

**Atendimento pré-hospitalar  
em saúde mental:**  
**noções das  
urgências e emergências  
em saúde mental**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

## **Atendimento pré-hospitalar em saúde mental:**

noções das urgências e emergências  
em saúde mental

Brasília - DF  
2021



2021 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br).

Tiragem: 1ª edição – 2021 – 500 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão do Trabalho  
e da Educação na Saúde  
Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
SRTVN Quadra 701, via W5 Norte, lote D  
Edifício PO 700, 4º andar  
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-3848  
Site: [www.gov.br/saude](http://www.gov.br/saude)  
E-mails: [sgtes@saude.gov.br](mailto:sgtes@saude.gov.br) / [degex@saude.gov.br](mailto:degex@saude.gov.br)

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
Secretaria de Estado de Saúde  
Complexo Regulador do Distrito Federal  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SIA Trecho 3, lote 2090  
CEP 71.200-033  
Tel: (61) 3213-5200  
Site: <https://www.saude.df.gov.br/samu-192-df/>  
E-mail: [diretoria.samu192@saude.df.gov.br](mailto:diretoria.samu192@saude.df.gov.br)

*Direção técnica:*

Mayra Isabel Correia Pinheiro

*Coordenação:*

Adriana Fortaleza Rocha da Silva  
Cidália Luna Alencar Feitosa de Oliveira  
Musa Denaise de Sousa Morais de Melo  
Rafael Bernardon Ribeiro  
Vinícius Nunes Azevedo

*Organização:*

Franciara Letícia Moraes da Cunha  
Gustavo Carvalho de Oliveira  
Samita Batista Vaz dos Santos  
NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL DO SAMU/DF, 2021

*Elaboração:*

Franciara Letícia Moraes da Cunha  
Gustavo Carvalho de Oliveira  
Samita Batista Vieira Vaz

*Fotografias:*

Acervo do Núcleo de Educação do Serviço  
de Atendimento Móvel de Urgência (NUEDU)  
[shutterstock.com](http://shutterstock.com)

*Revisão técnica e colaboração:*

Bethânia Ramos Meireles  
Carolina Cunha de Azevedo  
Cidália Luna Alencar Feitosa de Oliveira  
Danielle Bremgartner Alencar S. de Carvalho  
Fabiana do Nascimento de Souza  
Janainna Nogueira da Silva  
Juliana Ferreira Lima Marques  
Leonardo Wanderley Juliani  
Lorhana Martins Morais Silva  
Lucciana Gomes Teixeira Souza  
Melline Resende Batista  
Rodrigo Nunes de Mesquita  
Rosany Ferreira Rios Fonseca  
Sabrina Mosca Chaves  
Victor Leonardo Arimatea Queiroz

*Projeto gráfico, ilustrações e capa:*

Eduardo Grisoni

*Normalização:*

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI  
Valéria Gameleira da Mota – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Atendimento pré-hospitalar em saúde mental : noções das urgências e emergências em saúde mental / Ministério da Saúde, Governo do Distrito Federal. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

116 p. : il.

ISBN

1. Assistência à Saúde Mental. 2. Atendimento Pré-Hospitalar. 3. Saúde Mental. I. Título. II. Governo do Distrito Federal.

CDU 613.86:616-082

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/0219

*Título para indexação:*

Pre-hospital care in mental health: notions of urgencies and emergencies in mental health



