aumento no risco de violência envolve história de delinquência ou criminal prévia, abuso de substâncias psicoativas, desajuste familiar ou personalidade antissocial como psicopatia⁵ (p. 65). Mas devemos nos lembrar, também, que esse aumento no risco de violência pode ser motivado por reações pouco empáticas e desorganizadas da equipe de saúde, trazendo sensação de insegurança ao paciente e levando-o a tentativa de defesa.

*Historicamente, no imaginário social tem se consolidado a crença de que as pessoas com transtorno mental são perigosas, agressivas, sem a capacidade de compreender e responder de modo efetivo a uma abordagem verbal ou não verbal. No entanto, a magnitude dessa crença é desproporcional ao número de pessoas que manifestam comportamentos que constituem risco real em situações de exacerbação dos sintomas decorrente do transtorno.*²³ (p. 480)

Mesmo nesses pacientes, a comunicação terapêutica é a abordagem mais importante e efetiva de manejo, quando executada de forma firme e clara, no intuito de tentar acalmar o paciente e estimulá-lo a falar sobre seus sentimentos²³ (p. 480).

A maior parte do trabalho terapêutico é ajudar o paciente a explorar os estressores relevantes, promover seu *insight* (autopercepção de sua condição e da necessidade de ajuda), ligando percepções, pensamentos, sentimentos e ações para ajudá-lo a dominar suas ansiedades²² (p. 57). Isso só será possível se houver um relacionamento terapêutico construído baseado na boa comunicação. As ações de prevenção do comportamento que levam às imobilizações e contenções²³ (p. 480) e o próprio manejo do comportamento agressivo são habilidades importantes para todos os enfermeiros²² (p. 655).

A atitude de atender às necessidades dos enfermos existe desde o início da civilização. A história dos cuidados de enfermagem para a saúde mental baseia-se na premissa de que cuidar da saúde mental é tão importante quanto cuidar da saúde física do paciente. Assim foi surgindo o papel da enfermagem como aquele que *“observa o paciente em busca de alterações pequenas e fugidias, demonstra aceitação, respeito e compreensão diante do paciente e promove seu interesse e participação na realidade”*²² (p.33). Para isso são essenciais uma postura adequada e uma iniciativa e atitude predispostas ao encontro terapêutico.

*O objetivo da enfermagem é a estabilização do paciente; a avaliação da enfermagem concentra-se nos fatores de risco que ameaçam a saúde e o bem-estar do paciente; a intervenção da enfermagem é dirigida para o manejo do ambiente com o fim de oferecer segurança; o resultado dos cuidados de enfermagem é a ausência de danos para o paciente ou outros.*²² (p. 110)

A abordagem da enfermagem em saúde mental se caracteriza por cuidados incondicionais, poucas exigências e antecipação das necessidades dos pacientes, tanto físicas quanto emocionais: fazê-lo recordar e compreender plenamente o que lhe está acontecendo na situação atual. Isso inclui²² (p. 34):

- Lidar com os problemas de atitude, de humor e de interpretação da realidade dos pacientes, ou seja, não punir os pacientes por reações desagradáveis que possam ter, mas ajudá-los a entenderem sobre esse sintoma e suas possíveis repercussões;
 - Lembrar que essas reações não estão direcionadas pessoalmente ao profissional podem ajudá-lo na atitude empática.
- Explorar pensamentos e sentimentos perturbadores e geradores de conflitos;
- Usar os sentimentos positivos do paciente para com ele para propiciar equilíbrio psicofisiológico;
- Aconselhar nas emergências de medo e pânico; e
- Reforçar a parte saudável dos pacientes.

O saber escutar, o saber se comunicar de maneira clara, não mentir, não descartar uma possível esperança e aliviar a dor, e evitar a conspiração do silêncio e

a falsa alegria são habilidades que todo profissional de saúde deve ter²⁴ (p. 237). Em saúde mental, “o tratamento mais efetivo é a intervenção verbal, o profissional deve ter atitude calma, respeitosa e direta, tratando o paciente com honestidade e dignidade”²⁵ (p. 2201).

Violência e comportamento agressivo podem ser difíceis de se prever. Além disso, o comportamento autoritário, desrespeitoso ou agressivo (verbal ou não-verbal) por parte da equipe pode, com frequência, aumentar o sofrimento psíquico do paciente e desencadear um comportamento agressivo. Isso ocorre em equipes destreinadas para o manejo de crises, mas o comportamento agressivo do paciente pode também ser uma tentativa de obter a atenção da equipe ou condicionamento prévio de busca por recompensa.

Em geral os pacientes agressivos estão se defendendo de seu próprio medo, perdendo o autocontrole por conseguinte, ou presos na própria raiva ou confusão mental²² (p. 657), mas é possível avaliar o risco de violência e perceber sinais de violência iminente² (p. 964):

Risco para violência	<ul style="list-style-type: none">• Considerar ideação, desejo, intenção, plano violento, disponibilidade de meios, implementação de plano;• Considerar sexo (masculino), idade (15-24), situação socioeconômica (baixa) e apoios sociais (poucos);• Considerar história anterior de violência, atos antissociais, descontrole impulsivo (psicose, abuso de substâncias, autoagressão e tentativa de suicídio); e• Considerar estressores manifestos (conflito conjugal, perdas reais ou simbólicas etc.).
Sinais de violência iminente	<ul style="list-style-type: none">• Atos recentes de violência (incluindo danos à propriedade);• Portar armas ou objetos que podem ser usados como tal;• Agitação psicomotora progressiva;<ul style="list-style-type: none">○ Andar em círculos e incapacidade de sentar-se quieto;○ Respirar mais rápido;• Ameaças verbais ou físicas;<ul style="list-style-type: none">○ Cerrar os punhos, golpear e cerrar as mandíbulas ou contrair a musculatura facial;○ Ameaças a objetos reais ou imaginários;○ Exigências intrusivas de atenção;• Cessação súbita da atividade motora (catatonia);• Intoxicação por álcool ou outras drogas;• Aspectos paranoides em paciente psicótico, envolvendo o profissional no seu delírio;

	<ul style="list-style-type: none"> • Alucinações auditivas de comando violentas (nem todos os pacientes são de alto risco); • Transtornos da personalidade (raiva, violência ou descontrole impulsivo); • Certos episódios maníacos ou depressivos agitados.
--	---

6. ABORDAGEM DO CASO

Na abordagem da crise pelo SAMUFor, a primeira coisa a ser feita, após a equipe chegar ao local, deve ser avaliar a Segurança de Cena, sua Segurança Pessoal e Biossegurança e a Segurança do Paciente. Nunca abordar inicialmente o paciente. O Ministério da Saúde adotou o método mnemônico ACENA para a abordagem e avaliação inicial em saúde mental:

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 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 drogas , a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão .

Ao se aproximar do local da solicitação (QUS) a equipe deve desligar o sinal sonoro da ambulância e avaliar a cena (ACENA), não perdendo de foco o primeiro dos 3 “S” para a segurança, contido no Protocolo PEI (Segurança de Cena): qual a situação? Para onde a situação pode evoluir? Como controlar a situação?

Em cenários hostis com possibilidade de violência contra a equipe (principalmente com a presença de armas) a equipe deve manter-se afastada em local seguro, chamar familiares para esclarecimentos sobre a situação e informar à Central de Regulação das Urgências de Fortaleza (CRUFor). Se houve evolução para um cenário hostil com a equipe já na cena, considerar saída estratégica diante de ameaça percebida ou potencial, com imediata comunicação à CRUFor.

O desejo de ajudar não deve se sobrepor à própria segurança da equipe. Em cenários hostis, é útil o uso de sinais ou palavras previamente combinadas para situações que exijam saída estratégica. (Protocolo PEI)

O Instituto Federal da Paraíba, na criação de Equipes de Referência em Saúde Mental para seus *campi*, recomendou o mnemônico AEIOU para representar os seguintes passos²⁶ adicionais (p. 1-2):

- **Acolher:** observar os indivíduos que eventualmente precisem de um suporte emocional, mostrando-se disponível ao perceber sinais de sofrimento psíquico ou ao receber solicitações de ajuda.
- **Escutar:** ouvir as queixas apresentadas e expor interesse e compaixão (com a mímica facial e gestos), evitando opiniões e julgamentos.
- **Informar:** dividir conhecimentos básicos acerca dos principais transtornos mentais e comunicar que existem profissionais especializados e tratamentos específicos.
- **Orientar:** compartilhar possibilidades de acompanhamento e tratamento, fazendo uma busca conjunta das opções de encaminhamento de acordo com a situação.
- **Unir:** entrar em contato pessoal ou telefônico com o serviço que receberá o indivíduo com sofrimento mental; se for o caso, também será prudente avisar aos familiares (urgência ou interesse da pessoa).

O Ministério da Saúde, em setembro de 2021, passou a oferecer um Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental em parceria com o Núcleo de Saúde Mental do SAMU do Distrito Federal (NUSAM/SAMU/DF), que já desenvolve essas capacitações desde 2016. Nesse curso apresentou-se o “Circuito dos Cuidados Psicossociais”, um novo mnemônico AEIOU com passos semelhantes, mas mais direcionados ao atendimento pré-hospitalar à crise em saúde mental:

- **Acolhimento** – é transversal durante todo o atendimento. É o oferecer apoio e cuidado prático não invasivo, o ajudar o paciente a se sentir calmo. É o momento de construção de vínculo: apresentar-se, olhar nos olhos, tratar o paciente pelo nome com uma postura calma, empática e acolhedora e, se possível, tocá-lo (medir os sinais vitais por exemplo);

- **Escuta ativa** – compreender as necessidades e preocupações, validando seus sentimentos e deixando-o falar sem pressionar: respeitar suas pausas (reequilíbrio e reordenamento do pensamento, alívio de tensões). Não completar frase, mas estimular a pessoa a concluir seu pensamento. É nesse momento que as possíveis resoluções à crise surgem na própria fala do paciente.
- **Identificação fatores de risco e proteção** – biológicos (ex. doenças concomitantes), familiares, sociais (amigos, trabalho, serviços públicos, instituições religiosas etc.), psicológicos, contextuais etc., que somados podem auxiliar o indivíduo na resolução da crise ou não, tornando mais complicado o manejo:
 - Fatores de risco – o que desencadeou a crise; qual o incidente crítico ameaçador? Nunca devem ser avaliados isoladamente;
 - Fatores de proteção – o que pode auxiliar o sujeito na superação dessa vulnerabilidade?
- **Orientações e encaminhamentos** – não dê conselhos e evite emitir opinião pessoal. Evite que o paciente vire entrevistador focando o assunto nele oferecendo possibilidades de (re)organização e recursos necessários para o enfrentamento da crise. Aqui cabem as estratégias de psicoeducação já citadas. Pergunte como o paciente deseja resolver o problema e o ajude na busca de informações, serviços e suportes sociais.
- **Ultimação** – é o momento de resumir os fatos e as resoluções encontradas, lembrar os acordos feitos e, se possível, solicitar para que o paciente e/ou sua rede de suporte repita as orientações. É fundamental proteger as pessoas de danos adicionais e que se transmita uma perspectiva positiva e realista do contexto.

Como passear por todos esses conceitos, numa abordagem de paciente com sofrimento mental? Entra aqui o conceito de “comunicação terapêutica”.

6.1 A Comunicação Terapêutica

Antes de qualquer abordagem do paciente, a família deve ser contatada para esclarecimentos prévios sobre o caso, favorecendo que aquela abordagem seja a mais tranquila e segura possível: conhecer a situação e riscos inerentes ao paciente e ao local onde ele se encontra. Essa conversa também deve deixar claro, quando indicado, que a imobilização será procedimento de exceção, utilizada em último caso, quando for considerada como único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e/ou aos demais. Em casos de extremo risco,

considerar a cena insegura e solicitar apoio à Central de Regulação, aguardando orientação médica.

Deve-se esclarecer à família que, estando a cena segura, a abordagem inicial será a comunicação terapêutica, com vistas à tranquilização do paciente e sua livre aceitação de condução à unidade de saúde de referência, se necessário. Apesar de ser um instrumento de trabalho reconhecido, pouco se tem estudado sobre a comunicação terapêutica no âmbito da saúde mental, álcool e outras drogas²⁴ (p. 234).

