

Urgências e emergências psiquiátricas em pronto-socorro



Protocolo de Acolhimento e regulação

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências científicas, para o acolhimento psiquiátrico em prontos-socorros hospitalares, unidades de pronto-atendimento e serviços de atendimento móvel de urgência.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. UM PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ÚTIL PARA BOMBEIROS E POLICIAIS

Diante de um paciente psiquiátrico, o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal¹ definiu um procedimento operacional padrão:

Passos a seguir

1. - Dimensionamento da cena.
2. - Realize avaliação inicial e dirigida.
3. - Localize informante e/ou responsável (parente, amigos, vizinhos, etc.) para a identificação do caso.
4. - Verifique qual a perturbação apresentada (se possível saiba qual doença: esquizofrenia, psicoses, etc.) E quanto tempo está descompensado.
5. - Verifique se o paciente psiquiátrico faz uso de medicação controlada e qual é a medicação.
6. - Observe se é usuário de drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, etc.) e/ou de álcool.
7. - Observe manifestações subjetivas (sintomas) de: agressividade, irritabilidade, agitação psicomotora, fala sem sentido, desconexão com a realidade, alucinações, hiperatividade.
8. - Observe manifestações objetivas (sinais) de: sinais vitais, nível de consciência, ferimentos, odores estranhos (gasolina, éter, etc.).
9. - Verifique outras informações: antecedentes de outras doenças importantes (diabetes, hipertensão, AIDS, tuberculose, etc.); se já foi internado antes por distúrbios psiquiátricos; se já praticou atos criminosos e/ou suicidas.]
10. - Seja paciente, chame-o pelo nome, não faça movimentos bruscos que possam assustar o paciente, não use termos chulos nem tom de voz alta.
11. - Fale pausadamente, firme mantendo ligação com a realidade, não retruque em caso de agressão verbal.
12. - Nunca revide em caso de agressão física, nem agrida-o, contenha-o, se necessário.
13. - Lembre que o paciente psiquiátrico é imprevisível, não deixe ele convencê-lo de nada, nem ceda a pedidos deste. Neste caso tente desviar a atenção do paciente.
14. - Contenha-o em caso de agressividade com risco do paciente ferir-se ou vir a ferir outros (inclusive o próprio socorrista). Para isso use lençóis e bandagens, não usar materiais que possam feri-lo.
15. - Transporte-o deitado, com acompanhante se possível e em decúbito lateral de segurança em caso de náusea ou vômito.
16. - Realize observação rigorosa durante todo o percurso.
17. - Na abordagem verifique a presença de materiais cortantes, ou outras armas com o paciente.
18. - Encaminhe-o ao pronto-socorro de um hospital geral.

¹ CBMDF. Batalhão de Emergência Médica. **Protocolo de atendimento pré-hospitalar CBMDF**. [Orgs.: Osiel Rosa Eduardo, Vilany Mendes Félix, André Gleivson Barbosa da Silva]. Brasília: Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), 2005. Disponível em: <<https://www.cbm.df.gov.br/2012-11-12-17-42-05/2012-11-12-20-53-57?task=document.viewdoc&id=750>>.

Situações de risco

- 1) Paciente fugitivo da justiça.
- 2) Paciente com refém.
- 3) Paciente armado.
- 4) Paciente em curso de autoextermínio, crime e/ou destruição de patrimônio iminente.
- 5) Agressividade extrema com risco de vida.

(Observação: nestes casos deve-se solicitar apoio à Polícia Militar e escolta até o hospital).

Crianças até 13 anos que apresentem distúrbios psicopatológicos e agudos

- 1) Situações consideradas emergenciais para crianças até 13 anos que apresentem distúrbios psicopatológicos graves e agudos, que caracterizem uma situação de crise:
- 2) Tentativa de suicídio;
- 3) Condutas agressivas e antissociais severas;
- 4) Abuso físico e sexual graves;
- 5) Transtorno severo de ansiedade (crises de pânico, stress, pós-traumático, etc.);
- 6) Manifestações psicóticas agudas;
- 7) Abuso de drogas (intoxicação e abstinência);
- 8) Transtornos dissociativos (conversivos);
- 9) Graves transtornos alimentares e do sono.
- 10) (Observação: em caso de criança até 13 anos transporte-a, preferencialmente ao hospital geral, preferentemente a um de referência no atendimento infantil, acompanhada com um familiar ou responsável).

2. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SAMU PARA ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

O atendimento em domicílio é uma das atividades que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) presta. O procedimento operacional padrão (POP) utilizado é o seguinte²:

- 1) O socorrista, ao ouvir o chamado da central via rádio, desloca-se imediatamente para a unidade móvel e confere se toda a equipe (médico e enfermeiro) ouviram o acionamento e aguarda o restante da equipe (enfermeiro e médico) dentro da unidade móvel. A equipe terá, para iniciar o deslocamento, 30 segundos nos códigos 1(emergência) e 1 minuto nos códigos 2 (urgência), sendo registrado através da comunicação com a central e aviso de início do deslocamento(J9) conforme POP da comunicação via rádio.
- 2) Em caso de código 1, o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente

² SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Procedimento operacional padrão**: POP do serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/192 [Micheline Moreira Kemper, Elaine Cristine Cunha, Melissa Orlandi Honório, Denise Cavallazzi Póvoas de Carvalho]. Florianópolis: SES/SC, 2006. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/rotinas/rotinas-sanitarias>>.

- e sirene.
- 3) Em caso de código 2, o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente. Não ligar sirene!
 - 4) Independente do tipo de ocorrência a segurança da equipe é prioridade, portanto o motorista deve ter responsabilidade no trânsito e direção defensiva.
 - 5) Transportar sempre para o local da ocorrência as mochilas concernentes ao atendimento em questão: sempre as mochilas vermelha e verde, adicionando a mochila laranja quando se tratar de casos traumáticos e a mochila azul quando se tratar de casos clínicos.
 - 6) Dependendo do tipo de ocorrência, comunicada pelo médico regulador, a equipe deve se organizar em relação a que tipo de material e como transportá-lo, a fim de diminuir o tempo resposta do atendimento.
 - 7) Portar, em qualquer ocorrência, os EPI (equipamento de proteção individual): luva, máscara, óculos de proteção, capacete (quando há risco de desabamento), conforme POP da utilização dos EPI.
 - 8) Colocar a vítima, quando possível, em local isolado do restante da família para que sejam realizados os procedimentos necessários sem expor a vítima e os demais membros da família a estresse desnecessário.
 - 9) Ao atender o paciente no domicílio, não esquecer de informar a família os procedimentos que estão sendo realizados e a evolução do mesmo, de forma coerente e com responsabilidade.
 - 10) Após o atendimento, quando o paciente estiver em condições mínimas de estabilidade hemodinâmica e ventilatória, averiguar junto à Central de Regulação o destino do paciente, para depois colocá-lo na unidade móvel para transportá-lo.
 - 11) Após o atendimento, caberá ao motorista-socorrista averiguar se não ficou nenhum material contaminado ou equipamento no domicílio, colocando-os em recipientes adequados.
 - 12) Desprezar no lixo hospitalar da unidade móvel todo material utilizado no atendimento ao paciente (luvas, gazes, esparadrapos, ataduras,...).
 - 13) Desprezar os materiais perfurocortantes utilizados no atendimento (agulha, scalps, abocath, bisturis, intracath,...) no descarpac (caixa de papelão rígido para desprezar perfurocortantes).
 - 14) Anotar tudo o que foi gasto de material na folha de gasto conforme já visto na troca de plantão para que o próximo enfermeiro tenha noção do que foi gasto e do que precisa repor na unidade.
 - 15) Transportar a vítima para o destino conforme orientação da central de regulação, anotando na ficha de atendimento o nome do Hospital e do médico receptor, conforme POP do Transporte de paciente.
 - 16) Entregar o paciente para o médico e equipe de enfermagem, passando para a equipe o que foi feito no paciente e o quadro do mesmo, conforme POP de entrega do paciente à equipe do Hospital.
 - 17) Deixar uma cópia da ficha de atendimento com a equipe receptora ou com paciente ou familiares.

3. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SAMU PARA ATENDIMENTO EM VIA PÚBLICA

Atendimentos na rua e em estradas fazem parte da rotina do SAMU, que utiliza o seguinte procedimento operacional padrão³:

- 1) O socorrista, ao ouvir o chamado da central via rádio, desloca-se imediatamente para a unidade móvel e confere se toda a equipe(médico e enfermeiro) ouviram o acionamento e aguarda o restante da equipe (enfermeiro e médico) dentro da unidade móvel. A equipe terá, para iniciar o deslocamento, 30 segundos nos códigos 1 (emergência) e 1 minuto nos códigos 2 (urgência), sendo registrado através da comunicação com a central e aviso de início do deslocamento(J9) conforme POP da comunicação via rádio.
- 2) Em caso de código 1, o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente e sirene.
- 3) - Em caso de código 2, o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente. Não ligar sirene!
- 4) Independente do tipo de ocorrência a segurança da equipe é prioridade, portanto o motorista deve ter responsabilidade no trânsito e direção defensiva.
- 5) Transportar sempre para o local da ocorrência as mochilas concernentes ao atendimento em questão: sempre as mochilas vermelha e verde, adicionando a mochila laranja quando se tratar de casos traumáticos e a mochila azul quando se tratar de casos clínicos.
- 6) Dependendo do tipo de ocorrência, comunicada pelo médico regulador, a equipe deve se organizar em relação a que tipo de material e como transportá-lo, a fim de diminuir o tempo resposta do atendimento.
- 7) Portar, em qualquer ocorrência, os EPI (equipamento de proteção individual): luva, máscara, óculos de proteção, capacete (quando há risco de desabamento), conforme POP da utilização dos EPI.
- 8) No Atendimento em via pública, deve-se ter o cuidado com o equipamento de proteção coletivo (cones) para sinalizar o local da ocorrência e proteger a equipe de terceiros, assim como solicitar que a central de regulação que comunique a polícia para fazer a proteção do local e da equipe.
- 9) Após imobilização e manobras de suporte básico de vida, colocar a vítima na unidade móvel, procedendo os demais cuidados sem que a pessoa fique exposta a curiosos.
- 10) Após o atendimento, quando o paciente estiver em condições mínimas de estabilidade hemodinâmica e ventilatória, averiguar junto à Central de Regulação o destino do paciente para transportá-lo.
- 11) Após o atendimento, caberá ao motorista-socorrista averiguar se não ficou nenhum material contaminado ou equipamento no domicílio, colocando-os em

³ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Procedimento operacional padrão**: POP do serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/192 [Micheline Moreira Kemper, Elaine Cristine Cunha, Melissa Orlandi Honório, Denise Cavallazzi Póvoas de Carvalho]. Florianópolis: SES/SC, 2006. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/rotinas/rotinas-sanitarias>>.

recipientes adequados.

- 12) Desprezar no lixo hospitalar da unidade móvel todo material utilizado no atendimento ao paciente (luvas, gazes, esparadrapos, ataduras,...).
- 13) Desprezar os materiais perfuro-cortantes utilizados no atendimento (agulha, scalps, abocath, bisturis, intracath) no descarpack (caixa de papelão rígido para desprezar perfurocortantes).
- 14) Anotar tudo o que foi gasto de material na folha de gasto conforme já visto na troca de plantão para que o próximo enfermeiro tenha noção do que foi gasto e do que precisa repor na unidade.
- 15) Transportar a vítima para o destino conforme orientação da central de regulação, anotando na ficha de atendimento o nome do Hospital e do médico receptor, conforme POP do Transporte de paciente.
- 16) Entregar o paciente para o médico e equipe de enfermagem, passando para a equipe o que foi feito no paciente e o quadro do mesmo, conforme POP de entrega do paciente à equipe do Hospital.
- 17) Deixar uma cópia da ficha de atendimento com a equipe receptora ou com paciente ou familiares.

4. MODALIDADES DA DEMANDA EM PRONTO-SOCORRO

Os objetivos de um atendimento psiquiátrico emergencial são a estabilização do quadro, a exclusão de uma causa orgânica e o encaminhamento a um serviço capaz de dar sequência.

As ferramentas informatizadas do sistema público de regulação utilizam uma classificação quádrupla para a demanda de consultas, representada por cores:

- ● Prioridade Zero – Emergência, necessidade de atendimento imediato – vermelha;
- ● Prioridade 1 – Urgência, atendimento o mais rápido possível – laranja;
- ● Prioridade 2 – Prioridade não urgente – verde;
- ● Prioridade 3 – Atendimento eletivo – azul.

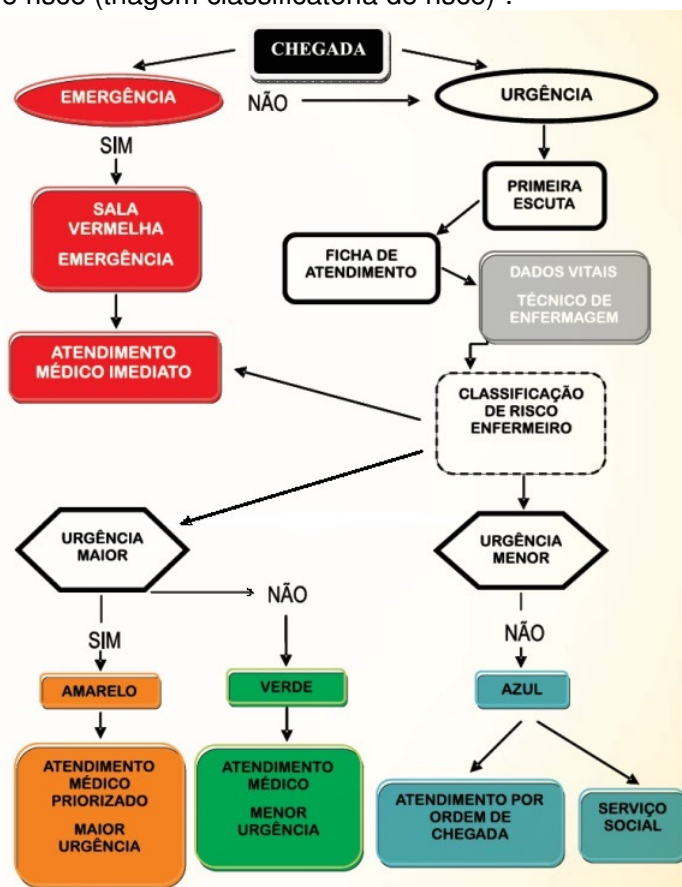
Os casos envolvendo risco iminente de morte, de auto ou heteroagressão, e surtos psicóticos com agitação psicomotora não entram no sistema de marcação de consultas ambulatoriais: são atendidos diretamente por equipes emergencistas em serviços pré-hospitalares ou hospitalares⁴.

Na prática, em qualquer serviço de urgência, como os prontos-socorros de hospitais gerais, as unidades de pronto-atendimento (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as equipes emergencistas lidam com várias situações de saúde mental. Tradicionalmente, três modalidades de atendimento têm sido encontradas nestes serviços: emergência, urgência e atendimento eletivo.

Em saúde não vale o atendimento por ordem de chegada, por idade (como no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Estatuto do Idoso), por sexo, ou por outro critério, além do critério da gravidade do caso. Nos prontos-socorros e

⁴ Socorrista é o profissional habilitado para atendimento no suporte básico de vida na urgência com atuação na emergência clínica. Emergencista é o profissional graduado dedicado ao suporte intermediário em emergência clínica. O médico emergencista é aquele dedicado à emergência médica em suporte avançado.

unidades de pronto-atendimento mais organizado é feito o acolhimento com classificação de risco (triagem classificatória de risco)⁵.



Sugestão de fluxo básico para prontos-socorros.

Fonte: São Luís, 2012⁶.