# SUMÁRIO

*Apresentação | 7*

*Prefácio | 11*

## *1 O Núcleo de Saúde Mental (NUSAM) do SAMU/DF | 13*

1.1 Situação das pessoas em crise e criação do NUSAM | 13

1.2 Histórico | 15

1.3 Relevância e impacto do serviço | 17

Referências | 19

## *2 Crise e Primeiros Socorros Psicossociais | 21*

2.1 O que é crise? | 21

2.1.1 Possíveis desfechos de uma crise | 24

2.1.2 Como as situações de crise afetam as pessoas? | 26

2.1.3 Reações esperadas em uma crise | 28

2.2 Primeiros Socorros Psicossociais | 30

2.2.1 O que são? | 30

2.2.2 Habilidades do profissional | 32

2.2.3 Objetivos da PSP | 33

2.2.4 Pilares do Primeiro Socorro Psicossocial | 33

2.2.5 Dividindo os PSP em três passos | 36

2.2.6 Cuidar-se | 37

Referências | 37

## *3 Comunicação terapêutica | 41*

3.1 Preceitos básicos | 41

## 4 *Transtornos mentais* | 47

- 4.1 O que são? | 47
- 4.2 Transtorno depressivo | 47
- 4.3 Transtorno afetivo bipolar | 50
- 4.4 Esquizofrenia | 51
- 4.5 Transtornos de ansiedade | 52
- Referências | 56

## 5 *Urgências envolvendo substâncias psicoativas* | 59

- 5.1 Critérios de Dependência Química (DSM-V) | 60
  - 5.1.1 *Síndrome de Abstinência* | 60
- Referências | 63

## 6 *Transtornos mentais e violência* | 65

- 6.1 Mito ou verdade? Agente ou vítima? | 65
- Referências | 67

## 7 *Agitação psicomotora e crises psicóticas* | 69

- 7.1 Conceitos | 69
- 7.2 Avaliação de risco | 70
  - 7.2.1 *Sinais de risco de agressividade* | 70
  - 7.2.2 *Avaliação da cena* | 70
  - 7.2.3 *Cuidados com o ambiente* | 70
- 7.3 Estratégias de abordagem | 71
- 7.4 Recomendações | 71
- 7.5 Contenção física | 72
  - 7.5.1 *Efeitos indesejáveis* | 72
  - 7.5.2 *Recomendações gerais* | 72
  - 7.5.3 *Designação dos membros para contenção* | 74
  - 7.5.4 *Membros superiores* | 75
  - 7.5.5 *Membros inferiores* | 75



7.5.6 Tórax e frente | 76

7.5.7 Pontos de contenção | 77

7.5.8 Como erguer o paciente e levá-lo à prancha? | 78

7.5.9 Roteiro para fixação do paciente na prancha ou maca | 79

7.5.10 O que não fazer | 83

7.5.11 Manejo medicamentoso | 83

Referências | 83

## 8 Comportamento suicida | 85

Introdução e conceitos | 85

8.2 Mitos e verdades | 87

8.3 Fatores de risco de suicídio e de proteção contra o suicídio | 90

8.4 Risco iminente de suicídio | 94

8.5 Crise suicida | 94

8.6 Aspectos psicológicos | 95

8.7 Avaliação do risco | 96

8.8 Avaliação do risco de suicídio | 98

8.9 Conduta e manejo | 99

8.9.1 Baixo risco – Manejo | 99

8.9.2 Médio risco | 100

8.9.3 Alto risco | 100

8.9.4 Internação: situações possíveis | 101

8.9.5 Abordagem/“negociação” no suicídio: sugestões | 101

8.9.6 Evitar nas abordagens | 102

Referências | 103

## 9 Comunicação de más notícias | 105

9.1 O que é a abordagem e recomendações gerais | 105

Referências | 107

## 10 Perguntas norteadoras para disparo de viaturas | 109







# Apresentação

O agravamento das doenças mentais, no contexto da pandemia da COVID-19, tem exigido do poder público investimento em ações capazes de minimizar os danos humanos, econômicos e sociais impostos pelas medidas de distanciamento e isolamento sociais e pela quarentena. Essas restrições afetam as pessoas de diferentes maneiras, podem aumentar os sentimentos como ansiedade, medo, tédio, solidão e raiva e piorar os quadros de adoecimentos psíquicos.