Estima-se que cerca de 7% do significado sejam transmitidos pelas palavras, 38% por indicadores para linguísticos, como a voz, e 55% por sugestões corporais. A comunicação não-verbal com frequência tem motivos inconscientes e pode indicar com maior precisão o que uma pessoa quer dizer do que as palavras que estão sendo ditas. As pessoas tendem a verbalizar o que acham que o ouvinte deseja escutar, enquanto mensagens menos aceitáveis ou mais honestas podem ser comunicadas simultaneamente, pela via não verbal.²² (p. 58)

Qualquer comunicação sempre ocorre em dois níveis: o verbal e o não-verbal. Enquanto aquela ocorre através da palavra falada ou escrita, essa última abrange todos os cinco sentidos. Além de ter participação mínima na comunicação, a **linguagem verbal** tem outras limitações:

- É um meio pouco eficaz para transmitir sentimentos, estados emocionais e pensamentos; e
- As palavras podem ter conotações diferentes, significados implícitos diferentes, dependendo da cultura e meio social em que se está imerso e das próprias experiências individuais.

Já a **linguagem não-verbal** pode ser dividida em cinco categorias:

- Comunicação por sugestões paralinguísticas, que são i) as qualidades não-verbais da fala: tom, volume, intensidade, velocidade e ritmo da fala; e ii) os sons não-verbais: risadas, pigarro, sons de hesitação (“ummm”, “ééé”) e tosse nervosa;
- Comunicação por ações, que incluem a postura, a expressão facial, gestos, maneirismos e reflexos automáticos;

- Comunicação por objetos, que dizem respeito ao uso de objetos por quem fala;
- Comunicação pela ocupação de zonas de espaço interpessoal[‡]:
 - Espaço público (acima de 3,5 metros), que é o utilizado em palestras e discursos;
 - Espaço social (entre 2,5 e 3,5 metros), espaço de interação social não pessoal;
 - Espaço pessoal (0,5 a 1,5 metros), espaço de interação pessoal onde a pessoa já pode ser vista com mais detalhes e também já pode ser tocada;
 - Espaço íntimo (abaixo de meio metro), onde a possibilidade do contato proporciona uma maior estimulação entre as pessoas.
- O contato físico, a mais pessoal das mensagens não-verbais.

Adentrar pelo espaço interpessoal e fazer contato físico pode ser um reforço da comunicação, mas deve ser permitido pelo outro, pois senão torna-se uma invasão não autorizada podendo gerar mais medo e/ou mais raiva. Por outro lado, a semelhança de estatura física e a postura corporal oblíqua ao outro podem facilitar a comunicação, por serem menos ameaçadoras do que uma confrontação face-a-face por um membro da equipe de maior envergadura que o paciente.

Toda a linguagem do paciente, verbal e não-verbal, deve ser alvo da atenção da equipe, que a todo tempo deve confirmar seu significado e importância com o paciente: *“se as palavras e o tom de voz do enfermeiro indicam uma verdadeira tentativa de esclarecimento ou validação, geralmente não ocorre uma reação defensiva”*²² (p. 59).

As estratégias de comunicação terapêutica podem ser classificadas em grupos de expressão, de clarificação e de validação^{2,24,27}:

- **Técnicas de expressão:** usar terapêuticamente o silêncio e a escuta; verbalizar interesse, dúvidas e aceitação; ser assertivo (dizer não a pedidos irracionais, expressar apreço quando for o caso); permitir ao paciente que escolha o assunto, colocar em foco a ideia principal e

[‡] Originalmente, as distâncias são referenciadas em polegadas e pés: acima de 12 pés, entre 12 e 9 pés, entre 4 pés e 18 polegadas e abaixo de 18 polegadas são as quatro zonas de espaço com importância interpessoal na América do Norte²² (p. 58).

- mantê-lo nesse foco, pedindo que ele o detalhe; estimular expressão de sentimentos subjacentes; e usar terapêuticamente o humor;
- **Técnicas de clarificação:** tentar colocar em palavras as ideias ou pensamentos vagos do paciente; descrever os eventos relatados em sequência lógica; solicitar ao paciente que esclareça termos comuns ou que dê maior precisão ao seu pensamento, sentimento ou emoção. O objetivo não é ficar completando as frases no intuito de agilizar a abordagem. Isso desfaz o esforço de tornar o paciente autônomo na relação com o profissional e no seu atendimento;
 - **Técnicas de validação:** reflexão do conteúdo ou troca de percepções, é uma técnica recíproca pois o paciente valida a compreensão do enfermeiro e vice-versa. Pode ser feita por meio do parafrasear ou acentuar as palavras ditas pelo paciente, fazendo-o perceber que foi compreendido e, também, pelo pedir ao paciente para repetir o que foi dito ou sumarizar o conteúdo da interação. Por exemplo: *“vou falar o que entendi da sua história, mas preciso que me corrija se eu não tiver entendido bem... a melhor forma de ajudar o/a senhor/a é entendendo muito bem o que está acontecendo”*.

Uma comunicação adequada, centrada na pessoa e no seu contexto, deve ser considerada como um dever ético e uma responsabilidade de qualquer profissional de saúde que trabalhe em contato direto com pessoas, de forma a garantir que os cuidados prestados para além da competência técnica, também tenham uma competência relacional e humana.²⁷ (p. 8)

Além de procurar garantir a segurança do paciente e da equipe (ACENA), outros aspectos devem ser considerados para a eficácia da comunicação terapêutica, que são a observação e a busca pelo vínculo com o paciente. O protocolo PEO – Comunicação Terapêutica no APH, sumariza bem como proceder. Requer determinadas competências do profissional, como a capacidade de escuta, disponibilidade e aceitação, com a empatia e assertividade desempenhando um papel central²⁷ (p. 7). Stuart & Laraia descrevem essas estratégias de comunicação:

Falar com o paciente em tom calmo e baixo pode ajudar a diminuir sua agitação. [...] É importante que os enfermeiros não respondam levantando a voz [...] porque isso provavelmente será percebido como uma competição. [...] É importante que o enfermeiro comunique o comportamento esperado de um modo que incentive o paciente a manter o controle de quaisquer impulsos violentos. [...] Uma postura calma e tranquila, que não ameace o paciente, é muito menos intimidante que uma postura na qual as mãos são colocadas nos quadris [...]. Cruzar os braços no peito é uma outra postura que comunica distância emocional e relutância em ajudar. As mãos do enfermeiro devem ser mantidas abertas e fora dos bolsos. [...] O enfermeiro deve assumir uma [...] distância mínima de 1 metro do paciente [...] em um ângulo oblíquo ao paciente e respeitar a sua necessidade por seu espaço pessoal. [...] pessoas propensas à violência precisam de quatro vezes mais espaço pessoal.²² (p.666)

Embora a atribuição de comunicação terapêutica seja do profissional de enfermagem, é o paciente quem define a quem, quando e como vai se vincular e, por vezes, esse vínculo de faz por associação do profissional da equipe a alguém conhecido. Por isso toda a equipe deve estar pronta para mediar, (re)iniciando uma comunicação terapêutica.

O profissional se aproxima de forma tranquila garantindo que seja visto pelo paciente, mas cuidando de sua própria segurança; se identifica (nome e função) e pergunta como pode ajudar, de forma respeitosa e acolhedora, na tentativa de tranquilizar o paciente. Os protocolos AC38, AC39 e AC40 (no caso de suporte avançado de vida) e BC28, BC29 e BC30 (no caso de suporte básico de vida) descrevem esse manejo da crise em saúde mental.

São sinais de sucesso no vínculo o olhar interessado e a tranquilização do paciente e/ou de seus acompanhantes. Mesmo que o primeiro contato do profissional tenha sido com o acompanhante, para avaliação mínima da cena, caso ele permaneça na cena durante a abordagem verbal, o profissional deve ordenar as escutas dando prioridade à escuta do paciente e explicando que poderá ouvir o acompanhante em segundo momento. É relativamente comum o paciente ter reações de raiva/frustração/introspecção quando se dá mais atenção ao acompanhante; é ferir sua autonomia mais uma vez.

O profissional mediador deve ter ciência dos limites da comunicação terapêutica e estar atento aos seguintes agravos: estresse da equipe e/ou do ambiente, tempo excessivo na comunicação terapêutica e piora clínica do paciente. Nesses casos deve considerar a possibilidade de ser substituído por outro membro da equipe. Deve estar atento também a possíveis comportamentos inadequados do paciente e/ou seus acompanhantes que podem prejudicar os 3 “S” da segurança no APH e motivar uma mudança rápida de postura.

O manejo de um paciente agitado ou violento deve ser planejado e executado em três níveis distintos de complexidade: 1) controle de fatores ambientais e operacionais do próprio serviço que podem aumentar o risco de agitação ou violência; 2) antecipação e diagnóstico precoce de risco de agitação e violência, com intervenção rápida que impeça a escalada do comportamento violento; e 3) intervenção adequada, no caso de comportamento agitado ou violento já instituído.¹⁰ (p. 598)

O fracasso em obter sintonia leva ao fracasso da comunicação com o paciente. Em situações de agressão iminente, deve-se buscar apoio e proximidade de outras pessoas na mediação, de modo a transmitir a mensagem de superioridade numérica e de força. Nessa situação, pode ser necessária a suspensão da comunicação terapêutica e a solicitação de apoio à Central de Regulação, aguardando orientação médica.

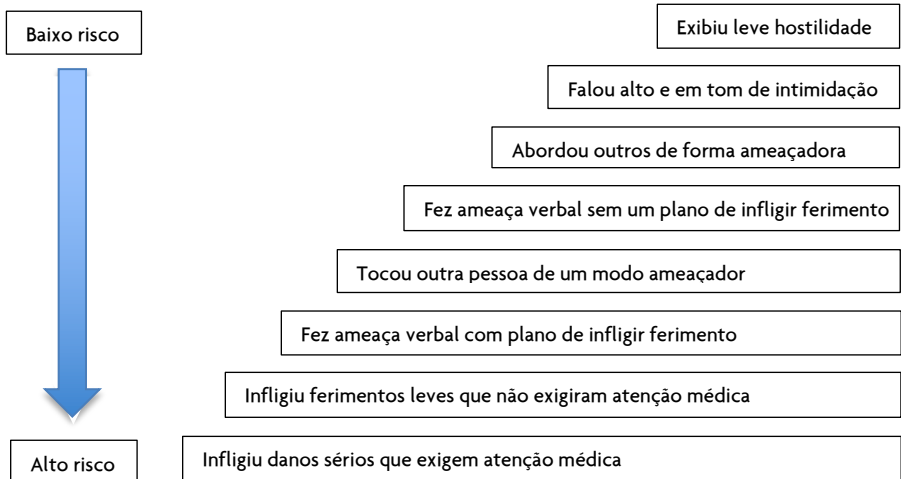
A decisão de imobilização e contenção física é ato médico⁵⁵ e deve ter sempre finalidade terapêutica. Já os esforços que visam a intervenção precoce de forma a evitar a progressão do quadro de inquietação à agitação e, no extremo, à agressividade, tem no profissional de enfermagem seu destaque e papel principal. Isso não exime o também importante papel do médico nessa abordagem preventiva: “o segredo para cuidar de um paciente é ter consideração com ele”² (p. 15).

⁵⁵ A Resolução CFM nº 1598/2000 (D.O.U, 18 de agosto de 2000, Seção I, p.63), em seu Art. 11, diz que um “paciente em tratamento em estabelecimento psiquiátrico só deve ser submetido à contenção física por prescrição médica, devendo ser diretamente acompanhado, por um auxiliar do corpo de enfermagem durante todo o tempo que estiver contido”.

Nunca é demais enfatizar as seguintes estratégias, que podem ajudar a prevenir comportamentos agressivos: apresente uma aparência tranquila; fale baixo, sem críticas e de um modo não provocador; coloque espaço mínimo de um metro entre você e o paciente; demonstre respeito pelo paciente; evite olhar direta e intensamente para o paciente; demonstre ter controle da situação sem demonstrar autoritarismo; facilite a fala do paciente e escute-o; evite interpretações precoces e não se comprometa com algo que você não pode cumprir²² (p. 667).