Isto organiza o fluxo de pacientes, humaniza o atendimento e melhora sua efetividade. Há métodos desenvolvidos no Brasil, de boa qualidade técnica^{7, 8},

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco:** um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>.

⁶ SÃO LUÍS. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco.** São Luís (MA): Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf>.

⁷ SOUZA, Cristiane Chaves de et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, Feb. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100005&lng=en&nrm=iso>.

⁸ GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgana Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, Feb. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=en&nrm=iso>.

cuja implantação exige metodologia adequada, preparação prévia da comunidade interna e externa e adesão dos funcionários e dos gestores⁹.

Define-se como consulta de **emergência** a que implica uma condição de agravo à saúde com risco de vida ou sofrimento intenso, necessitando, portanto, de assistência médica imediata. Em psiquiatria, a emergência é conceituada como um transtorno no pensamento, nos sentimentos ou nas ações, envolvendo risco de morte ou risco social grave e necessitando de intervenções imediatas, inadiáveis. O tempo, neste tipo de caso, é medido em minutos.

Tais casos geralmente incluem situações de violência, de suicídio ou tentativa de suicídio, de tentativa de homicídio, estados de agitação psicomotora ou de excitação maníaca, automutilação, juízo crítico acentuadamente comprometido e autonegligência severa¹⁰. Nem sempre o próprio paciente percebe a gravidade de seu quadro. A evolução se mostra rápida e possivelmente catastrófica, implicando avaliação imediata em regime de alta complexidade ou hospitalar¹¹.

A consulta de **urgência** implica a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco de vida, que necessita assistência imediata em até 24 horas. As urgências psiquiátricas geralmente são quadros de evolução mais lenta e compreendem situações nas quais os riscos são menores e necessitam de intervenções a curto prazo (horas). Como exemplos, incluem-se os quadros agudos de ansiedade e as síndromes histéricas conversivas.

A **prioridade não urgente** representa uma condição sem risco de morte ou de grande sofrimento imediato. São casos em situações agudas mas de urgência relativa, ou não agudas mas com uma ansiedade tão grande que indique atendê-las antes das consultas eletivas simples. São casos não críticos, merecendo observação.

A consulta para **atendimento eletivo** é programável. Atendimento eletivo é aquele em que a rapidez da intervenção não é essencialmente importante, podendo haver encaminhamento à assistência ambulatorial. Ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal, fornecimento de receitas e dúvidas sobre as medicações entram nessa categoria.

A utilização dos serviços de emergência diminuiria se a população tivesse um atendimento continuado na unidade básica de saúde de sua área geográfica. A utilização exagerada dos serviços de emergência é um indicador sentinela do baixo grau de vínculo entre o serviço de saúde na atenção primária e o paciente. Este vínculo precário resulta em sobrecarga e condições insatisfatórias de trabalho para o médico emergencista. Nos serviços de emergência, a demanda excessiva afeta a qualidade do atendimento e aumenta o custo do sistema sanitário. Há maiores chances, para quem tem

⁹ OLIVEIRA, Suely Belchior, et al. As dificuldades enfrentadas por enfermeiros com a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: uma análise dos artigos publicados desde a proposta do Ministério da Saúde em 2004. FIGESC Revista Internacional em Saúde Coletiva, v. 4, n. 4 (2014). Disponível em: <<http://seerfuture.com.br/index.php/FIGESC/article/view/20>>.

¹⁰ KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; CHACHAMOVICH, E. **Emergências Psiquiátricas**. 3ª. ed.. Porto Alegre: Artmed.; 2014.

¹¹ ALLEN, M.H.; FORSTER, P.; ZEALBERG, J.; CURRIER, G. **Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services**. Washington: American Psychiatry Association, 2002.

bom vínculo com um serviço básico de saúde, de procurar o pronto-socorro, a UPA e o SAMU, somente na vigência de verdadeiros casos de urgência ou de emergência¹².

Para a abordagem adequada de um caso de urgência ou de emergência é necessário fazer uma cuidadosa coleta e registro das informações, ter suporte de outras especialidades médicas porventura necessárias ao entendimento do quadro, e conhecimento da rede de saúde onde o usuário do serviço está inserido. Além disso, é necessária uma relação de empatia e respeito com toda a equipe plantonista.

5. SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS EM PRONTOS-SOCORROS

Como regra geral, os profissionais de prontos-socorros e de unidades de pronto-atendimento devem se lembrar que sinais e sintomas psiquiátricos podem ser a primeira manifestação de:

- a) Problemas clínicos;
- b) Problemas neurológicos;
- c) Uso, abuso ou síndrome de abstinência de substâncias psicoativas;
- d) Transtornos psiquiátricos.

Quatro questões são essenciais ao profissional de saúde:

1. Que problema está sendo trazido?
2. Quem é a pessoa?
3. Por que agora?
4. Qual o problema focal?

Geralmente, nos serviços de emergências, há um tempo limitado para a realização da entrevista inicial, pois há volume de problemas com características clínicas exigindo intervenção precoce, pressões da demanda e expectativas da equipe. A entrevista, pois, deve ser dirigida, fazendo-se uma busca ativa dos sintomas e sinais.

É interessante que os casos, logo na chegada, sejam dirigidos a um gabinete de triagem, onde serão submetidos a uma observação prévia, com identificação de um conjunto de sintomas ou de sinais que permitam atribuir um grau de prioridade clínica no atendimento. A este grau corresponderá uma cor e um tempo de espera recomendado, até ocorrer a primeira observação médica.

Todos os funcionários precisam considerar que a missão de um serviço de urgências é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (emergentes e urgentes), representativas de situações de risco para a saúde. Quanto mais grave é a situação clínica, mais rápido deve ser a inclusão do paciente no serviço.

Geralmente são classificáveis em cor vermelha os casos de *delirium tremens*, toxicidade por álcool ou outras drogas, comportamento violento, tentativas de suicídio ou de homicídio, agitação extrema, ou os casos em que o paciente está inconsciente.

Classificam-se, na maior parte das vezes, em amarelo, os casos de síndrome de abstinência alcoólica (ainda não em *delirium*), comportamento bizarro,

¹² STEIN, Airton Tetelbom. **Acesso a atendimento médico continuado**: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. [Tese de doutorado. Orient.: Ellis D Arrigo Busnelo; Co-orient.: Bruce Duncan]. Porto Alegre: UFRGS, 1998. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1919/000223165.pdf?sequence=1>>.

agitação menos intensa, estado de pânico, potencial de agressividade, alucinação ou desorientação, pensamentos e atitudes sugestivos de condutas suicidas ou homicidas, síndromes extrapiramidais iatrogênicas (por sensibilidade ou altas doses de neurolépticos, como o haloperidol e a risperidona). Também pode-se incluir as crises dissociativas ou conversivas capazes de mobilizar e atingir emocionalmente outros pacientes em sala de espera, pois sua característica invasiva sobre o grupo complica o andamento do trabalho.

São classificados em verde os transtornos situacionais, as queixas de insônia, atos histéricos conversivos leves, embriaguez.

Todas as demais condições, não agudas, como regra, são classificadas em azul.

Entre estas, aportam aos serviços de emergência casos de ansiedade por distúrbios situacionais. Muitas vezes o paciente relata que “somente quer falar”, ou que “precisa de alguém que o compreenda”. O serviço deve ter uma postura acolhedora mas precisa estabelecer um limite à satisfação do desejo do paciente, explicando-lhe que deve ir a uma unidade básica de saúde.

Alguns pacientes comparecem para elucidar questões sobre dúvidas com medicação e com possíveis efeitos colaterais. Precisam ser educados sobre a importância de frequentarem as unidades de atenção primária, escolhendo a mais próxima de sua residência, para lá serem atendidos, com hora marcada. Estes pacientes devem ser encaminhados ao serviço que lhes receitou a medicação sobre a qual têm dúvidas. Em caso de rejeição àquele serviço, devem ser encaminhados a uma unidade básica. Se estão em tratamento em serviço especializado de saúde mental, como os CAPS, devem ser reencaminhados ao serviço.