O estresse econômico e a incerteza sobre a própria subsistência, a solidão e a desconexão social, a dificuldade no tratamento de doenças preexistentes devido à sobrecarga do sistema de saúde e o medo diante do coronavírus são fatores que têm exigido medidas mais assertivas e constantes dos governos.

O “Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental” surge, então, da necessidade constante de capacitação dos profissionais do Sistema Único de Saúde, principalmente diante da gravidade do momento atual.

A formação de médicos e enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de todo o Brasil torna-se imprescindível e integra as ações do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, instituído por meio do Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020, que regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, instituída por meio da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.

A capacitação é mais uma das ações do Ministério da Saúde, operacionalizada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com o Núcleo de Educação em Urgências do SAMU/DF, no intuito de qualificar os profissionais de saúde que atuam em emergências, em especial no componente pré-hospitalar.

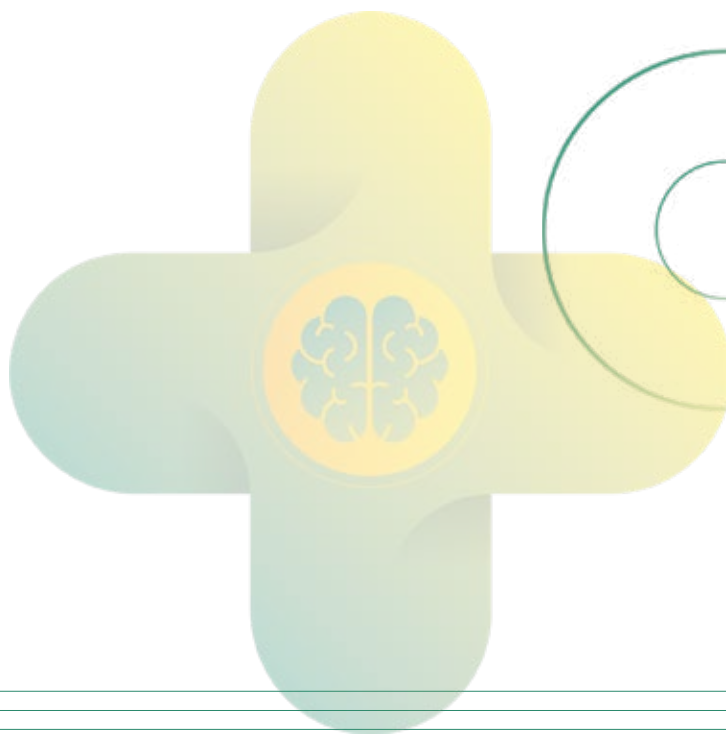
A proposta é ampliar a competência desses servidores, para que eles possam oferecer uma assistência mais adequada, evitando-se o possível agravamento dos quadros relacionados à saúde mental, reconhecida como área básica da saúde, que deve estar inclusa em todos os níveis de atenção à saúde.

A atualização das equipes multidisciplinares que atuam na Rede de Urgência e Emergência é necessária para fortalecer a prática de condutas humanizadas e terapêuticas nos atendimentos dos pacientes.

O curso será composto por dois módulos: um que acontecerá na modalidade a distância e outro que será realizado na modalidade presencial. O módulo a distância abrangerá conteúdos pedagógicos e de Psiquiatria e será ministrado por meio de aulas síncronas e assíncronas.

No módulo presencial, será utilizada a metodologia de Simulação Realística, apoiada por tecnologias de alta complexidade e com cenários que replicam situações da vida real e que favorecem um ambiente participativo e de interatividade.

O presente material será utilizado como referência do conteúdo psiquiátrico. Trata-se de um compilado simplificado para conhecimento de quais são as principais emergências em atenção psicossocial e sugestões de abordagem e ação. Ressalta-se, assim, que o referido material não se propõe a tratar o assunto à exaustão.











# Prefácio

Foi com grande satisfação que elaboramos este material de apoio e de direcionamento para acolhimento e atendimento das emergências em atenção psicossocial. Trata-se de um compilado simplificado para conhecimento das principais emergências em atenção psicossocial e sugestões de abordagem e ação.