Se a pessoa delirar ou sentir-se desconectada do ambiente circundante, esclarecer que fazer contato com o ambiente real e consigo mesma pode ajudar. O paciente em crise pode: pisar e sentir os pés no chão [– grounding]; tocar os dedos ou as mãos no próprio colo; concentrar-se na sua respiração e respirar vagarosamente [aumentando o tempo expiratório]; e procurar algo tranquilizador no ambiente.⁵ (p. 42)

O gráfico abaixo mostra com mais detalhes a hierarquia de comportamentos agressivos e violentos que podem evidenciar o insucesso do vínculo e da comunicação terapêutica:



6.2 Ideação Suicida

Perceber um paciente em risco de suicídio é fundamental para uma abordagem pertinente no intuito de conter a crise suicida. Nessa investigação, não deve haver temos em abordar a temática suicida, devendo-se questionar as reais intenções do paciente e a existência de planos suicidas. O Ministério da Saúde consolidou uma Tabela de Avaliação de Risco de Suicídio, com seus respectivos manejos⁵ (p. 98-102), que reproduziremos a seguir:

Baixo risco	
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos suicidas ocasionais, sem plano definido; • Tentativas não planejadas, próximas a alguém, sem intenção de morrer; • Apoio familiar e social consistente; • Falta de impulsividade; • Boa adesão a tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio emocional; • Trabalhar sobre os sentimentos suicidas; • Focar nos aspectos positivos da pessoa; • Encontrar a pessoa em intervalos regulares até que ela receba tratamento adequado; e • Se não identificar uma condição tratável e/ou a pessoa não melhorar, encaminhá-la para um profissional de saúde mental.
Médio risco	
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos e planos suicidas, embora não sejam de caráter imediato; • Apoio familiar e social pouco consistente; • Presença de transtorno mental; • Tentativa de suicídio prévia; • Disponibilidade para buscar tratamento; • • Não abuso de álcool e outras drogas; • Mínima esperança de mudar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Focar nos sentimentos de ambivalência; • Explorar alternativas ao suicídio; • Propor um “contrato de vida”; • Encaminhar a pessoa a um psiquiatra; e • Entrar em contato com a família, amigos e/ou colegas, reforçar o apoio e orientá-los sobre medidas de prevenção ao suicídio.

Alto risco

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Plano de suicídio definido, de caráter imediato, com meios de execução;• Presença de afetos intoleráveis;• Baixa tolerância a frustrações;• Falta de adesão a tratamento e resistência a busca por ajuda;• Presença de impulsividade;• Falta de apoio social ou familiar ou apoio social ou familiar inconsistente;• Presença de transtorno mental grave;• Alucinações do tipo voz de comando indicando suicídio. | <ul style="list-style-type: none">• Estar junto da pessoa, nunca a deixar sozinha;• Remover meios (comprimidos, facas, armas, venenos);• Fazer um contrato de vida, ganhar tempo;• Informar a família sobre a situação do paciente e entrar em contato com a Central de Regulação das Urgências pelo número 192 solicitando o encaminhamento do paciente a uma unidade de atendimento de emergência em saúde mental; e• Se forem esgotadas todas as tentativas de convencimento do paciente e for percebido um risco de suicídio iminente, uma internação involuntária poderá ser necessária. |
|--|---|

Quando as ações de prevenção ao suicídio e ao manejo da crise suicida não tiverem êxito, caberá ao profissional de saúde as medidas de posvenção, objetivando “auxiliar na resolução do processo de luto, incluindo o desencorajamento de planejamentos ou ideações suicidas” pelos sobreviventes. Aqui, o termo sobrevivente é aplicado aos familiares, amigos e conhecidos da pessoa que morreu por suicídio.

Os sobreviventes poderão encontrar dificuldades para retomar suas vidas após o ocorrido, isolando-se para evitar possíveis julgamentos sociais, além de apresentar vergonha e sensações ambivalentes que os tornam cerca de duas a três vezes mais suscetíveis ao risco de suicídio.²⁸ (p. 86)

6.3 Imobilização e Contenção Física

Já sabemos que a imobilização é procedimento de exceção, utilizada em último caso e após decisão médica quando for considerada o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e/ou aos demais. Então, todo procedimento de imobilização deve ser decidido por médico e a decisão deve ser comunicada via telemedicina, pela CRUFor, ou localmente, quando a equipe de suporte avançado de vida estiver presente.

A imobilização física de pacientes com delirium tremens é arriscada, pois podem se debater em nível perigoso de exaustão. [...] Os pacientes estão confusos, assustados e ansiosos por causa de seus sintomas tumultuosos, e o apoio verbal hábil é imperativo² (p. 438).

Para a efetivação da imobilização e contenção física deve-se levar em consideração fatores ambientais, recursos físicos, técnicos e humanos disponíveis e não somente focar-se no comportamento manifestado pelo paciente²³ (p. 480).

Para esse procedimento, é necessário um número mínimo de cinco profissionais plenamente cientes de suas funções: líder mediador, braço direito, braço esquerdo, perna direita e perna esquerda. Do ponto de vista organizacional, segundo Mantovani¹⁰, esse planejamento inclui o manejo ambiental ou organizacional, o manejo comportamental ou atitudinal, o manejo farmacológico e o manejo físico.

DIRETRIZES PARA O MANEJO AMBIENTAL

1. Ter ciência do conteúdo dos protocolos de manejo do paciente agitado e/ou agressivo;
2. Estar em educação permanente no tema da saúde mental;
3. Ter disponibilidade de equipe de segurança, preferencialmente os bombeiros;
4. Organizar o espaço físico destinado ao atendimento;
5. Privacidade na abordagem;
6. Atenção plena de todos os membros da equipe;
7. Redução dos estímulos externos; e
8. Afastar potenciais fatores desestabilizadores do paciente, que podem ser objetos ou pessoas.

DIRETRIZES PARA O MANEJO ATITUDINAL

1. Evitar movimentos bruscos;
2. Olhar diretamente para o paciente;
3. Manter alguma distância física;
4. Evitar fazer anotações;
5. Apresentar-se e apresentar os outros membros da equipe;
6. Falar firme e pausadamente;
7. Colocar limites de maneira objetiva e acolhedora
8. Fazer perguntas claras e diretas;
9. Não fazer barganhas, mas não perder a flexibilidade nas decisões;
10. Não fazer ameaças, provocações, confrontações ou humilhações;
11. Estimular o paciente a expressar seus sentimentos; e
12. Assegurar ao paciente que você pretende ajudá-lo a controlar seus impulsos.

DIRETRIZES PARA O MANEJO FARMACOLÓGICO

1. Avaliar clinicamente a intensidade da agitação ou agressividade;
2. Sempre iniciar o manejo da situação pela comunicação terapêutica;
3. Registrar em prontuário a justificativa clínica para a escolha da droga;
 - Se paciente estiver cooperativo, mas com risco de agitação, considerar administração oral de benzodiazepínico (Diazepam 10mg), se disponível;
 - Se paciente não cooperativo, agitado ou com risco iminente de fuga ou violência, considerar os seguintes casos: Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM.
 - Se história de convulsão prévia, ou suspeição de intoxicação por psicoestimulantes, evitar antipsicóticos (Haloperidol, Clorpromazina), pois diminuem limiar convulsivo. Preferir a administração de benzodiazepínico EV (Diazepam 10mg EV não diluído e lento ou Midazolam 5 a 10mg IM) após contenção física
 - Em pacientes em *delirium tremens*, deve-se realizar logo Diazepam 10mg (oral ou EV de acordo com as possibilidades) ou Midazolam 5-10 mg IM e iniciar monitorização de sinais vitais o mais breve possível (frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura tendem a se apresentar aumentados).
 - Em casos especiais:

- Idosos e gestantes: Haloperidol 2,5 a 5mg IM (evitar Prometazina);
 - Crianças começar com 2,5mg de Haloperidol e 25mg de Prometazina;
 - Transtornos psiquiátricos primários: Haloperidol 2,5 a 5mg IM e/ou Midazolam 5 a 7,5mg IM.
4. Reavaliar continuamente o paciente para a necessidade de medicação adicional. Se necessário, repetir a mesma dose da droga (ou combinação de drogas) já utilizada;
 5. Monitorizar continuamente os sinais vitais.

DIRETRIZES PARA O MANEJO FÍSICO

1. Entende-se por imobilização a contenção manual transitória que precede à contenção física;
2. Entende-se por contenção física a fixação do paciente à prancha longa por meio de faixas, geralmente aplicadas nos membros superiores e inferiores e tirantes no tórax, abdome e coxas;
3. A contenção física deve ser utilizada somente em casos de iminente agitação psicomotora, auto ou heteroagressão, ou após quedas e ferimentos em pacientes com rebaixamento do sensório;
4. Deve-se estabelecer um plano específico para o procedimento, contando com no mínimo cinco pessoas;
5. Preferencialmente, um médico deve estar presente fisicamente durante todo o procedimento. Na sua impossibilidade, deve-se utilizar a telemedicina;
6. O paciente deve ser informado continuamente dos passos do procedimento e do porquê de ele estar sendo realizado;
7. A contenção física deve ser mantida pelo menos até a chegada na unidade de saúde de referência para o caso, garantidos o conforto e a segurança do paciente. Deve-se verificar os sinais vitais, a qualidade da perfusão distal, ocorrência de hiperextensão de membros, compressão de tórax e de plexo braquial;
8. Registrar os sinais vitais e intercorrências no prontuário médico.

Os detalhes do procedimento de contenção física estão contidos no Protocolo AP42 (no caso de suporte avançado de vida) e BP27 (no caso de suporte básico de vida). Na outra página diagramas de contenção demonstram a quantidade de profissionais comparados ao grau de dificuldade da contenção.

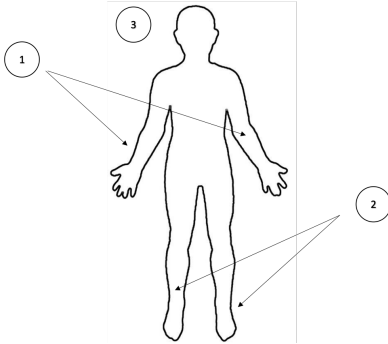


**SAMU
192**
REGIONAL FORTALEZA

RUA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELANDIA
FONE: (085) 3452.9149 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
secretarianep@samu.fortaleza.ce.gov.br

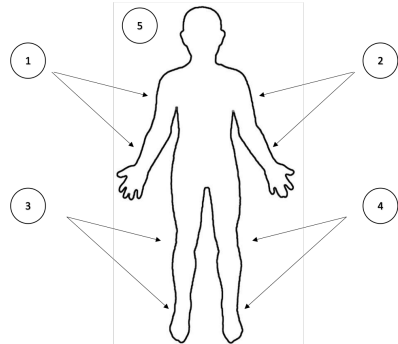
DIAGRAMAS DE CONTENÇÃO

Diagrama 1: baixo nível de dificuldade



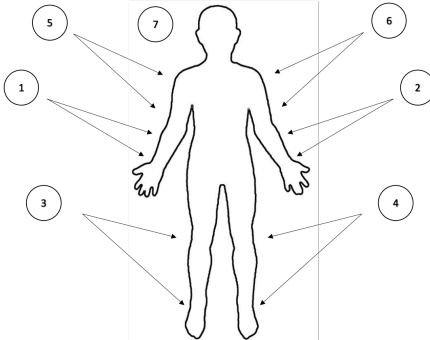
Pessoas desvitalizadas, idosos e indivíduos de baixo peso (40 kg ou menos, incluindo crianças)

Diagrama 2: moderado nível de dificuldade



Pessoas eutróficas

Diagrama 3: alto nível de dificuldade



Pessoas de porte atlético ou em segunda tentativa de imobilização

Diagrama 4: alto nível de dificuldade

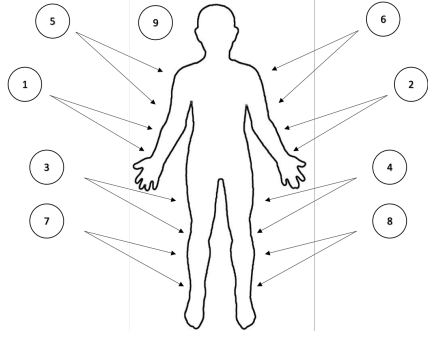




TABELA DE DISCRIMINADORES ESPECÍFICOS

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Documentos Preliminares

- **Agitação psicomotora:** pacientes que estão física e/ou emocionalmente muito perturbados, com atividade motora e cognitiva excessiva, em grande parte improdutiva e decorrente de tensões internas. Há impossibilidade de prestar atenção quando abordado, permanecer sentado ou em repouso mesmo quando solicitado;
- **Alteração da consciência não totalmente atribuível ao álcool:** paciente não totalmente alerta com história de ingestão alcoólica, mas há alguma dúvida de outras causas de diminuição do nível de consciência;
- **Alteração da consciência totalmente atribuível ao álcool:** paciente não totalmente alerta com história clara de ingestão alcoólica, quando outras causas de alteração mental foram excluídas;
- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Autopreservação parcial:** solicita ou admite que precisa de auxílio e colabora para a promoção da própria segurança, desde que haja amparo disponível;
- **Comportamento ameaçador:** expressa raiva, indignação ou ultraje e faz ameaças verbais ou por gestos. Pode ter agredido recentemente;
- **Comportamento conturbador:** comportamento, que pode ou não ser ameaçador, mas que afeta o bom andamento do dia-a-dia de onde o paciente se encontra;
- **Comportamento heteroagressivo:** agride outras pessoas ou lança objetos na direção de pessoas ou coisas;
- **Comportamento hostil:** irritabilidade perceptível, porém colaborativo na ausência de estressores; usualmente retraído e expressando irritabilidade apenas se inquirido ou estimulado;
- **Comportamento negligente:** ideação de morte, ignorar deliberadamente riscos ou se omitir de atitudes essenciais para a segurança, mesmo sem intenção declarada de autoagressão;
- **Convulsionando:** pacientes que estão movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial;