Há pacientes que costumam buscar receitas de remédios, especialmente de remédios controlados, nos prontos-socorros. Muitos destes repetem prescrições anteriores, já sem indicação clínica, aproveitando os momentos em que os médicos estão ocupados com casos graves, no pronto-socorro, para convencê-los a se livrarem deles através da concessão da receita. Alguns destes cidadãos evitam fazer um tratamento coerente, buscando apenas a renovação de receitas em diversos médicos com os quais não querem montar vínculos e nem discutir aspectos de seus estilos de vida. O risco de se tornar cúmplice de um tratamento inadequado, e quiçá causador de dependência química, para o médico, é grande.

Alguns pacientes, geralmente com dores crônicas em articulações, hipertensos ou diabéticos, são conhecidos como frequentadores habituais de prontos-socorros. Entre estes há alguns recalcitrantes em montar vínculos efetivos com a rede de atenção básica ou com serviços capazes de dar uma atenção efetiva a doenças crônicas. Alguns comparecem por lesões inespecíficas de pele (solicitando retirada de “sinal” cutâneo) ou por outros problemas que não causam dor ou sofrimento importante, idealizando-se o pronto-socorro, por ser o local onde as pessoas são atendidas em finais de semana, fora dos horários comerciais e sem agendamento prévio.

Ocorrem situações em que o cidadão pede pressa e atenção imediata, por sofrimentos que não colocam em risco sua vida e nem têm potencial de criar sequelas, pois há sofrimento pessoal e dificuldade do sujeito para se conter e para avaliar o grau de perigo. Pessoas que usam mecanismos de defesa histriônicos, podem chamar ou ser encaminhadas a serviços de emergência apresentando quadros de:

- a) Amnésia psicógena,
- b) Fuga dissociativa,
- c) Convulsões, quedas ou desmaios dissociativos,

- d) Anestésias ou perdas sensoriais dissociativas,
- e) Paralisias e transtornos motores dissociativos (abasia, astasia, ataxia),
- f) Transtornos somatoformes,
- g) Irritabilidade e agitação ansiosa,
- h) Transtornos hipocondríacos,
- i) Neurastenia.

6. SURTO PSICÓTICO E EPISÓDIO AFETIVO GRAVE

Outro tipo de crise é a que representa um surto psicótico, em doente agudo ou crônico. Outro, ainda é o da manifestação de um episódio de transtorno afetivo, de tipo maníaco ou de tipo depressivo. Nestes tipos, pertencentes ao espectro esquizofrênico ou ao afetivo, há eclosão de sintomas agudos de doença psíquica.

Se afeta diretamente a rotina da família, ou dos cuidadores, a crise psicótica ou afetiva passa a ser sentida pelas pessoas como uma urgência, demandando o transporte a uma instituição de saúde. Estas situações são, muitas vezes, levadas ao hospital psiquiátrico por famílias que insistem em fazer uma internação involuntária (ou até compulsória, após falarem com advogados). São vistas como perigosas para o paciente ou para terceiros.

Respondem a pelo menos três dos cinco parâmetros especificados na psiquiatria tradicional italiana¹³:

- 1)- Grave sintomatologia psiquiátrica;
- 2)- Grave ruptura no plano familiar ou social;
- 3)- Recusa do tratamento;
- 4)- Recusa obstinada de contato;
- 5)- Situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las.

O contexto destas demandas exacerba a crença – exagerada – de que os problemas psiquiátricos sempre envolvem periculosidade¹⁴. As práticas desenvolvidas pelos profissionais do SAMU, além da medicação, junto aos usuários do serviço são¹⁵:

- 1) Conversa (diálogo com boa escuta);
- 2) Imobilização e contenção;
- 3) Não retribuir as agressividades;
- 4) Manter sempre a calma;
- 5) Transportar com segurança.

¹³ DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto (1998). Resposta à crise – estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, Jaques (org.). A loucura na sala de jantar. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-95.

¹⁴ WILLRICH, Janaína Quinzen et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100004&lng=en&nrm=iso>.

¹⁵ NASCIMENTO, Nilson Félix, et al. Atendimento móvel de urgência ao portador de transtorno mental: um desafio para a reforma psiquiátrica. 17º. SEMPE, Natal, 3-5 jun. 2013. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0227co.pdf>.

7. O PRONTO-SOCORRO É PARTE DE UMA REDE MAIS AMPLA

É fator decisivo para o bom funcionamento tanto da unidade de emergência, como da rede de saúde mental em que ele está inserido, que haja integração dos serviços de emergência com os demais serviços de saúde da região¹⁶. Os serviços de emergência com capacidade de atendimento de situações psiquiátricas, se funcionarem bem, podem melhorar a organização do fluxo de pacientes dentro da rede e evitar sobrecargas desnecessárias¹⁷.

Os prontos-socorros e as unidades de pronto-atendimento podem representar um marco central na estruturação das redes de saúde mental. Na prática, eles são um termômetro do funcionamento da atenção primária e secundária. Além disso, têm servido como um sistema tampão provisório, para suprir as demandas excedentes, associadas às deficiências dos serviços extra hospitalares.

São uma das principais portas de entrada para a rede de saúde mental, especialmente no caso dos pacientes em primeiro surto psicótico. Os serviços de emergência podem se tornar pontos importantes para prevenir e fazer diagnósticos precoces, incluindo pacientes na rede de atenção psicossocial.

Como regra os prontos-socorros podem atender casos psiquiátricos, mesmo ser ter psiquiatra. Na grande maioria das vezes não há indicação clínica de internação hospitalar. Em tais casos, **após o atendimento emergencial ou urgente**, os serviços de urgência podem encaminhar o paciente a tratamento ambulatorial, pois eles necessitam de uma continuidade de avaliação ou de terapia. A estes, valem as sugestões idealizadas na residência médica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina¹⁸:

- 1) Pacientes com transtornos psiquiátricos moderados ou graves (a critério da avaliação clínica): encaminhamento por escrito para serviço ambulatorial especializado (CAPS, ou outro) da cidade de origem, com endereço e telefone, ou unidade básica do município de origem, com breve relatório do atendimento (incluindo conduta).
- 2) Pacientes com transtornos psiquiátricos leves (a critério da avaliação clínica): encaminhamento por escrito para unidade básica de saúde do bairro ou da cidade de origem, com breve relatório do atendimento (incluindo conduta).
- 3) Pacientes com dependência química: encaminhar para serviço ambulatorial especializado, por exemplo CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas) ou, na ausência daquele, a CAPS geral (tipo I, II ou III) ou a unidade básica de saúde.

¹⁶ DEL-BEN, Cristina Marta; TENG, Chei Tung. Psychiatric emergencies: challenges and vicissitudes. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 32, supl. 2, Oct. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600001&lng=en&nrm=iso>.

¹⁷ BARROS, Régis Eric Maia; TUNG, Teng Chei; MARI, Jair de Jesus. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 32, supl. 2, Oct. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600003&lng=en&nrm=iso>.

¹⁸ GOULART, Rafael. **Emergências e urgências psiquiátricas**: sugestão de um manual de rotinas para a Residência em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. São José: IPQ/SES, 2012.

Uma maneira de facilitar o encaminhamento é deixar disponível na sala de atendimento, ou em arquivo salvo no computador, modelos de formulário com endereço e telefones dos serviços de saúde mental das procedências mais comuns.

Deve-se dar preferência ao atendimento em prontos-socorros de hospitais gerais, em vez de levar o paciente a hospitais psiquiátricos.

O maior erro potencial em psiquiatria de emergência consiste em ignorar uma doença física como causa de um quadro psiquiátrico. Qualquer sintoma psiquiátrico pode ser causado ou exacerbado por um distúrbio clínico não psiquiátrico e, quando um paciente chega a um serviço de emergência com alteração do pensamento, do humor ou do comportamento, é incumbência do médico que o avalia excluir etiologias clínicas¹⁹.

É importante que o internista e o médico não psiquiatra tenham noções de psiquiatria que lhes permitam atender urgências e emergências deste tipo²⁰. Como regra, os doentes mentais têm altas chances de apresentar comorbidades clínicas, mas o controle delas é menor que na população geral: essa população torna-se facilmente susceptível a intercorrências variadas.