O material, que será apresentado a seguir, foi inspirado na atuação do Núcleo de Saúde Mental do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal, unidade de atendimento pré-hospitalar. Agradecemos o interesse.

Boa leitura!

Os organizadores







# 1 O Núcleo de Saúde Mental (Nusam) do SAMU/DF

## 1.1 Situação das pessoas em crise e criação do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF

Pessoas com transtornos mentais têm, historicamente, dificuldade para acessar os serviços de saúde mental, visto que a cobertura de atendimento é baixa, além de estigmatizada, o que gera desassistência (SAÚDE MENTAL EM DADOS, 2015). Há também dificuldades, há muitos anos, em alocação e disponibilização de recursos materiais e humanos, inclusive para implementação de políticas na área.

A triste realidade nas emergências brasileiras envolve falta de leitos, longas filas de espera, pacientes contidos em macas por muito tempo, macas retidas, evasão de pacientes em crise e pessoas que tentam suicídio com métodos não letais sendo liberadas sem a correta avaliação da intenção suicida.

Há ainda um déficit histórico na falta de treinamento e na formação profissional, que já é insuficiente desde as graduações nas áreas da saúde. Além disso, percebe-se a carência de profissionais para realizarem a abordagem psicossocial nos serviços de emergência.

Essas lacunas fazem com que se mantenha o estigma contra o paciente com demandas de sofrimento psíquico e vulnerabilidade social, havendo a necessidade de um olhar cuidadoso e ampliado sobre a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental. A Política Nacional de Urgências definiu que a atenção às crises psiquiátricas é de competência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Desse modo, medidas para a melhoria na assistência dessa vulnerável população são necessárias, e foi nesse contexto que o Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF surgiu no ano de 2013. Ele surgiu para qualificar o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) para a população do Distrito Federal.





# NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS







## 1.2 Histórico

O ano de 2011 é marcante no que tange à inserção de um “embrião” da saúde mental no SAMU/DF com a chegada de duas psicólogas para dar assistência aos profissionais do SAMU/DF. Em 2013, profissionais de diversas categorias chegaram ao SAMU/DF, incluindo-se dois médicos com formação em Psiquiatria. Após extensa pesquisa em serviços de APH em saúde mental pelo mundo, esses profissionais, em conjunto com outros membros da gestão, criaram o projeto e fundaram o Núcleo de Saúde Mental (Nusam) do SAMU/DF. O modelo no qual esse serviço mais se inspirou foi o do CAPIC/INEM (Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise, do Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal).

O Nusam foi criado e adaptado às políticas públicas brasileiras, com atendimento por equipes multiprofissionais compostas por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais, além dos condutores socorristas do SAMU/DF. Contudo, pelo baixo quantitativo de profissionais disponíveis, entre 2013 e 2016, seu funcionamento deu-se das 8h às 18h, de segunda-feira a sexta-feira, de acordo com a escala possível de colaboradores.

O modelo preconizado para operacionalizar o funcionamento do Nusam foi pensado a partir de dois componentes de atendimento: fixo e móvel.

O componente fixo é um posto instalado na Central de Regulação Médica. Um profissional de saúde mental, por meio de uma ferramenta de teleatendimento, realiza escuta qualificada, faz intervenção breve e ativa, identifica a natureza e a gravidade da ocorrência, busca a promoção da maior resolutividade da emergência, podendo indicar a finalização, seguida de encaminhamentos e/ou demais condutas avaliadas pertinentes em atenção psicossocial. É função também do componente fixo realizar os *follow-up*. *Follow-up* é um breve acompanhamento do caso que foi atendido por qualquer um dos componentes, com a finalidade de monitorá-lo brevemente, por meio de contato com o paciente e/ou sua família, para garantir sua segurança e o cuidado em saúde, além de sua inserção na rede de atendimento e acompanhamento.