- **Criança não reativa:** criança que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar;
- **Distúrbio de coagulação:** distúrbio de coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica;
- **Dor intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor intensa, mas suportável;
- **Envenenamento de alta mortalidade:** alta potência de o veneno causar dano. Conhecimento regional pode ajudar a identificar o animal peçonhento, mas interconsulta com o CIATox (3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária. Na dúvida, defina como alto risco;
- **Envenenamento de moderada mortalidade:** moderada potência de o veneno causar dano. Conhecimento regional pode ajudar a identificar o animal peçonhento, mas interconsulta com o CIATox (3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária;
- **Expansividade:** comportamento desinibido e fala loquaz, mas com capacidade preservada de perceber espontaneamente a necessidade de se conter;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não for contida;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;

- **Hipoglicemia:** glicemia < 55 mg/dl;
- **História de inconsciência:** deve haver testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente;
- **História de overdose ou envenenamento:** esta informação pode vir de outros ou pode ser deduzida na presença de caixas de remédios vazias. Interconsulta com o CIATox (3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária;
- **História de trauma craniano:** história de trauma físico envolvendo a cabeça. Geralmente isso será relatado pelo solicitante ou próprio paciente.
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **História inadequada:** se não está clara e inequívoca a história de ingestão aguda de álcool e, se trauma craniano, ingestão de drogas, comorbidades, etc. não podem ser definitivamente excluídos;
- **História psiquiátrica importante:** história de evento ou doença psiquiátrica significativa;
- **Inquietação psicomotora:** hiperatividade ou fala ininterrupta responsivas à solicitação para interrompê-las, ou acatisia (sentimento subjetivo de tensão muscular que faz com que o paciente fique inquieto, caminhe, se sente e se levante repetidamente);
- **Mecanismo de trauma significativo** como:
 - história de mergulho em águas rasas;
 - trauma penetrante (facada ou tiro);
 - trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade \geq 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Mortalidade:** é o potencial de uma substância ingerida causar doença grave ou morte. Interconsulta com o CIATox (3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária para se estabelecer o risco de lesão ou morte. Na dúvida considere alto risco;
- **Prejuízo da capacidade crítica e da iniciativa pragmática:** a capacidade crítica serve para avaliarmos o grau de eficiência e adequação de nossos atos em relação aos nossos propósitos e as expectativas dos que nos cercam, e corrigir os comportamentos inadequados, desnecessários ou

excessivos. A iniciativa pragmática inclui atitudes importantes para a sobrevivência, como os cuidados pessoais, a hidratação, a nutrição e a capacidade de lidar de forma segura com o ambiente.

- Prejuízo grave: não é capaz de autocuidados ou de interagir com o meio, mesmo se orientado;
 - Prejuízo moderado: executa autocuidados e tarefas apenas sob orientação contínua de cuidador;
 - Prejuízo leve: executa autocuidados e tarefas nas depende de supervisão intermitente;
- **Pulso anormal:** se medido, bradicardia (abaixo de 60 por minuto), taquicardia (acima de 100 por minuto) ou ritmo irregular. Em crianças, bradicardia e taquicardia variam conforme a idade;
 - **Risco de agredir outros:** a presença de risco potencial de dano a outros pode ser avaliada perguntando-se ao solicitante sobre a postura do paciente (tensa ou com punhos cerrados), o padrão de discurso (alto, com palavras ameaçadoras) e o comportamento psicomotor (inquietação, irrequieto). Em caso de dúvida, considerar alto risco:
 - Alto risco: deve ser presumido se armas e vítimas potenciais estão por perto ou se houve perda do autocontrole;
 - Moderado risco: deve ser presumido se há qualquer indício de potencial agressão a alguém;
 - **Risco de (nova) autoagressão:** uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Em caso de dúvida, considerar alto risco:
 - Alto risco: se houver passado importante de autoagressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal finalidade;
 - Moderado risco: se houver passado importante de autoagressão, mas não está tentando se machucar nem tentando ir embora para tal finalidade, embora manifeste esse desejo.
 - **Síndrome de abstinência alcoólica grave:**
 - Biológico: agitação psicomotora intensa; sudorese profusa; convulsão; tremor grosseiro em membros superiores, alteração do equilíbrio, cefaleia, náusea ou vômitos, hipertermia, taquicardia, hipertensão;
 - Psicológico: desorientação temporoespacial; história de violência auto ou heterodirigida; pensamento descontínuo, rápido e de

conteúdo desagradável e delirante; alucinações auditivas, tãteis ou visuais.

- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto.



**SAMU
192**
REGIONAL FORTALEZA

RUA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELANDIA
FONE: (085) 3452.9149 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
secretarianep@samu.fortaleza.ce.gov.br

PEO – COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO APH

Protocolos SAMUFor
Protocolos Especiais^{18,19}
SUPORTE DE VIDA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Em todas as abordagens de pacientes por equipes do SAMUFor.

Conduta:

1. Para todos os pacientes:
 - Tentar formar um vínculo com o paciente:
 - Somente um integrante da equipe faz o vínculo;
 - Apresente-se (nome, serviço e função) e deixe claro porque está ali;
 - Converse de forma respeitosa e gentil cuidando para que seu tom de voz seja acolhedor e confortador para o paciente e para seus acompanhantes;
 - Posicione-se no ambiente de forma segura;
 - Jamais:
 - Mentir, prometer ou seduzir;
 - Chamar por nomes jocosos.;
 - Ser agressivo ou ríspido;
 - Ameaçar ou desafiar o paciente ou seus acompanhantes;
 - Diga ao paciente que ele está mentindo;
 - Olhar para o paciente!
 - Demonstre com o olhar que está interessado por sua situação, mas evite encarar o paciente prolongadamente para que isso não seja interpretado como ameaça;
 - Esteja atento à comunicação não-verbal do paciente e de seus acompanhantes;
 - Manter um canal de comunicação aberto;
 - Demonstre que está se importando com o sofrimento e com as necessidades do paciente e/ou de seus acompanhantes;
 - Ouvir atentamente, prezando por uma escuta qualificada!

- Tentar controlar a própria comunicação não-verbal;
 - Focalizar e centrar o assunto no paciente;
 - Não aborde problemas administrativos ou técnicos na frente do paciente;
 - Esclarecer ao paciente e seus acompanhantes qual o procedimento que será executado a cada instante;
 - Esteja seguro de que o paciente e/ou seus acompanhantes entenderam sua comunicação;
2. Em específico, para pacientes psiquiátricos:
- Respeitar pausas silenciosas no discurso do paciente;
 - Jamais tome o partido da família e proteja o direito de fala do paciente, dando-lhe o direito de ter suas queixas escutadas;
 - Não completar frases para o paciente;
 - Repetir, resumir e relacionar ideias para o paciente;
 - Ajudar o paciente a encontrar soluções;
 - Não dê conselhos ou opiniões pessoais;
 - Pergunte como ele deseja resolver o problema;
 - Detectar conteúdos enfáticos e conteúdos vazios;
 - Esteja atento para palavras ou assuntos repetitivos
 - Verificar o conteúdo de fantasia que o paciente expressa;
 - Perceber e atuar frente à tentativa do paciente em nos testar, desafiar e manipular;
 - Jamais:
 - Faça brincadeiras ou estimule a fantasia;
 - Ajudar o paciente a vir para a realidade;
 - Imponha limites, se e quando for necessário;
 - Tem finalidade terapêutica e não preventiva ou pessoal;
 - Deixe claro que reconhece a tentativa de intimidação, repita a sua função no atendimento e que não vai atendê-lo ou ceder à intimidação;
 - A postura do profissional pode ser suficiente;
 - Mostre a inadequação do comportamento;
 - Deixe claras as regras e limitações do atendimento;

- Jamais:
 - Ameace ou desafie;
 - Atenda a pedidos que comprometam o atendimento e/ou a segurança;
 - Negocie trocas;
 - Faça contestações aos discursos ilógicos e delírios do paciente;
- Se necessário, restrinja o espaço e os estímulos do ambiente (inclusive familiares);
- Se necessário, outro profissional deve tentar o vínculo;
- Se necessário, suspenda o atendimento.

OBSERVAÇÕES:

- Considerar os 3 “S” (Protocolos PE1, PE2, PE3), com especial atenção para a segurança do paciente;
 - É o paciente quem definirá a quem, quando e como vai se vincular, principalmente em casos psiquiátricos;
 - Por vezes o vínculo de faz por associação do profissional da equipe a alguém conhecido;
 - São sinais de sucesso no vínculo: olhar interessado e tranquilização do paciente e/ou de seus acompanhantes;
 - Esteja atento para comportamentos inadequados do paciente e/ou seus acompanhantes, que podem prejudicar os 3 ”S” da segurança no APH;
- Transmitimos muitas informações por gestos, posturas ou mímica facial:

GESTOS	POSTURA	MÍMICA
Medo	Negação	Espanto
Ansiedade	Desprezo	Susto
Preocupação	Repulsa	Medo



**SAMU
192**
REGIONAL FORTALEZA

RUA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELANDIA
FONE: (085) 3452.9149 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
secretarianep@samu.fortaleza.ce.gov.br

RC4 – AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação²⁰
Regulação em Clínica Médica

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Paciente com quadro de hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade e verborreia ou em uma atitude hostil (física e/ou verbal), ameaçadora ou em franca agressão. Irritabilidade exacerbada, medo e estresse são sentimentos que podem estar na base dessas situações.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - É acompanhado em algum serviço de saúde?
 - Sabe o nome da doença e/ou medicação?
 - Usou drogas ou álcool?
 - Está agressivo?
 - Está agitado?
 - Tentou ou está falando em se matar?
 - Perdeu os sentidos?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
2. Considerar o envio de USA se houver:
 - i. História de *overdose* ou envenenamento com perda de consciência;
 - ii. Comportamento heteroagressivo;
 - iii. Alto risco de agredir outros;
 - iv. Alto risco de autoagressão (ideação suicida);
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - v. Agitação psicomotora intensa (hipercinese);
 - vi. Comportamento ameaçador;
 - vii. Risco moderado de autoagressão (passado de autoagressão);
 - viii. História psiquiátrica importante;
 - ix. Comportamento conturbador;
 - x. Inquietação psicomotora (acatisia);
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xi. Comportamento hostil;

- xii. Expansividade;
- xiii. Outras queixas;
- xiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

RC5 – AUTOAGRESSÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação²⁰
Regulação em Clínica Médica

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- História de autoagressão ou tentativa de suicídio prévia;
- Paciente em condição de intenso sofrimento, que se manifesta por meio de desejo, impulso, ideação ou planejamento de atos autolesivos comumente direcionados ao objetivo de levar à morte;
- Paciente que apresenta sinais de autonegligência grave;
- Presença de sentimento de desesperança e/ou culpa, conflitos interétnicos ou familiares, rupturas ou alterações significativas no contexto de vida do sujeito, como doença grave ou terminal, perda de um ente querido, perda de poder econômico ou desemprego.
- Cena que envolva uma pessoa em situação de sofrimento, com sinais de desespero, angústia e/ou desesperança, em local de risco elevado que possa levar a lesões graves ou à morte, como pontes altas e viadutos, plataformas de trem/metrolô, vias de tráfego intenso de veículos e mar.