O acesso a serviços diagnósticos e a outros especialistas – que não o psiquiatra – em um mesmo local, é de grande importância para o diagnóstico, o tratamento e o encaminhamento desses pacientes. Além disso, poupa tempo e gastos extras com transporte de pacientes do hospital psiquiátrico ao hospital geral, e vice-versa, para avaliações²¹.

A Associação Brasileira de Psiquiatria²², assim como a Associação Americana de Psiquiatria²³, recomendam atender as urgências e emergências psiquiátricas de forma integrada a hospitais gerais.

A ética do cuidado implica uma “atenção urgente à pessoa em crise”²⁴, para além do simples atendimento de uma urgência com sintomas psiquiátricos.

8. OS CAPS DIANTE DAS CRISES E DAS URGÊNCIAS

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) têm sido chamados de “serviços de atenção à crise”. Alguns CAPS, contudo, têm escapado de atender as crises que envolvam surtos psicóticos e maníacos. Alguns chegam a se manter numa

¹⁹ HYMAN, S.; TESAR, G.E. **Manual de Emergências Psiquiátricas**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. Disponível em: <<https://www.bibliomed.com.br/book/showchptrs.cfm?bookid=97&bookcatid=0>>.

²⁰ MANSUR, Carlos Gustavo. **Psiquiatria para o Médico Generalista**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

²¹ GOULART, Rafael. **Emergências e urgências psiquiátricas: sugestão de um manual de rotinas para a Residência em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina**. São José: IPQ/SES, 2012.

²² ABP. **Proposta de diretrizes técnicas para assistência integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2009. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf>.

²³ ALLEN, M.H.; FORSTER, P.; ZEALBERG, J.; CURRIER, G. **Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services**. Washington: American Psychiatry Association, 2002.

²⁴ JARDIM, K. F. S. B.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, 2007, 13(1), 169-189. Disponível em: <http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20080521172535.pdf>.

posição de ambulatório para consultas eletivas, ainda que enriquecido por oficinas terapêuticas.

Muitas crises que não envolvem risco de vida ou agressão grave podem ser resolvidas nos CAPS. O profissional do atendimento à crise se debruça sobre situações que rompem o mundo representacional. Nelas, o terapeuta se transforma numa ponte entre o paciente e a realidade²⁵. As crises que evoluem mal, podem ser encaminhadas, dos CAPS, a um pronto-socorro de hospital geral.

O SAMU, se chamado a levar o paciente, poderia convidar um profissional do CAPS para acompanhar o caso durante o transporte. Esta troca de experiências seria útil para ambos os lados. Esses profissionais poderão servir como aproximadores, disseminadores de ideias e semeadores de pequenas dúvidas, incitados a usar a imaginação, e a auxiliar na melhora de alguns fluxos previamente estabelecidos²⁶. No que diz respeito à atenção à crise e urgência psiquiátrica, é importante que pessoas sejam estrategicamente colocadas nos serviços de ambas as redes, ou que promovam intercâmbios de experiências.

Considerado complexo e difícil para a maioria dos profissionais de CAPS, muitos profissionais demonstram dificuldades de lidar com essa situação, ressentindo-se da falta de médicos e enfermeiros habilitados a acolher sujeitos nessas circunstâncias. Aparentemente, boa parte dos casos de crises em CAPS ainda é encaminhada diretamente para internação, em hospitais psiquiátricos ou gerais, sobrecarregando, desnecessariamente, tais hospitais²⁷. O despreparo para atender as situações de crise gera insegurança, medo e dificuldades para atender um público sujeito a desencadear, eventualmente, uma crise. Os CAPS precisarão ultrapassar estas limitações, inserindo-se de forma mais integral na rede.

9. CRISE

A expressão “crise”, em psiquiatria, foi usada, em diferentes épocas, com significados diversos. Tradicionalmente chama-se de crise qualquer perda abrupta da homeostase: o desequilíbrio causado por alguma novidade inesperada e mal recebida que modifique a vida da pessoa, associada a uma dificuldade pessoal para montar e perder vínculos (o que gera uma falta de resiliência). Tais ocorrências ligam-se a momentos atípicos ou a momentos normais da vida, como a eclosão da puberdade, o climatério, um divórcio, uma vivência de exílio, uma catástrofe natural, a guerra, a perda de emprego, a falência, um prêmio milionário na loteria, etc.. Este tipo de crise nem sempre representa uma urgência ou uma emergência em saúde. Ele corresponde a um

²⁵ FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, 2007, 6(1), 31-44. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/44/84>>.

²⁶ CARVALHO, Claudia Maria Sousa, et al. Atuação do enfermeiro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência a pacientes psiquiátricos em Teresina-PI. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina. v.5, n.3, p.31-35, Jul-Ago-Set. 2012. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/pesquisa/p5_v5n3.pdf>.

²⁷ MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em debate**, v. 36, n. 95, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400010&lng=en&nrm=iso>.

momento de desajuste ou de desadaptação (porque algo foi perdido ou mudou) e de ajustamento (porque precisa se adaptar a novas circunstâncias).

A crise, nestes casos, refere-se a situações em que, no curso do desenvolvimento de vida, ocorrem vivências conflituosas e rupturas com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que sustentam a pessoa.

A crise pode ocorrer em um contexto individual (enquanto ajustamento em circunstâncias particulares ou, no máximo em contexto familiar ou de pequeno círculo) ou em um contexto coletivo, como nos casos de grandes catástrofes sociais.

A “teoria da crise”, de Erich Lindemann²⁸, da década de 1940, e sua sucedânea técnicas de intervenções em crises^{29, 30}, aborda as consequências psicológicas após tragédias ou calamidades. Tem alto potencial de prevenção de sequelas e de transtornos secundários posteriores. Eventualmente foi interpretada de uma forma reducionista, facilitando a atribuição do adoecer psíquico quase que inteiramente a causas externas ou sociais. Outra vez favoreceu uma interpretação excessivamente ampliada e medicalizante, temendo doenças a partir de situações da vida cotidiana tidas como estressantes³¹.

Uma crise bem resolvida pode auxiliar no desenvolvimento pessoal. Mal resolvida, sem compensar o colapso das estratégias prévias de enfrentamento, pode aumentar os riscos para uma pessoa já vulnerável ou predisposta³².

10. CRISE EM CATÁSTROFES E DEFESA CIVIL

As catástrofes demandando apoio da defesa civil implicam inundações, avalanches, furacões, secas, incêndios, acidentes com muitas vítimas.

Poderá haver sofrimentos que exijam socorro urgente, neste tipo de crise, em pessoas vulneráveis, localizadas em cenários especiais, complexos e angustiantes. Alguns destes casos não apresentam sintomas no momento da crise (como

²⁸ LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. **American Journal of Psychiatry**, 1944, *101*, 141–148. Disponível em: <<http://www.nyu.edu/classes/gmoran/LINDEMANN.pdf>>.

²⁹ ROBERTS, Albert R.; OTTENS, Allen J. The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. **Brief Treatment and Crisis Intervention**, 2005 *5*(4):329-339; doi:10.1093/brief-treatment/mhi030. Disponível em: <<http://btci.edina.clockss.org/cgi/content/full/5/4/329/>>.

³⁰ PULEO, Stephanie; McGLOTHLIN, Jason. Overview of Crisis Intervention. In: JACKSON-CHERRY, Lisa; ERFORD, Bradley. **Crisis Assessment, Intervention, and Prevention** (2a. ed.). Old Tappan (NJ): Person, 2013. Disponível em: <http://ptgmedia.pearsoncmg.com/images/9780132431774/downloads/Jackson_Ch1_OverviewofCrisisIntervention.pdf>.

³¹ FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, 2007, *6*(1), 31-44. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/44/84>>.

³² SÁ, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara; PARANHOS, Mariana Esteves. Intervenção em crise. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&nrm=iso>.

numa catástrofe natural ou por acidente muito grave), mas podem deixar sequelas graves (como nos transtornos de estresse pós-traumáticos).