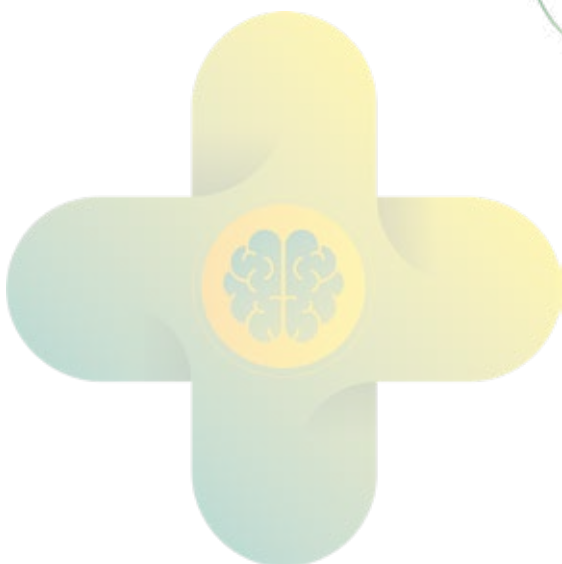
O componente móvel é uma viatura do SAMU tripulada por equipe multiprofissional, e seu acionamento ocorre quando se identifica uma necessidade de intervenção *in loco* de modo imediato.

O uso de qualquer um desses recursos deve preferencialmente ser dialogado e discutido entre o profissional do componente fixo e o médico regulador, autoridade sanitária responsável por gerir os recursos do SAMU.

O ano de 2016 foi um grande marco para o serviço, visto que, por determinação do Conselho de Saúde do Distrito Federal, por meio da Resolução 457/2016, o Nusam passou a funcionar 24 horas por dia. O impacto foi nítido, e houve uma melhor assistência à população, já que a média de atendimentos *in loco*, que, no horário comercial, era de 48 por mês, passou para 148 por mês. Isso representa um aumento de 208,3% de atendimentos (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O componente móvel utilizado entre julho de 2016 e julho de 2018 foi uma Viatura de Intervenção Rápida (VIR), que permite deslocamentos ágeis, com menor tempo de resposta, menor custo e melhor capilaridade em relação a ambulâncias tradicionais, além de maior segurança aos tripulantes. A principal desvantagem é a impossibilidade de remoção do paciente para uma unidade de saúde nesse tipo de veículo.

Em agosto de 2019, a VIR foi substituída por uma ambulância, com o intuito de possibilitar a remoção de pacientes e promover suporte avançado de vida.





## 1.3 Relevância e impacto do serviço

É importante relevar que, no ano de 2018, em um levantamento feito de janeiro a novembro, sendo o componente móvel a VIR, o Nusam realizou um total de 6.411 atendimentos, dos quais 1.274 foram *in loco* e 5.137 em telessaúde. O número de pacientes com indicação de remoção foi 190, o que equivale a 14,9% do total de atendimentos *in loco* e a 3% do total. São números bastante baixos e que estão totalmente de acordo com a política de saúde mental, que é a de propor tratamentos ambulatoriais, na comunidade, reservando-se a internação/remoção hospitalar como última opção.

Ao se fazer uma comparação com o início do funcionamento com a VIR em 2016 (OLIVEIRA *et al.*, 2017), verificou-se que, no ano de 2020, em que o componente móvel foi a ambulância, houve um total de 1.029 atendimentos, o que representou uma média de 86 atendimentos por mês (MOREIRA, 2021), ou seja, houve uma redução global de 41,9% de atendimentos. Os dados totais consolidados de chamadas originadas para a central 192 não indicam uma redução de demanda ou necessidade de atendimentos; pelo contrário, há um aumento progressivo de chamadas, incluindo-se as chamadas para atendimento em saúde mental.