Obs.: os aspectos elencados podem estar presentes em situações de autoagressão e risco de suicídio. No entanto, de forma isolada, esses aspectos não podem ser considerados critérios de inclusão.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Ele faz algum tratamento psiquiátrico?
 - Usou drogas ou álcool?
 - Como estão os braços e pernas (alguma deformidade)?
 - Tem trauma na cabeça?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - Teve desmaio?
 - Como está a fala?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
2. Considerar o envio de USA se houver:
 - i. Hemorragia exanguinante;

- ii. Dispneia aguda;
 - iii. Hemorragia maior incontrolável;
 - iv. Alteração súbita da consciência (convulsão associada ou autointoxicação);
 - v. Mecanismo de trauma significativo;
 - vi. Alto risco de autoagressão (ideação suicida);
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
- vii. Intensa dor física;
 - viii. Hemorragia menor incontrolável;
 - ix. Risco moderado de nova autoagressão (passado de autoagressão);
 - x. História psiquiátrica importante;
 - xi. História discordante;
 - xii. Distúrbio de coagulação;
 - xiii. Agitação psicomotora intensa (hipercinese);
4. Realizar orientação médica se houver:
- xiv. Comportamento negligente ou autopreservação parcial;
 - xv. Outras queixas;
 - xvi. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

RC9 – CRISE EM SAÚDE MENTAL

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Prejuízo do comportamento pragmático que ocorre por transtornos da crítica e da iniciativa pragmática. Essa iniciativa envolve a rotina de comportamentos e atitudes relacionadas com a preservação e promoção do próprio bem-estar:

- Prejuízo grave da crítica: não é capaz de autocuidados ou de interagir com o meio de forma eficiente mesmo se orientado;
- Prejuízo moderado da crítica: executa autocuidados e tarefas apenas sob orientação contínua de cuidador;
- Prejuízo leve da crítica: executa autocuidados e tarefas de forma eficiente, mas depende de supervisão intermitente.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Tem alguma doença mental?
 - Está em uso de alguma droga ou álcool?
 - Está agressivo com outros ou consigo mesmo?
 - Está agitado ou inquieto?
 - Tentou ou está falando em se matar?
 - Está se alimentando?
2. Considerar o envio de USA se houver:
 - i. Necessidade de apoio à USB para contenção química nas seguintes situações:
 - Comportamento heteroagressivo;
 - Alto risco de agredir outros;
 - Alto risco de autoagressão (ideação suicida);
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - ii. História psiquiátrica importante;
 - iii. Jejum há mais de três dias
 - iv. Risco moderado de autoagressão ou heteroagressão;
 - v. Comportamento conturbador.

- vi. Inquietação psicomotora (acatisia);
 - vii. Prejuízo grave da crítica e da iniciativa pragmática;
4. Realizar orientação médica se houver:
- viii. Outras queixas;
 - ix. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

RC19 – INTOXICAÇÃO OU ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação²⁰
Regulação em Clínica Médica

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Uso agudo ou crônico, comprovado ou suspeito de álcool:
 - Odor de álcool no hálito; fala pastosa; alterações do humor, comportamento e do nível de consciência; prejuízo da coordenação motora, da atenção e do julgamento; presença de náuseas e vômitos, ansiedade, irritabilidade, taquicardia, hiper ou hipotensão arterial, alucinações, agitação psicomotora, fraqueza.
 - Todos esses sinais são comuns para a intoxicação e abstinência alcoólica. Os sinais diferenciais para abstinência são: tremores, febre, taquicardia, hipertensão, sudorese profusa, convulsão e delírio.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Tem alguma doença mental?
 - Faz uso de drogas ou álcool?
 - Bateu a cabeça?
 - Está há quanto tempo sem uso de álcool?
 - Perdeu os sentidos?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA se houver:
 - i. Paciente inconsciente em via pública;
 - ii. Convulsionando;
 - iii. Déficit neurológico agudo;
 - iv. História inadequada;
 - v. Hipotermia;
 - vi. Síndrome de abstinência alcoólica grave;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vii. Alteração do nível da consciência não totalmente atribuível ao álcool;
 - viii. Déficit neurológico novo

- ix. História de trauma craniano;
 - x. História de inconsciência;
 - xi. História discordante;
4. Realizar orientação médica de houver:
- xii. Alteração do nível da consciência totalmente atribuível ao álcool;
 - xiii. Outras queixas;
 - xiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

RT5 – OVERDOSE E ENVENENAMENTOS

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação²⁰
Regulação no Trauma

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Quando houver história/informações de uso de drogas como cocaína, crack, anfetaminas (ecstasy), maconha, metanfetamina (cristal) e outras substâncias psicoativas;
- Quando existir uma história inicial de certeza ou suspeita de contato, por qualquer via, com um agente potencialmente intoxicante (organofosforados ou carbamatos / inseticidas ou raticida clandestino);
- Quando atender pacientes em agitação e situação de violência com informações seguras de que não se trata de pacientes com agravo em saúde mental prévio;
- Todo paciente (bebê, criança ou adulto) que apresente um quadro inexplicado, de início súbito, que curse com alteração do nível de consciência, convulsões, alteração hemodinâmica ou respiratória, sem causa claramente definida.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Qual foi a substância e a quantidade?
 - Há quanto tempo ele ingeriu essa substância?
 - Apresentou convulsão?
 - Perdeu os sentidos?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Tem alguma doença mental?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA se houver:
 - i. Alteração súbita da consciência;
 - ii. Convulsionando;
 - iii. Sialorreia e sudorese fria;
 - iv. Substância de mortalidade alta;
 - v. Manutenção do comportamento agressivo apesar da tentativa de comunicação terapêutica;

3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vi. Risco de nova autoagressão;
 - vii. Substância de mortalidade moderada;
 - viii. História psiquiátrica importante;
 - ix. História de inconsciência;
 - x. Agitação ou inquietação psicomotora;
 - xi. História discordante;
4. Realizar orientação médica se nenhum item acima existir:
 - xii. Outras queixas;
 - xiii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

OBSERVAÇÕES:

- A Regulação Médica deve ser informada prontamente sobre qualquer detalhe disponível sobre o agente causador, bem como os sinais e sintomas encontrados, para subsidiar o contato com o **Centro de Assistência Toxicológica de Fortaleza – CIATox – (85) 3255-5050 (emergência)** e 3255-5012 – Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro, Fortaleza – CE; CEP 60.016-061; E-mail: socorroverasijf@yahoo.com.br (Atendimento 24 horas)
- Alternativamente a Regulação Médica pode entrar em contato com o serviço Disque-Intoxicação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (número: 0800.722.6001) para a tomada de decisão e para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino (preferencialmente hospital terciário).

BC28 ou AC38– MANEJO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL

Protocolos SAMUFor
Protocolos Clínicos^{18,19}
SUPORTE DE VIDA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Trata-se fundamentalmente de situações de conflitos e/ou rupturas de vínculos sociais, que envolvem grave sofrimento psíquico para o usuário e/ou seu entorno e geralmente estão atreladas às dificuldades de comunicação, expressão e entendimento entre os envolvidos, que impedem o estabelecimento de consensos, gerando desorganizações na vida cotidiana.
- Alvorço, confusão, medo, choro, tristeza, apatia, insegurança, alterações da percepção da realidade são algumas das expressões que igualmente denotam que algo não vai bem com o sujeito. Tanto aspectos biológicos como relacionais estão envolvidos na gênese desses desequilíbrios.
- Prejuízo do comportamento pragmático que ocorre por transtornos da crítica e da iniciativa pragmática. Essa iniciativa envolve a rotina de comportamentos e atitudes relacionadas com a preservação e promoção do próprio bem-estar.

Conduta

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Definir um mediador, considerando a receptividade do paciente para a comunicação terapêutica (Protocolo PEO).
3. Aproximar-se de forma tranquila (não acionar o sinal sonoro da ambulância), identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda).
4. Disponibilizar-se ao “bom encontro”, ou seja, estar aberto ao contato e trocas de forma respeitosa e acolhedora.
5. Iniciar a comunicação buscando identificar qual a emoção presente na cena (raiva, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação, indiferença). Acolher e ajudar a expressão da emoção, validando-a e procurando estabelecer uma relação de confiança.

6. Iniciar a comunicação mantendo atenção à linguagem verbal e não verbal (gestos, expressões faciais, atitude corporal) da equipe e de todos os sujeitos envolvidos.
7. Identificar situações relacionadas ao contexto da crise/urgência e fatores desencadeantes, como eventos desfavoráveis, estressores cotidianos ou conflitos com outras pessoas. Uma vez identificados, explicitar que reconhece a situação conflituosa, dialogando em busca de outras soluções, mantendo o tom de voz normal, sem tomar partido e promovendo consensos possíveis. Observar que a aproximação ou distanciamento corporal pode contribuir para alívio na cena e relações.
8. Realizar avaliação primária e secundária observando o estado mental (ex.: lucidez, orientação e noção da realidade) e considerando as condições clínicas específicas de cada situação.
9. Dialogar com familiares e pessoas próximas e identificar parentes, amigos ou outros profissionais que possam facilitar o entendimento e manejo da situação.
10. No caso de a pessoa possuir vinculação com outro ponto de atenção da rede, tais como CAPS e UAPS, usar essa informação, dizendo que fará contato com o profissional/serviço de referência e, posteriormente, comunicar o contato à Central de Regulação.
11. Rever as informações passadas pela regulação e coletar dados relacionados às condições de saúde do indivíduo, como antecedentes relevantes (transtorno mental diagnosticado, uso de substâncias psicoativas, crises anteriores, doenças clínicas e tratamentos prévios) e capacidade de autocuidado.
12. Considerar solicitar à Central de Regulação a necessidade de apoio de profissionais da saúde mental e/ou do próprio SAMU. Policiais/bombeiros podem ser acionados em casos que coloquem em risco a segurança da cena.
13. Oferecer e negociar opções de conciliação e formas de lidar com o evento desencadeante, estimulando a tranquilização e melhor resolução da situação.
14. Considerar a importância de acolher os familiares e/ou outras pessoas envolvidas na cena.

15. Considerar o limite da comunicação terapêutica, se presença de agravos da situação (estresse da equipe e/ou do ambiente, piora clínica do paciente e tempo excessivo).
16. Considerar a possibilidade de substituir o mediador.
17. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
 - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
 - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

OBSERVAÇÕES:

- Avaliação **ACENA**:

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 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 drogas , a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão .



RUA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELANDIA
FONE: (085) 3452.9149 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
secretarianep@samu.fortaleza.ce.gov.br

BC29 e AC39 – AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Protocolos SAMUFor
Protocolos Clínicos^{18,19}
SUPORTE DE VIDA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Paciente com quadro de hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade e verborreia ou em uma atitude hostil (física e/ou verbal), ameaçadora ou em franca agressão. Irritabilidade exacerbada, medo e estresse são sentimentos que podem estar na base dessas situações.

Conduta em paciente armado

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Em caso de presença de objetos que podem ser utilizados para hétero ou autoagressão, informar o médico regulador para solicitar apoio da autoridade policial e do SAV (quando disponível).
3. Na presença do apoio tentar negociar com o paciente a entrega/abandono do objeto, exceto na presença de arma de fogo.
4. Na presença de armas de fogo ou nos casos de resistência à entrega/abandono do objeto, a autoridade policial assumirá a mediação.
5. Após o desarme, não havendo SAV disponível, conter fisicamente o paciente (Protocolo BP27) e avaliar a necessidade de acompanhamento policial dentro da ambulância.
 - Havendo SAV disponível:
 - Se paciente estiver cooperativo: benzodiazepínico oral se disponível;
 - Se paciente não cooperativo: Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM;
 - Em longos deslocamentos pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30min.
6. Realizar contato com a Regulação Médica para comunicar a situação clínica atualizada, orientações e definição do encaminhamento.

Conduta em paciente desarmado

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).

2. Abordar a cena conforme protocolo de manejo da crise (Protocolo BC28 ou AC38).
3. Demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar, na tentativa de tranquilizá-lo.
4. Ouvir atentamente o que o paciente tem a dizer, incluindo sua linguagem corporal.
5. Utilizar frases curtas e simples e repetir propostas.
6. Identificar um parente, amigo, ou profissional preferencialmente indicado pelo paciente, que possa oferecer suporte e negociar as necessidades de apoio e as formas de lidar com a situação.
7. Perguntar o que está acontecendo que possa estar causando a agitação, tentando associar o estado de agitação a quatro situações:
 - raiva - hostilidade, fala exaltada, tensão muscular etc.;
 - euforia – hiperatividade, verborreia, ideia de grandeza, insônia etc.;
 - medo – atitude de desconfiança, sensação de ameaça etc.; e
 - confusão mental – desorientação, discurso incoerente etc.
8. Investir na conversa com alguém agitado é uma estratégia potente para a redução da agitação, mesmo não havendo resposta verbal do paciente.
9. Ofertar opções para que o paciente possa escolher, mantendo postura firme e segura para negociar limites, sem desafiá-lo nem o confrontar.
10. Distensionar as situações de raiva, euforia e medo:
 - raiva – explicitar que reconhece a raiva, mas dialogar em busca de outras soluções;
 - euforia – manter o diálogo com atitudes claras, indicando limites e possibilidades, proporcionando um ambiente com poucos estímulos, que favoreça a tranquilização; e
 - medo – explicitar que reconhece o medo, ter atitude protetiva, escuta e fala acolhedoras.
11. Não fazer julgamentos e não prometer algo que não será realizado.
12. No caso de confusão mental (alteração do nível de consciência) considerar Protocolo BC15 ou AC25.