Programas integrados à defesa civil podem intervir preventivamente, em desastres coletivos, evitando ou minorando as sequelas^{33, 34, 35}. Tais programas geralmente prestam acolhimento emocional aos sujeitos, de forma empática e não invasiva, e trabalham estratégias de enfrentamento (*coping*) adaptativas, através de protocolos de Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) ou protocolos de incidentes críticos. Em Santa Catarina, após período de enchentes e deslizamentos, uma cartilha da Associação Brasileira de Psiquiatria tem subsidiado intervenções às populações atingidas³⁶.

11. AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO SAMU

O atendimento à pessoa em crise psiquiátrica, quando ocorre em domicílio ou em via pública, é geralmente feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A crise em saúde mental é frequentemente identificada como urgência psiquiátrica, e entregue ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)³⁷. Deve ser compartilhada, sempre que indicado, com a rede de atenção à saúde mental e com unidades de atenção básica. Em alguns casos é compartilhada, também, com a polícia e com o corpo de bombeiros, até que haja sua distribuição nas instituições de saúde.

O SAMU trabalha com o tempo meticulosamente cronometrado. Rege-se por protocolos onde os atendimentos têm um tempo certo para acontecer. Minutos podem significar a salvação ou a perda de uma vida. As urgências psiquiátricas tendem a desvirtuar essa lógica temporal. Geralmente, exigem mais tempo. Demandam mais do que uma ambulância totalmente equipada e pessoas treinadas para situações de catástrofe. Por precisar de mais tempo, as urgências psiquiátricas eventualmente

³³ SILVA, Thiago Loreto Garcia, et al. Primeiros Socorros Psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. **Rev. bras. psicoter.** 2013; 15(1):93-104. Disponível em: <http://www.rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=113>.

³⁴ CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação**. Brasília: CFP, 2011. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/emergencias_e_desastres_final.pdf>.

³⁵ BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. **Gestão de riscos e de desastres: contribuições da psicologia**. [Curso à distância / Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres]. Florianópolis: CEPED, 2010. Disponível em: <<http://www.defesacivil.se.gov.br/modules/wfdownloads/visit.php?cid=1&lid=156>>.

³⁶ ABP. **Cartilha para intervenção em catástrofes**. Projeto psiquiatria para uma vida melhor [Org.: José Toufic Thomé]. Associação Brasileira de Psiquiatria; Estado de Santa Catarina, 2009. Disponível em: <http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2961&Itemid=82intervencaoemdesastres>.

³⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2.048/GM**, de 5 de novembro de 2002. [Regulamenta o atendimento das urgências e emergências]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6a103b0047458d57969dd63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+2.048-2002.pdf?MOD=AJPERES>>.

quebram lógica de prioridades das ocorrências e são sentidas por alguns funcionários como um atrapalho no fluxo dos atendimentos³⁸.

Uma rigidez e uma impessoalidade no atendimento pode dificultar a crise, deixando aberto o caminho para sua repetição. Alguns pacientes passam a fazer o circuito cíclico “crise – supressão – crise”, sem fim, como que para testar o atendimento, confirmando sua resolubilidade apenas momentânea.

O SAMU, as UPA e os prontos-socorros hospitalares precisam encaminhar o paciente a serviços que possibilitem a formação de um vínculo terapêutico.

Um atendimento eventual, sintomático e pontual, ignora a complexidade do quadro, simplificando-o por meio da atenção à queixa do momento. Retira do indivíduo a responsabilidade sobre o seu estado e sobre sua vida, desresponsabilizando-o. Informalmente atesta que é a doença que está se manifestando, e não ele próprio. Se bem abordada, de um ponto de vista psicológico, com técnica, a crise pode ser utilizada enquanto movimento de mudança e de transformação.

O SAMU tem um papel importante em identificar essas crises psiquiátricas e funciona como regulador do processo envolvido³⁹. Após o atendimento, o paciente é encaminhado a uma unidade de saúde, seja ela CAPS, hospital geral ou, excepcionalmente, hospital psiquiátrico. O hospital psiquiátrico é a referência para casos complexos e graves, que extrapolam a capacidade de atendimento em outros serviços.

O médico regulador do SAMU, ao enviar a unidade móvel de suporte básico de vida, deve se certificar de que a ambulância dispõe de fármacos com atividade psicoativa ou com capacidade de promover sedação em situações de urgência ou emergência onde ela se faça necessária. Como regra, todas as unidades básicas precisam ter prometazina, haloperidol e diazepam, para uso oral e para uso injetável.

A medicação é fundamental para que a abordagem, diminuindo ao máximo a necessidade de contenção, seja humanizada. Franco Basaglia, pioneiro da reforma psiquiátrica italiana, afirma:

"o problema da liberdade para o doente mental (...) não surgiu de repente (...) mas ressurgiu com uma exigência que já não se pode ignorar, depois da transformação produzida pelos fármacos, na relação do doente e sua doença. Se o doente perdeu sua liberdade por causa da doença, a liberdade de tomar a posse de si mesmo lhe foi dada pelo fármaco"⁴⁰.

Por outro lado, o uso de medicamentos psicotrópicos deve seguir regras científicas, evitando a aplicação indiscriminada e irracional.

³⁸ JARDIM, K; DIMENSTEIN, M. **Urgência Psiquiátrica: Loucura-Periculosidade fundamentando as práticas do SAMU**. Anais XIV ENA, 2007. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_77.pdf>.

³⁹ DIAS, Lívia Karla Sales, et al. Atendimento pre-hospitalar às urgências psiquiátricas por uso de substâncias psicoativas. **Revista SANARE** v. 12, n. 2 (2013). Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/382>> .

⁴⁰ BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 27. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=V7-adiWTPsC&oi=fnd&pg=PA17&ots=Y5dFZyK_KB&sig=1B9wfbNWxZs-o9Ix1rex081auis&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>.

12. A REGULAÇÃO DOS CASOS PSQUIÁTRICOS NO SAMU

O SAMU tem uma experiência prática que pode servir de base a um debate, a uma troca e a um aprendizado em todo o contexto da rede. Os procedimentos operacionais do atendimento estão apresentados na sequência⁴¹.

Atenção pré-hospitalar na tentativa de suicídio

Abordagem	Verificar o mecanismo da tentativa de suicídio (Por arma de fogo, arma branca, pular de viaduto, etc.) Existem riscos para terceiros ? O solicitante é parente ou conhecido do suicida? Colher maiores informações sobre a situação.
Decisão técnica	UTI MÓVEL (USA): Sempre USB: Para apoio se necessário Solicitar apoio da PM e Bombeiros.
Orientações ao solicitante	Pedir para o solicitante aguardar no local para passar informações caso haja alguma mudança na situação.
Acompanhamento da decisão técnica	Subsidiar as equipe com dados técnicos e demais necessidades
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

Atendimento pré-hospitalar de intoxicações agudas por medicamentos ou outras drogas

Abordagem	Circunstancias da descoberta: Afirmção da intoxicação aguda por medicamentos: embalagens de medicamentos, cartas, testemunhas... Produtos suspeitos: receituários Quantidade máxima ingerida e hora provável de intoxicação. Estado da Vítima: Consciência, agitação, movimentos anormais, dificuldade respiratória, cianose, sudorese, coma, dor torácica, dor abdominal, problemas neurosensoriais. Identificar se houve outras tentativas de suicídio.
-----------	--

⁴¹ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Educação em Urgência (NEU). **SAMU 192** [César Augusto Soares Nitschke, Roberto Hess de Souza, Kristiane Rico Sanchez, Maria de Fátima de Souza Rovaris, Mario Sérgio Coutinho, André Ricardo Moreira, Jacymir Santos de Oliveira, Mara Regina Grandó]. Florianópolis: Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, 2010. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/rotinas/apostila-do-samu-sc>>.