13. Realizar a avaliação primária e secundária do paciente.
 - Elas podem também servir como estratégia para mudar o foco e tranquilizar o paciente.
14. Em situação de agressão iminente, buscar o apoio e aproximação de outras pessoas na mediação, de modo a transmitir a mensagem de superioridade de força.
15. Se USA disponível:
 - Se paciente estiver cooperativo: benzodiazepínico oral se disponível;
 - Se paciente não cooperativo: Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM. Se história de convulsão prévia, ou suspeição de intoxicação por psicoestimulantes, evitar antipsicóticos (Haloperidol, Clorpromazina), pois diminuem limiar convulsivo. Preferir a administração de benzodiazepínico EV (Diazepan 10mg EV não diluído e lento ou Midazolam 5-10mg IM) após contenção física;
 - Em longos deslocamentos pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30min.
16. Persistindo ou superado o estado de agitação e/ou situação de violência, realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada (Protocolo PE21);
 - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
 - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

OBSERVAÇÕES:

- O quadro geralmente está associado a alteração metabólica, intoxicação por uso de álcool e outras drogas, sintomas psicóticos, conflitos e rupturas de vínculos familiares e sociais, que geram elevado grau de ansiedade e envolvem grave sofrimento psíquico para o usuário.
- Lembrar que a comunicação terapêutica é a melhor “ferramenta” para todos.
- Os pacientes envolvidos em situações de violência habitualmente causam emoções intensas. Na maioria das vezes provocam medo, mas também podem provocar raiva na equipe. É importante que os profissionais

prestem atenção nas próprias emoções e nas suas reações em relação ao paciente.

- Avaliação **ACENA**:

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 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 drogas , a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão .

CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)

Sob orientação médica, manobras em SIV podem incluir:

- Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM visando à tranquilização do paciente. Em longos deslocamentos pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30 min.

BC30 e AC40 – AUTOAGRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO

Protocolos SAMUFor
Protocolos Clínicos^{18,19}
SUPORTE DE VIDA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Paciente em condição de intenso sofrimento, que se manifesta por meio de desejo, impulso, ideação ou planejamento de atos autolesivos comumente direcionados ao objetivo de levar à morte;
- Paciente que apresenta sinais de autonegligência grave;
- Presença de sentimento de desesperança e/ou culpa, conflitos inter-étnicos ou familiares, rupturas ou alterações significativas no contexto de vida do sujeito, como doença grave ou terminal, perda de um ente querido, perda de poder econômico ou desemprego.
- Cena que envolva uma pessoa em situação de sofrimento, com sinais de desespero, angústia e/ou desesperança, em local de risco elevado que possa levar a lesões graves ou à morte, como pontes altas e viadutos, plataformas de trem/metrolô, vias de tráfego intenso de veículos e mar.

Obs.: os aspectos elencados podem estar presentes em situações de autoagressão e risco de suicídio. No entanto, de forma isolada, esses aspectos não podem ser considerados critérios de inclusão.

Conduta

ASPECTOS GERAIS

1. Ao se aproximar do local da ocorrência, desligar a sirene e manter apenas os sinais luminosos, sem pisca ou estrobo;
2. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA);
3. Em caso de presença de objetos ou condições que promovam risco de heteroagressão ou autoagressão, informar o médico regulador para que solicite apoio de equipes especializadas e/ou autoridades policiais.

Exemplos:

- Objetos: armas de fogo, armas brancas, vidros quebrados, etc.;
 - Condições: altura (risco de queda), tráfego intenso (risco de atropelamento), água (risco de afogamento), refém etc.;
4. Afastar curiosos, imprensa ou qualquer estímulo que possa contribuir para

- o aumento do estresse na cena;
5. Abordar o paciente conforme os princípios previstos no protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental (BC28 e AC38), considerando, em especial, as seguintes medidas:
- Definir um mediador (preferencialmente um profissional de saúde treinado), considerando a receptividade do paciente em relação à formação de vínculo;
 - Desligar ou baixar o som do rádio comunicador e/ou do celular;
 - Aproximar-se de forma tranquila para ser visto pelo paciente e manter a segurança;
 - Identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda, escuta, apoio);
 - Iniciar a comunicação diretamente com o paciente, preferencialmente garantindo a privacidade do contato e encorajando a expressão de problemas e sentimentos vivenciados;
 - Perguntar o que está acontecendo e demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar o paciente.
 - Fraseologia: *“Gostaria de entender como você está se sentindo”;*
“Posso me aproximar?”; *“Ficarei o tempo que for necessário para ajudar”.*
 - Identificar e legitimar (*“Dá para entender”;* *“É compreensível”;* *“Estou entendendo”*) a emoção presente na cena (raiva, desconfiança, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação, desesperança, indiferença, frustração) e atentar às situações descritas pelo paciente como insuportáveis (*“Não aguento mais”;* *“Sou um peso para os outros”;* *“Eu preferia estar morto”;* *“Estão querendo acabar com a minha vida”*);
 - Estabelecer o ritmo da conversação sem pressa para chegar ao desfecho do atendimento, transmitindo ao paciente a sensação de que ele não está sozinho;
 - Incentivar a mudança de local da conversa para um local mais seguro somente quando avaliar que essa atitude não aumentará o estresse ou a desconfiança do paciente. Exemplos: proponha outro lugar para

- continuarem a conversa que possa trazer mais conforto; ofereça água ou papel e caneta para escrever.
- Se a situação for de risco, pode ser preferível não deixar que o paciente se mova sem ajuda especializada; mantenha o diálogo, negociando para que a pessoa permaneça imóvel, enquanto se articulam estratégias de intervenção (colchão de ar, escada, etc.).
- Identificar eventos atuais, pessoas e outros estressores que possam ter precipitado a crise suicida. Valorizar:
- Histórico de ameaças e tentativas anteriores de autoagressão e/ou suicídio;
 - Histórico psiquiátrico e tratamentos de saúde mental (uso abusivo de substâncias psicoativas, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos como delírios persecutórios e alucinações auditivas de comando);
 - Sinais de intoxicação por álcool, outras drogas, pesticidas e/ou medicamentos;
 - Condições biológicas, psicossociais, situacionais e culturais pertinentes (dolorosas, terminais, recusa do tratamento de doenças, insônia, sensação de isolamento ou solidão, desemprego ou dificuldade financeira, término de relação amorosa, falecimento de ente querido, ausência de perspectivas ou projetos futuros).
- Abordar o tema relativo à autoagressão e/ou ao risco de suicídio demonstrando uma postura de cuidado e, principalmente, evitando adotar uma postura de julgamento ou pressionar o paciente a fornecer detalhes da situação vivenciada.
- Fraseologia: *“Imagino que o tamanho do seu sofrimento (dor) seja tão grande (insuportável) a ponto de já ter desejado morrer”*; *“Os pensamentos ou sonhos com morte têm sido frequentes?”*; *“Ouve vozes ou vê coisas que trazem sensações ruins ou negativas?”*; *“Tem abusado de álcool e drogas?”*; *“Tem alimentado ideias de como morrer?”*; *“Tem alguém com quem você consegue conversar sobre isso?”*.

- Oferecer e negociar formas alternativas de lidar com o evento desencadeante, estimulando a tranquilização e a reflexão sobre outras possibilidades de resolução da situação;
 - Não desafiar a pessoa e não prometer algo que não será realizado.
 - a. Respeite as regras propostas pelo paciente que forem seguras e razoáveis, como não se aproximar em demasia, chamar familiares ou outras pessoas, mudar o negociador etc.;
 - b. Explique o motivo da impossibilidade e/ou informe que você precisará consultar outras pessoas antes de efetivar promessas que não pode cumprir;
 - c. No caso da presença de familiares ou conhecidos, avaliar e negociar com o paciente as condições de afastamento ou permanência de tais pessoas na cena.
 - Manter a concentração na conversa e evitar conversas paralelas com outros membros da equipe;
 - Jamais deixar o paciente sozinho.
6. Durante a comunicação terapêutica e a negociação, são ações importantes que podem ser realizadas pelo mediador ou por outros membros da equipe de atendimento:
- Identificar um familiar, um amigo, uma referência comunitária ou um profissional preferencialmente indicado pelo paciente que possa oferecer suporte e negociar necessidades de apoio e formas de lidar com a situação, bem como fornecer informações que possam ajudar na compreensão dos acontecimentos;
 - Comunicar em voz baixa e com discrição ou por meio de bilhetes entregues ao mediador as informações obtidas junto à família e à comunidade.
7. Avaliar, a partir da comunicação terapêutica, a presença de fatores de risco e fatores de proteção:
- Intenção suicida e/ou de autoagressão (até que ponto o paciente intenciona agir a respeito de seus pensamentos autodestrutivos; sinais de automutilação);
 - Ideação suicida e/ou pensamento de autoagressão (ideia, desejo

- e pensamento voltados para o ato de cometer suicídio);
- Planos suicidas (grau de estruturação/detalhamento, letalidade do método e acesso aos meios para o ato planejado);
 - Nível de impulsividade e autocontrole do paciente, com atenção para a velocidade com que passa da ideia (pensamento) ao ato, a capacidade de reflexão (ponderação) sobre os desejos e pensamentos, e o padrão de respostas (atitudes);
 - Estado mental (lucidez, juízo crítico, orientação e noção da realidade);
 - i. pacientes sob efeito de substâncias psicoativas são mais impulsivos e pacientes psicóticos são mais imprevisíveis. Cuidado e tato ainda mais apurados nas negociações desses casos.
8. Diante do aceite de ajuda por parte do paciente, realizar, assim que possível, a avaliação primária (protocolo BC1 ou AC1) e a avaliação secundária (protocolo BC2 ou AC2), atendendo a sinais de intoxicação exógena e automutilação.
- A fim de preservar a confiança e manter o paciente colaborativo na continuidade da abordagem pré-hospitalar, não utilizar a contenção física antes de esgotar todos os recursos de manejo da crise ou na tentativa de disciplinar, retaliar ou coagir o paciente;
 - Considerar a abordagem medicamentosa, conforme o protocolo AC39, em casos de intensa agitação.
9. Monitore o tempo todo a segurança da cena e mantenha atenção redobrada sobre mudanças de comportamento do paciente, mesmo que ele aparente calma durante a abordagem. Uma comunicação clara sobre a intenção, os objetivos, a ordem dos procedimentos, entre outros esclarecimentos, podem reduzir riscos.
10. Cuidados durante o transporte do paciente na ambulância do SAMUFor:
- Negociar com o paciente ao menos a fixação dos cintos de segurança da maca;
 - Retirar do alcance do paciente quaisquer objetos soltos que fiquem dentro da ambulância;

- Manter à mão uma linha de comunicação com a regulação para solicitar ajuda, se for o caso;
 - Manter atenção à linguagem não verbal (gestos, expressões faciais, atitude corporal) do paciente;
 - Evitar o uso de sirene e manobras muito bruscas durante o trajeto;
 - Evitar novos assuntos dentro da ambulância, pois eles podem incitar reações inesperadas; busque apenas responder solicitações do paciente e reitere a postura de ajuda/apoio. Jamais o deixe sem resposta;
 - Se a pessoa estiver contida, atente para o monitoramento contínuo do nível de consciência, dos sinais vitais, da perfusão sanguínea e dos membros contidos (avaliar a ocorrência de dor, calor, edema, ferimento e garroteamento).
11. Caso o suicídio seja consumado, seguir protocolo específico de trauma;
 12. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada (Protocolo PE21);
 - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/o transporte para a unidade de saúde de destino;
 - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento. Recomenda-se o registro das orientações passadas à família, se houver.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA O CASO DE PACIENTE ARMADO

1. Na presença de apoio especializado ou policial, negociar com o paciente a entrega ou o abandono do objeto;
2. Se a pessoa dispõe de arma de fogo, peça que ela coloque a arma no chão e se afaste. Jamais solicite que ela desarme o artefato. Peça apenas que o coloque no chão. Equipes especializadas se responsabilizarão pelo desarme do objeto;
3. Nos casos de resistência à entrega ou ao abandono do objeto, o apoio especializado e/ou a autoridade policial têm prioridade na mediação.

OBSERVAÇÕES:

- Se na chegada do SAMUFor já existirem outras equipes na cena (p. ex.: polícia militar), reportar-se ao comando para se apresentar como

- recurso e obter detalhes sobre a segurança do evento;
- Uma vez iniciada a comunicação terapêutica com um profissional do SAMUFor, o paciente pode não aceitar a substituição por um outro profissional mais treinado, mas que chegou mais tarde. Nesses casos, o profissional do SAMUFor deve manter a negociação, podendo seguir instruções do negociador mais preparado;
 - Orientar os familiares e a rede de apoio social para procurarem a rede de atenção básica, psicossocial e/ou de assistência social para avaliação e acompanhamento;
 - Perguntar sobre autoagressão NÃO provoca atos de autoagressão nem induz a pessoa ao suicídio. Em geral, reduz a ansiedade associada aos pensamentos ou atos de autoagressão e/ou suicídio, e ajuda a pessoa a se sentir compreendida;
 - Ter cuidado com o toque, pois o paciente pode sentir-se desconfortável e considerar o contato físico uma atitude invasiva, o que pode precipitar o ato suicida (estender a mão é melhor que “pegar”);
 - Levar a sério todas as ameaças de suicídio, mesmo quando pareçam manipuladoras. Não realizar julgamentos nem minimizar o sofrimento baseado na crença de que o paciente quer “chamar atenção” ou de que a situação vivida é banal;
 - Para realizar a avaliação, o profissional deve estar consciente de seus próprios sentimentos (ansiedade, medo, raiva) e não deixar que eles interfiram no manejo da situação;
 - Não acelerar a resolução da situação. Quanto mais paciente e calma for a conversação/negociação, maior o tempo para refletir, o que pode ajudar o paciente a mudar de pensamento;
 - Fatores protetivos (relação familiar, religiosidade, suporte social, projetos de vida, esperança e percepção de que a situação pode melhorar, “há saída”);
 - Cuidado para não aumentar a carga sobre o paciente com perguntas como “você vai deixar seus filhos sozinhos?” ou “você não pensa na dor que pode causar aos seus pais?”. Essas perguntas podem ter a seguinte interpretação: “realmente só tenho obrigações, não tenho com quem contar e estou cansado”.
 - Procure pelos fatores de proteção e apenas converse sobre eles, ajudando o paciente a se lembrar e refletir.
 - Considerar, na avaliação, contextos socioculturais específicos, como os

de populações tradicionais (indígenas, quilombolas e ribeirinhas), buscando apoio de referências das comunidades locais, de equipes de saúde específicas (Estratégia Saúde da Família – ESF quilombolas e ribeirinhas e equipes de saúde indígena) e de intérpretes, caso necessário e possível;

- Definidos os encaminhamentos, cabe ao SAMUFor o transporte do paciente do local de atendimento para a unidade de saúde de referência;
- Considerar que a situação de suspeição ou confirmação de tentativa de suicídio constitui agravo de notificação compulsória obrigatória, conforme legislação vigente, sob responsabilidade dos profissionais de saúde da rede, a ser realizada oportunamente sem prejuízo do acolhimento do paciente, que deve ser a prioridade do atendimento. É fundamental que o SAMU, na impossibilidade de iniciar o registro da notificação, repasse de forma sistemática e organizada as informações coletadas à unidade de saúde referenciada para garantir a continuidade do cuidado e evitar revitimizações;
- O Código Penal não considera crime a tentativa ou o ato de suicídio;
- O artigo Nº 122 do Código Penal considera crime o induzimento, a instigação ou o auxílio a suicídio. Se o suicídio se consuma, a pena é a reclusão de 2 a 6 anos; se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave, a pena é a reclusão de 1 a 3 anos;
- As ações de salvamento são indicadas se o indivíduo está em um ambiente de risco, como uma rua de grande movimento, uma ponte, uma janela, etc. A decisão de efetivação dessas ações deve ser tomada em conjunto com a equipe de resgate, a regulação médica, o negociador e a família. Cabe aos bombeiros a definição do melhor método diante das circunstâncias;
- Os serviços devem considerar a realização de acordos interinstitucionais para a realização de ações de salvamento e resgate, quando necessário.
- Avaliação **ACENA**:

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 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 drogas , a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão .

CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)

Sob orientação médica, manobras em SIV podem incluir:

- Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM visando à tranquilização do paciente. Em longos deslocamentos pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30 min.



BTox2 e ATox3 – INTOXICAÇÃO POR DROGAS DE ABUSO

Protocolos SAMUFor
Intoxicações e Produtos Perigosos
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Quando houver história/informações de uso de drogas como cocaína, crack, anfetaminas (ecstasy), maconha, metanfetamina (cristal) e outras substâncias psicoativas;
- Quando atender pacientes em agitação e situação de violência com informações seguras de que não se trata de pacientes com agravo em saúde mental prévio.

Conduta

1. Avaliar a segurança de cena (Protocolo PE1) e utilizar o método ACENA.
2. Considerar os cenários:

PACIENTE AGITADO MAS CONSCIENTE E COLABORATIVO

- Realizar manejo verbal: aproximar-se de forma tranquila, identificar-se (nome e função), explicar o motivo da aproximação, oferecer ajuda (Protocolo BC28 ou AC38).
- Considerar a administração de benzodiazepínico oral: Diazepam 10 mg via oral;
- Iniciar hidratação venosa: a desidratação em casos de anfetamina deve ser corrigida de forma lenta; cuidado com a vontade do paciente de beber grandes volumes de água; risco de coma/óbito por hiponatremia;
- Se apresentar precordialgia: seguir protocolo de dor torácica não traumática (Protocolo BC12 ou AC17) mas considere que o Diazepam melhora a maioria desses quadros.
- Monitorização com eletrocardiograma (ECG) e ECG 12 derivações se disponível e se não atrasar chegada ao hospital.

PACIENTE AGITADO, DESORIENTADO OU AGRESSIVO

- Realizar contenção química exclusivamente com Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM;
- Em longos deslocamentos pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30min.

- Se história de convulsão prévia, ou suspeição de intoxicação por psicoestimulantes, evitar antipsicóticos (Haloperidol, Clorpromazina), pois diminuem limiar convulsivo. Preferir a administração de benzodiazepínico EV (Diazepam 10mg EV não diluído e lento ou Midazolam 5-10mg IM) após contenção física.

Atenção: O Diazepam só deve ser utilizado EV e não está prescrito para uso IM.

- O Diazepam pode ser repetido caso o paciente não melhore da agitação, com intervalo de 20-30 minutos. Dose média de 30 mg. Pode ser necessária dose maior;
- Verificar glicemia e corrigir se hipoglicêmico, conforme Protocolo AC29 (sempre verificar glicemia e saturação de oxigênio em todos os pacientes agitados ou deprimidos);
 - Atenção para os pacientes dependentes de álcool. Antes de corrigir glicemia neles, é necessário realizar Tiamina 300mg IM para evitar encefalopatia de Werneck.
- Hidratação venosa;
- Monitorização com eletrocardiograma (ECG) e ECG 12 derivações se disponível e se não atrasar chegada ao hospital.

PACIENTE INCONSCIENTE, EM CHOQUE OU PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

- Seguir protocolo específico.

3. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros por meio da Central de Regulação, na suspeita de presença de solvente no ambiente, para retirada do paciente da área de risco.
4. Assim que possível, realizar avaliação secundária (Protocolo BT2 ou AT2) com ênfase para:
 - sinais vitais e exame físico.
 - Valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagem, quantidade) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, vias de exposição).

5. Verificar glicemia e se hipoglicemia seguir protocolo específico (BC19 ou AC29);
6. Administrar O₂ por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 94%;
7. Não provocar vômito, não passar sonda nasogástrica, não administrar nada por via oral (exceto o diazepam), não realizar lavagem gástrica;
8. Manter paciente com cabeceira elevada;
9. Manter acesso venoso pelo potencial de piora do paciente com coma e/ou arritmia;
10. Estar preparado para PCR;
11. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada (Protocolo PE21);
 - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
 - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

OBSERVAÇÕES:

- Hidratação: desidratação em casos de uso de anfetamina deve ser corrigida de forma lenta;
 - **ATENÇÃO:** Paciente em desidratação pode evoluir para rabdomiólise.
 - cuidado com a vontade do paciente de beber grandes volumes de água; risco de coma/óbito por hiponatremia;
- “Mulas” com sinais e sintomas: identificar a situação, avaliar o paciente, proceder conforme a necessidade e transportar;
- A intoxicação por álcool está abordada no Protocolo BTox3 ou ATox4;
- Considerar intoxicações por outras/múltiplas drogas. Drogas de abuso mais frequentes: cocaína, crack, anfetaminas (ecstasy), maconha;
- Na intoxicação por drogas de abuso, são três os cenários a serem considerados:
 - Paciente agitado, mas consciente e colaborativo;
 - Paciente agitado, desorientado, agressivo;
 - Paciente chocado ou em PCR.
- Avaliação **ACENA**:

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 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 drogas , a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Auto-agressão .

BTox 3 e ATox4 – INTOXICAÇÃO OU ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

Protocolos SAMUFor
Intoxicações e Produtos Perigosos
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Odor de álcool no hálito; fala pastosa; alterações do humor, comportamento e do nível de consciência; prejuízo da coordenação motora, da atenção e do julgamento; presença de náuseas e vômitos, ansiedade, irritabilidade, taquicardia, hiper ou hipotensão arterial, alucinações, agitação psicomotora, fraqueza.
- Todos esses sinais são comuns para a intoxicação e abstinência alcoólica. Os sinais diferenciais para abstinência são: tremores, febre, taquicardia, hipertensão, sudorese profusa, convulsão e delírio.

Conduta

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Aproximar-se de forma tranquila (não acionar o sinal sonoro da ambulância), identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda).
3. Realizar a avaliação primária (Protocolo AC1) e tratar conforme encontrado.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2): SAMPLA, glicemia capilar, oximetria e exame físico.
5. Identificar situações relacionadas ao contexto da crise/urgência com familiares e pessoas próximas que possam facilitar o entendimento e manejo da situação.
6. Administrar O₂ por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 94%.
7. Valorizar: concentração de álcool ingerida, via de absorção e histórico psiquiátrico.
8. Não havendo evidência de trauma, manter o paciente em posição de recuperação, devido ao risco de aspiração de secreções.
9. Garantir acesso venoso periférico com solução cristalóide e administrar tiamina 300 mg por via intramuscular, se disponível.
10. Corrigir rapidamente a hipoglicemia se glicemia capilar < 70 mg/dL, com 40 mL de glicose a 50% por via intravenosa (IV).

- a. Atenção para os pacientes dependentes de álcool. Antes de corrigir glicemia neles, é necessário realizar Tiamina 300mg IM para evitar encefalopatia de Werneck
11. Repetir a avaliação da glicemia capilar e repetir a dose de glicose se hipoglicemia persistir.
 12. Manter o paciente aquecido.
 13. Em caso de agitação e/ou situação de violência resistente ao manejo verbal, considerar Protocolo AC39.
 14. Em casos de síndrome de abstinência alcoólica grave, sempre administrar Diazepam 10 mg IV em bolus de 30 em 30 minutos visando sedação leve (dose máxima de 50 mg).
 15. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada (Protocolo PE21);
 - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
 - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

OBSERVAÇÕES:

- **Síndrome de abstinência alcoólica grave:**
 - Biológico: agitação psicomotora intensa; sudorese profusa; convulsão; tremor grosseiro em membros superiores, alteração do equilíbrio, cefaleia, náusea ou vômitos, hipertermia, taquicardia, hipertensão;
 - Psicológico: desorientação temporoespacial; história de violência auto ou heterodirigida; pensamento descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; alucinações auditivas, tãteis ou visuais.
- Avaliação **ACENA:**

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 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 drogas , a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Auto-agressão .

- Atentar para o fato de que uma pessoa agitada e com alteração de comportamento, aparentemente intoxicada, na verdade pode estar abstinente.
- Complicações/agravos clínicos associados podem implicar em risco de morte e, portanto, não devem ser negligenciados.
- Considerar intoxicações por outras drogas (frequente associação).
- Considerar orientar os pacientes não removidos que procurem a rede de atenção básica, psicossocial e/ou de assistência social.



**SAMU
192**
REGIONAL FORTALEZA

RUA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELANDIA
FONE: (085) 3452.9149 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
secretarianep@samu.fortaleza.ce.gov.br

BP27 e AP42 – CONTENÇÃO FÍSICA

Indicação

Sua indicação é restrita às situações em que for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e/ou aos demais, tais como: situações de violência nas quais haja risco iminente de auto ou heteroagressão, intenção de evasão associada ao risco iminente de dano a si ou aos demais, bem como quando haja risco de queda e/ou ferimentos em pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

Conduta:

1. Comunicar aos familiares e/ou responsáveis, registrando o consentimento por escrito.
2. Somente iniciar o procedimento após a chegada do SAV e/ou SIV e/ou SBV e do Corpo de Bombeiros ou alguma instituição policial (quando necessários), de forma que se tenham no mínimo cinco profissionais, necessários para se iniciar a técnica.
3. Planejar o procedimento definindo o coordenador da ação – de preferência, o mediador – e as demais funções de cada membro. Planejar também a frase-chave para o comando de imobilização.
4. Orientar continuamente o paciente sobre o procedimento que está sendo realizado e esclarecer que tal medida tem como objetivo garantir a sua segurança.
5. O procedimento está dividido em duas fases: imobilização (restrição dos movimentos e da locomoção) e contenção mecânica (uso de faixas).
6. Imobilização
 - Realizar o manejo do espaço (equipe em semicírculo ao redor do paciente; coordenador ao centro; evitar se posicionar atrás do paciente).
 - Manter o olhar no paciente.
 - Posicionamento – pés afastados, braços ao longo do corpo, distância de um braço e meio do paciente.