Decisão técnica	UTI MÓVEL (USA): sempre que intoxicações por cardiotônicos, cloroquinas, antidepressivos tricíclicos e hipoglicemiantes orais. E em casos de insuficiência respiratória, inconscientes, coma, convulsões, agitação extrema ou muita dor. USB: Em todo caso, onde o recurso chegue mais rápido que a UTI MÓVEL (USA) e em casos notoriamente sem gravidade.
Orientações ao solicitante	Repouso, em posição confortável, ou PLS (nos casos de inconsciência), solicite para afrouxar as vestes. Orientar para que não seja realizado nenhuma ingestão oral. Coleta de todas as embalagens.
Acompanhamento da decisão técnica	Solicitar confirmação se houve associação com trauma ou não. Subsidiar as equipes com dados técnicos e demais necessidades
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

Atendimento durante transferências de intoxicações a hospital

Abordagem	QP: ingestão ou contato com produtos Sintomas Associados: Vão depender do tipo de intoxicação (ingestão, contato, aspiração) Sudorese, Dispnéia, Náuseas e Vômitos, Palpitações, Tonturas, Cefaléia. Definir o tipo, quantidade do produto, tempo de ingestão ou contato Sinais de Gravidade: Torpor, Coma, Glasgow <8 Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR Conduta inicial: (o que já foi realizado) Exames: Evolução: Recurso Solicitado: Justificativa: Pertinência:
Orientação técnica	Sempre consultar um Centro de Informações Toxicológicas para condutas específicas Cuidados Gerais com vias aéreas Entubação se glasgow <8 Acesso Venoso
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI se sinais de gravidade.
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel se sinais de gravidade.
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

Atenção pré-hospitalar em transtornos mentais e de comportamento

Normas gerais para pacientes psiquiátricos:

- a) Sempre solicitar um acompanhante da família
- b) Pesquisar antecedentes de tratamento
- c) Avaliar suporte sócio familiar
- d) Lembrar diagnósticos diferenciais, que eventualmente podem mudar a conduta de USB para UTI móvel (USA):
 - distúrbios metabólicos,
 - cardiopatia com baixo fluxo,
 - distúrbios respiratórios,
 - encefalopatia hepática,
 - intoxicação grave por drogas,
 - endocrinopatias.

Abordagem	A pessoa está ansiosa? A pessoa está agitada? A pessoa tem idéias delirantes ou incoerentes? A pessoa tem idéias suicidas? A pessoa apresenta agressividade? Crises anteriores, antecedentes, ou trauma emocional recente, sofrimentos, desemprego e outros fatores de stress.
Decisão técnica	USB/ UTI MÓVEL (USA) + Policiamento No Caso De Agressividade Com Risco De Vida.
Orientações ao solicitante	Pedir para o solicitante colocar o paciente em ambiente calmo. Não permitir que o paciente cometa auto agressão e para com os demais acompanhantes. Caso o paciente esteja hiperventilando, solicitar para que o mesmo respire dentro de um saco de papel. Não deixar o paciente só, até que chegue a equipe de atendimento de urgência.
Acompanhamento da decisão técnica	Em caso de paciente violento, solicitar auxílio da polícia. Confirmar a ausência de utilização de substâncias tóxicas, drogas, etc. Diante da pessoa perigosa, avaliar o grau de perigo: Para ela mesma Para seus familiares e Para a equipe de atendimento
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência (Assistência Psiquiátrica) Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

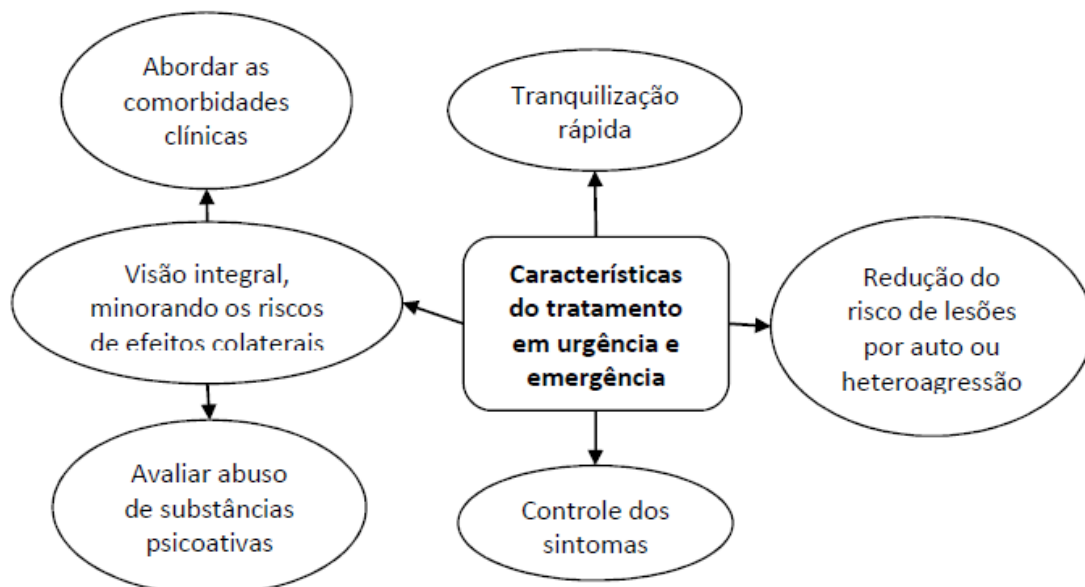
Atendimento durante transferências de transtornos mentais e de comportamento a hospital

QUADROS ACOMPANHADOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA E AGRESSIVIDADE	
Abordagem	Sintomas associados: confusão mental, delírio, alucinações, distúrbios de comportamento Antecedentes e fatores de risco: álcool, toxicomania, hiperatividade, distúrbios metabólicos, ideia de suicídio. Conduta inicial: (checar o que já foi realizado) Exames: Evolução: Recurso Solicitado: Justificativa: Pertinência:
Orientação técnica	Avaliar riscos no local para paciente, familiares e equipe de atendimento Contenção Sedação Avaliar possibilidade de alterações metabólicas e corrigir Acompanhamento familiar na transferência
Decisão técnica	a) Levar a hospital geral se houver risco de vida (problema psiquiátrico agravado por lesão na tentativa de suicídio, intoxicações graves, overdose de substância psicoativa necessitando de apoio clínico e toxicológico, hipertermia maligna, etc.). b) Levar a hospital geral com leitos de saúde mental (se houver na região), caso o quadro seja puramente psicótico ou sem complicações de ordem clínica envolvendo outras especialidades. c) Levar a hospital psiquiátrico na falta de leitos de saúde mental se houver indicação de internação psiquiátrica d) Em casos sem maior gravidade, necessitando de observação por curto tempo, considerar a possibilidade de levar a CAPS III ou ADIII (com leitos), após avaliação por psiquiatra, nas cidades que dispõem deste tipo de serviço.
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do destino e comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

13. A AVALIAÇÃO E A ESCOLHA DO TRATAMENTO

A escolha do tratamento decorre de uma trilha de decisões, expressa, geralmente, em quatro fases:

- 1) Fase de avaliação: avaliação do quadro clínico em termos de agitação atual, níveis de auto e heteroagressão, anamnese e coleta de histórico informando-se de tratamentos anteriores, fatores ambientais e de desencadeamento, avaliação clínica global (sinais vitais e exame físico). Em hospital, alguns casos demandarão a realização de exames laboratoriais ou instrumentais (ECG, por exemplo).
- 2) Fase de diagnóstico: montagem das hipóteses e comparação dos diagnósticos diferenciais.
- 3) Fase de definição de tratamento. A tranquilização rápida tem como princípio gerar uma calma ao paciente, sem obrigá-lo a dormir.



- 4) Fase de avaliação dos primeiros resultados e definição do monitoramento: varia de acordo com tratamento escolhido e as condições clínicas do paciente, visando a aplicação do programa terapêutico e o possível uso da mesma droga, ou de outros tratamentos, se a resposta não foi adequada⁴².