Observações:

- caso o paciente tente se aproximar, o profissional deve estender seu braço na altura do tórax dele, na tentativa de conter a

- aproximação; e
- caso o paciente se torne colaborativo a partir desse momento, solicitar que o paciente se posicione na maca/prancha e que seja acompanhado pela equipe com seus membros superiores seguros. Prosseguir para o item 8 (contenção mecânica).
- Comando – executar a ação após a frase-chave, dita pelo coordenador:
 - lembrar de não mudar o tom de voz na hora da frase-chave; e
 - ter cuidado com a comunicação.
- Execução:
 - profissionais ao lado do paciente devem segurar os membros superiores. Segurar o punho com ambas as mãos e colocar a articulação do cotovelo do paciente abaixo de sua axila prendendo-a sob o seu tórax. Manter o membro do paciente afastado;
 - Uma alternativa menos dolorosa para o paciente é segurar o punho direito com a sua mão esquerda (o mesmo do outro lado), enquanto passa o seu braço direito por debaixo da axila direita do paciente (o mesmo do outro lado), elevando-a.
 - profissionais na linha diagonal devem segurar os membros inferiores. Agachar ao lado do membro do paciente mantendo o joelho mais próximo ao paciente apoiado no chão. Usar o braço mais próximo ao paciente para envolver a região posterior da coxa, posicionando a mão na região patelar. Utilizar outro braço estendido, segurando o tornozelo contra o chão; e
 - coordenador, ao centro, posiciona-se por trás do paciente para segurar a cabeça e o tórax, após a imobilização dos membros. Passar um dos braços por baixo da axila do paciente e fixá-lo na extensão do tórax. Posicionar a palma da mão livre (outro braço) sobre a frente do paciente.
- Elevação – elevação dos membros inferiores e suspensão do paciente.
- Transporte e posicionamento na maca/prancha - com os membros suspensos e seguros, o tórax e a cabeça apoiados no tórax do coordenador, posicionar o paciente sobre a maca/prancha, mantendo a posição anatômica:
 - membros inferiores afastados (fixar joelho e tornozelo); e
 - membros superiores ao longo do tronco, com as palmas das mãos

para cima (fixar punhos).

7. **Contenção mecânica**
 - O coordenador (ou o profissional que apoia cabeça e tórax) é o responsável pela passagem das faixas.
 - Iniciar a passagem da faixa pelo membro com maior risco de o paciente soltar.
 - Membros – passar a faixa por baixo da articulação, com nó na parte anterior. Amarrar a faixa na lateral da maca/prancha e manter a imobilização manual. Nos membros superiores a faixa deve envolver os punhos e nos membros inferiores deve envolver os tornozelos. Evitar hiperextensão dos membros e compressão do plexo braquial.
 - Tórax – última faixa a ser posicionada, na altura dos mamilos nos homens e abaixo das mamas nas mulheres. Amarrar nas laterais da maca/prancha. Não posicionar a faixa sobre o diafragma para não limitar a ventilação. A elevação natural do tronco não deve ultrapassar 30°. Evitar compressão de tórax.
 - Somente suspender a imobilização após reavaliar as fixações e refazê-las quando necessário.
 - Caso o paciente consiga liberar ambos os braços ou ambas as pernas, deve-se contê-los juntos, imediatamente, para, depois de controlada a situação, separá-los e proceder conforme a técnica.
8. Realizar avaliação primária (Protocolo BCI ou AC1) e avaliação secundária (Protocolo BC2 ou AC2).
9. O paciente deve ser mantido sob observação contínua, com registro a cada 15 minutos, durante o período em que permanecer contido:
 - monitorar o seu nível de consciência e sinais vitais;
 - observar pele e perfusão para identificar eventual ocorrência de garroteamentos e lesões locais ou nos membros contidos do paciente.
10. Registrar procedimento realizado no Prontuário de Atendimento;
11. Comunicar a situação clínica atualizada e proceder com as orientações do médico regulador.

OBSERVAÇÕES:

- Avaliação ACENA:

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 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 drogas , a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão .

- A contenção física e mecânica é uma medida de exceção e, dessa forma, deve ser utilizada como ultimo recurso, após todas as tentativas de manejo e tranquilização se mostrarem insuficientes para o controle da situação e sob orientação do médico regulador.
- A faixa deve ser confeccionada em material resistente, lavável e de fácil manuseio, com costura reforçada e largura apropriada (membros 10cm e tórax 20cm). Jamais utilizar lençóis ou ataduras de crepom associada a malha tubular como faixa.
- O profissional, para a sua segurança, deve estar consciente de seus próprios sentimentos (medo, ansiedade, raiva) e limites, porque as pessoas reagem instintivamente à emoção do outro, o que pode desencadear uma reação de tensão crescente. Se não se sentir tranquilo o bastante, solicitar a sua substituição no atendimento.
- Não fazer uso da contenção física com propósito de disciplina, punição e coerção ou por conveniência da equipe de saúde. Jamais aplique “chave de braço”, torção de punho, gravata, técnicas de artes marciais, bem como sentar-se sobre o paciente ou colocar seus joelhos sobre ele na tentativa de imobilizá-lo.
- A contenção mecânica é um procedimento que, se não aplicada com critério e cuidados, pode desencadear complicações clínicas graves, como desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita.
- Deve ser mantida pelo menor tempo possível. Em nenhum caso deverá ser prolongada para além do período estritamente necessário ao seu propósito.
- Priorizar que o procedimento de contenção física seja realizado na presença e com o auxílio do SAV, nas localidades em que houver tal

modalidade de suporte, considerando os riscos de intercorrências clínicas em casos de persistência da agitação enquanto o paciente estiver contido.

- O paciente deverá ser transportado na ambulância do SAMU.



REFERÊNCIAS

1. Borges L da R, Pinho LB de, Lacchini AJB, Schneider JF. Atendimento à crise psíquica no pronto-socorro: visão de profissionais de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 Sep [cited 2019 Apr 13];33(3):27–33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300004&lng=pt&tlng=pt
2. Kaplan, Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9ª. (tradução) CD et al., editor. Porto Alegre: ArtMed; 2007. 1584 p.
3. Demétrio FN, Minatogawa-Chang TM. Transtornos do Humor Bipolar. Psicofármacos. Consulta Rápida. São Luís; 2013. 18 p.
4. Taleb NN. Antifrágil: coisas que se beneficiam com o caos. 15ª Edição. São Paulo: Best Business; 2014. 664 p.
5. Brasil M da S, Brasília G do DF. Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 116 p.
6. Silva AA da, Tonelli HA, Braga MC, Silva SR da, Mendes FM. Atendimento e Manejo de Emergências do Comportamento. Curitiba; 2006.
7. Mateus MD. Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira [Internet]. Instituto de Saúde; 2013 [cited 2019 Apr 13]. 400 p. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/recursos/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf
8. Silva AA da, Souza MWP, Marques ME, Braga MC. Protocolo de Manejo das Urgências Psiquiátricas [Internet]. Curitiba; 2015 [cited 2019 Apr 13]. Available from: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/notas_tecnicas/2018/NotaTecnica_3_anexos/Anexo_C-Protocolo_de_Manejo_das_Urgencias_Psiquiatricas.pdf
9. Lôbo RR, Silva Filho SRB da, Lima NKC, Ferriolli E, Moriguti JC. Delirium. Medicina (B Aires) [Internet]. 2010 [cited 2019 Apr 13];43(3):249–57. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/182/183>
10. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2010;32(II):596–603. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a06.pdf>
11. Brito BA, Arriaga MT, Gouveia SM. Manual Apoio Psicossocial a Migrantes [Internet]. 2015. 44 p. Available from: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Projetos/Agenda_Europeia_Migracoes/Documentos/manual_apoio_psicossocial_a_migrantes.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Internet]. Campinas; 2006 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.cvv.org.br/wp->

13. content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf
Botega NJ, Werlang BSG, Cais CF da S, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. PSICO [Internet]. 2006 [cited 2021 Sep 13];37(3):213–20. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/25531805.pdf>
14. CFM CF de M. Suicídio: Informando apra Prevenir [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina (CFM); 2014 [cited 2021 Sep 13]. 55 p. Available from: <https://www.hsaude.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Prevenção-Suicidio.pdf>
15. WHO-World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming mental health for all [Internet]. World Mental Health Report. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2022 Sep 8]. 296 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
16. Ceará. Secretaria Estadual da Saúde do Governo do Ceará. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico: Mortalidade por Causas Externas [Internet]. Fortaleza; 2021 [cited 2022 Sep 8]. Available from: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim_causas_externas_atualizado_291221.pdf
17. (FIOCRUZ) BM da SFOC. Suicídio na Pandemia COVID-19 [Internet]. Brasília; 2020 [cited 2022 Sep 8]. Available from: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilha_prevencaosuicidio.pdf
18. NEPSAMUFor N de EP do S 192 RF. Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 - Regional Fortaleza: Protocolos de Suporte Básico de Vida [Internet]. Azevedo CRF de, editor. Vol. 3. Fortaleza: Núcleo de Educação Permanente; 2016 [cited 2022 Feb 5]. 566 p. Available from: <https://samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/repositorio-institucional/download/2-normas-de-conduta-tecnica-e-gestora/85-protocolos-de-suporte-basico-de-vida-samufor>
19. NEPSAMUFor N de EP do S 192 RF. Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 - Regional Fortaleza: Protocolos de Suporte Avançado de Vida [Internet]. Azevedo CRF de, editor. Vol. 4. Núcleo de Educação Permanente; 2016 [cited 2022 Feb 5]. 690 p. Available from: <https://samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/repositorio-institucional/download/2-normas-de-conduta-tecnica-e-gestora/91-protocolos-de-suporte-avancado-de-vida-samufor>
20. NEPSAMUFor N de EP do S 192 RF. Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza: Protocolos de Regulação das Urgências [Internet]. Azevedo CRF de, editor. Vol. 2. Fortaleza: Núcleo de Educação Permanente; 2016 [cited 2022 Feb 5]. 192 p. Available from: <https://samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/repositorio-institucional/download/2-normas-de-conduta-tecnica-e-gestora/11-protocolos-de-regulacao-samufor>

21. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*. 2007;70(4):283–315.
22. Stuart GW, Lاراia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2001. 384 p.
23. Paesl MR, Borba L de O, Brusamarello T, Guimarães AN, Maftum MA. *Contenção Física em Hospital Psiquiátrico e a Prática da Enfermagem* [Internet]. Vol. 17, Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro; 2009 [cited 2019 Feb 16]. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a04.pdf>
24. Jalles MP, Santos VSJ dos, Reinaldo AM dos S. Análise da produção científica sobre comunicação terapêutica no campo da saúde, saúde mental e álcool e outras drogas. *Rev Med (São Paulo)* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 16];96(4):232–40. Available from: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/122431>
25. Santos MS dos, Coimbra VCC, Ribeiro JP. O Atendimento de Urgência Psiquiátrica realizado pelo Enfermeiro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Enferm UFPE line* [Internet]. 2011 [cited 2019 Feb 16];5(9):2197–205. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/7001/6250>
26. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Federal de Educação C e T da P. *Equipes de Referência em Saúde Mental do IFPB* [Internet]. João Pessoa; 2020 [cited 2022 Jul 19]. Available from: <https://www.ifpb.edu.br/noticias/2020/03/saude-mental-no-ifpb-campi-passam-a-contar-com-equipes-de-referencia/panfleto-ersm-1.pdf>
27. Sequeira C. Comunicação terapêutica em saúde mental. *Rev Port Enferm em Saúde Ment* [Internet]. 2014;12:6–8. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000300001
28. Ruckert MLT, Frizzo RP, Rigoli MM. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. *Rev Bras Ter Cogn* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 8];15(2):85–91. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbct/v15n2/v15n2a02.pdf>



RUA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELANDIA
FONE: (085) 3452.9149 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
secretarianep@samu.fortaleza.ce.gov.br