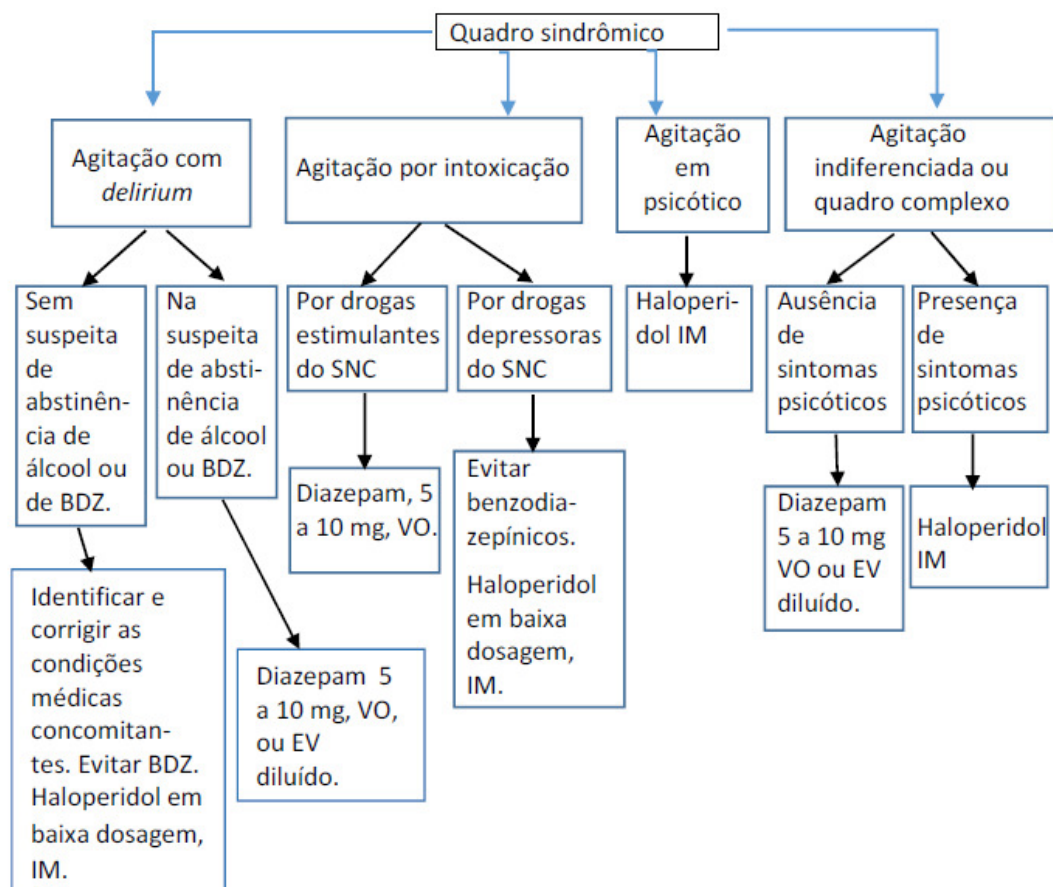
O diagnóstico diferencial é um ponto chave na escolha do tratamento. Alguns medicamentos servem para mais de uma síndrome. Outros são específicos.

No algoritmo decisional seguinte há quatro áreas diferenciais básicas, no diagnóstico e tratamento das urgências ou emergências de problemas comportamentais psiquiátricos:

⁴² Di SCIASCIO; Guido; CALÒ, Salvatore. **Trattamento farmacologico delle turbe comportamentali nei servizi di emergenza psichiatrica**: Protocollo minimo di riferimento nella gestione delle urgenze psichiatriche. Roma: Società Italiana di Psichiatria. Disponível em: <<http://www.psichiatria.it/wp-content/uploads/2013/03/Protocolli-minimi-urgenze-Psichiatriche-2014-Guido-Di-Sciascio-Salvatore-Cal%C3%B2.pdf>>.

- 1) A agitação associada a quadros de *delirium*, sem e com suspeita de síndrome de abstinência por álcool ou por benzodiazepínico;
- 2) A agitação por intoxicação, devida a estimulantes ou a depressores do sistema nervoso central;
- 3) A agitação por quadro psicótico, em paciente com história de transtorno mental (surto em doença do espectro esquizofrênico, ou crise maníaca);
- 4) As agitações indiferenciadas ou por quadros complexos, com ausência e com presença de sintomas psicóticos evidentes⁴³.

A medicação de escolha, na maior parte dos casos, baseia-se no quadro sindrômico abaixo.



Os procedimentos de suporte de vida deverão levar em conta o fato de que muitas vezes há mescla de drogas utilizadas pelo paciente, algumas não identificáveis. Em caso de delirium ou de intoxicação, deve-se entrar em contato com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT) pelo telefone 0800 643 5252 e seguir os protocolos clínicos próprios.

⁴³ WILSON, M.P., et al. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta Psychopharmacology Workgroup. **West J Emerg Med.** 2012 Feb;13(1):26-34. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298219/#!po=48.3333> >.

Dependendo do quadro, devem ser seguidos os protocolos clínicos específicos: *delirium*, álcool etílico, cocaína e derivados, sedativos e hipnóticos, alucinógenos, solventes voláteis, anfetaminas, opiáceos, esquizofrenia; psicoses agudas e transitórias; transtornos afetivos bipolares monopares maníacos e hipomaníacos; transtorno de ansiedade generalizada, pânico transtornos dissociativos, conversivos e outros, intoxicações geradoras de síndrome colinérgica, intoxicações geradoras de síndrome anticolinérgica, intoxicações geradoras de síndrome simpaticomimética, intoxicações geradoras de síndrome narcótica, intoxicações por lítio, tentativas de suicídio, efeitos colaterais de psicofármacos, agressividade, etc.

14. LISTA DE MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS NAS URGÊNCIAS

Alguns medicamentos devem estar sempre disponíveis na unidade de urgência, contemplando medicamentos usados na primeira abordagem dos pacientes graves e também sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, uma vez que alguns pacientes poderão permanecer nestas unidades por um período de até 24 horas ou, excepcionalmente, por mais tempo se houver dificuldade para uma internação hospitalar indicada. Grifando-se os mais usados nos quadros psiquiátricos, a lista mínima abrange os seguintes medicamentos⁴⁴:

Adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, **amitriptilina**, ampicilina, atropina, bicarbonato de sódio, **biperideno**, brometo de ipratrópio, bupivacaína, captopril, **carbamazepina**, carvão ativado, cefalexina, cefalotina, cetoprofeno, clister glicerinado, **clordiazepóxido**, cloridrato de **clonidina**, cloridrato de hidralazina, cloreto de potássio, cloreto de sódio, **clorpromazina**, clorafenicol, codeína, **complexo B injetável**, deslanosídeo, dexametasona, **diazepam**, diclofenaco de sódio, digoxina, dipirona, enalapril, escopolamina (hioscina), **fenitoína**, **fenobarbital**, fenoterol bromidrato, **flumazenil**, furosemida, gentamicina, glicose isotônica, glicose hipertônica, gluconato de cálcio, **haloperidol**, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, manitol, meperidina, metildopa, metilergometrina, metilprednisolona, metoclopramida, metropolol, **midazolam**, nifedipina, nistatina, nitroprussiato de sódio, óleo mineral, omeprazol, oxacilina, paracetamol, penicilina, prometazina, propranolol, ranitidina, ringer lactato, sais para reidratação oral, salbutamol, soro glico-fisiológico, soro fisiológico, soro glicosado, sulfadiazina prata, sulfametoxazol+trimetoprim, sulfato de magnésio, **tiamina (vit. B1)**, tramadol, tobramicina colírio, verapamil, vitamina K.

Os antídotos serão indicados pelo Centro de Informações Toxicológicas (CIT), sempre que necessários, a partir da apresentação, por telefone, do quadro clínico ao toxicologista. O CIT de Santa Catarina é contatado pelo telefone 0800 643 5252.

⁴⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2.048/GM**, de 5 de novembro de 2002. [Regulamenta o atendimento das urgências e emergências]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6a103b0047458d57969dd63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+2.048-2002.pdf?MOD=AJPERES>>.