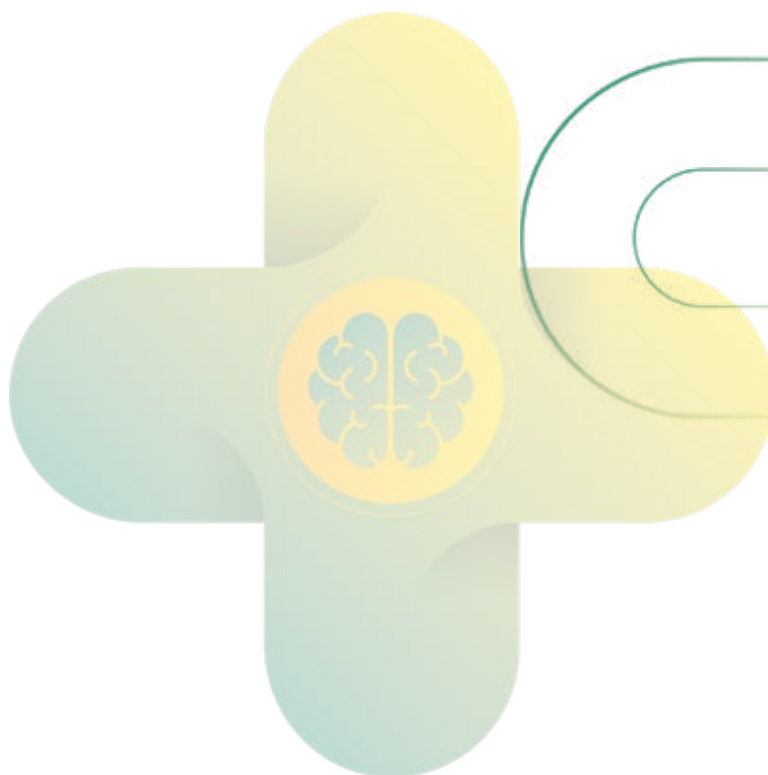
Há um outro aspecto relevante em relação à redução do número de atendimentos desde que a viatura passou a ser a ambulância, pois, por diversas vezes, ela é destacada para atendimentos clínicos e outros que não são em saúde mental, como transferências de pacientes graves entre hospitais, pareceres para especialidades como neurocirurgia e, até mesmo, transporte de pacientes para realização de tomografia, conforme decisão do médico regulador. Essa queda no número de atendimentos e o desvio para outros atendimentos que não são para saúde mental implicam uma redução de efetividade do serviço, um aumento de custos e desassistência à população em sofrimento mental, o que torna necessária uma reflexão sobre se, de fato, o modelo atual é o mais indicado em termos de produtividade, efetividade e adequada assistência à população.

A presença do Núcleo de Saúde Mental gerou os seguintes benefícios: prevenção do suicídio; melhor assistência ao paciente em sofrimento psíquico e prevenção de agravos psíquicos; menor número de remoções hospitalares desnecessárias; maior encaminhamento à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); redução de atendimentos recorrentes, com a inserção do paciente na rede; e melhor uso dos

recursos do próprio SAMU, com mais viaturas disponíveis para realizar os demais atendimentos.

Desde o seu surgimento, o Nusam sempre teve um braço muito forte relacionado à educação, promovendo diversas capacitações ao longo desses anos de funcionamento, que já envolveram profissionais do SAMU do DF e de outros estados, treinamento dos bombeiros militares do Distrito Federal, treinamento de diversos servidores e colaboradores da saúde, de estudantes de diversos cursos e faculdades do Distrito Federal e do Brasil, de professores, de policiais civis, de policiais militares e de diversos interessados, de forma gratuita, observando-se uma grande quantidade de inscrições para as capacitações.

Faz parte dos objetivos do nosso núcleo a disponibilização de capacitações e o diálogo com a rede de modo intersetorial, visto que cada atendimento envolve, frequentemente, questões de saúde, segurança, violência, desassistência social, estigma e preconceito. Somente um serviço multidisciplinar pode oferecer uma assistência adequada e colaborar com a melhoria da grave situação das pessoas em sofrimento ou com transtorno mental.





## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília, DF outubro de 2015. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2021.

MOREIRA, C. Após quase um ano de pandemia, brasilienses contam como mantêm a mente sã. **Correio Braziliense**, Brasília, DF, 14 fev. 2021. Saúde Mental. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2021/02/4906588-apos-quase-um-ano-de-pandemia-brasilienses-contam-como-mantem-a-mente-sa.html>. Acesso em: 5 jul. 2021.

OLIVEIRA, G. *et al.* Serviço especializado de saúde mental no SAMU/DF: implementação do regime ininterrupto de funcionamento. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 35., 2017, São Paulo. **Anais** [...]. Local: editora, 2017.





## 2 Crise e Primeiros Socorros Psicossociais

### 2.1 O que é crise?

Vivenciar uma crise é uma experiência natural inerente ao ser humano, que se relaciona a movimentos do indivíduo no esforço de buscar um equilíbrio entre si mesmo e o seu entorno (WAINRIB; BLOCH, 2000). Estudos sugerem que cerca de 90% da população vai passar por ao menos um evento estressor potencialmente traumático ao longo da vida (SILVA *et al.*, 2013). Assim, faz-se necessário entender esse processo de ruptura, que pode acontecer na maioria de nós, e não somente no paciente com transtorno mental.

A literatura identifica que vivenciaremos crises ao longo do nosso ciclo de vida, com a adolescência, com a perda de um ente querido, com a saída dos filhos de casa, bem como crises circunstanciais, aquelas não previstas, como é o caso de acidentes e desastres (CARTER; MCGGOLDRICK, 1995).

Quando o ser humano passa por alguma situação em que o seu equilíbrio é rompido, a crise apresenta-se e pode ser conceituada:



A crise é uma manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio. Essa alteração no equilíbrio, gerada por um fracasso na resolução de problemas que o indivíduo costuma utilizar, causa sentimentos de desorganização, desesperança, tristeza, confusão e pânico. A desorganização emocional se caracteriza principalmente por um colapso nas estratégias prévias de enfrentamento. (WAINRIB; BLOCH, 2000 *apud* SÁ; WERLANG; PARANHOS, 2008, p. 2).

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.



Dessa forma, pode-se identificar quatro elementos para reconhecer-se uma pessoa em crise:

Figura 1 - Elementos para reconhecer uma pessoa em crise



Fonte: Townsend (2002); Everly; Mitchell (1999); Jacobs et al. (2016).

Pode-se resumir a figura acima da seguinte maneira:

- *Incidente crítico ameaçador*: geralmente é uma situação que a pessoa identifica como perigosa/ameaçadora à sua integridade física/emocional. Esse incidente é subjetivo, no sentido de que é a própria pessoa que o avalia como fonte de ameaça à sua vida. Deve-se ter cuidado com isso, pois cada indivíduo possui a sua história de vida, com suas vulnerabilidades e potencialidades. Jamais se deve julgar e avaliar se algum evento (externo ou interno) é demasiadamente estressor a partir de referências e das vidas pessoais. Tal postura seria um grande erro. Cada um de nós, ao longo da vida, desenvolve habilidades e estratégias para lidar com problemas e estressores – alguns possuem mais estratégias, outros menos, a depender de como foram suas histórias e de cada situação específica.

- *Reação emocional intensa*: diante de uma situação de estresse, de perigo e de ameaça, tendemos a reagir de maneira intensa. Isso pode ocorrer





de modos diferentes: choro, irritabilidade, crises de ansiedade ou recolhimento e paralisia (mutismo, estado catatônico, embotamento afetivo). Manifestações externas são os comportamentos observáveis, e as manifestações internas são os comportamentos não observáveis, aqueles que acontecem no interior da pessoa (pensamentos, sentimentos e reações somáticas).

- *Estratégias habitualmente utilizadas não funcionam:* geralmente, diante de uma situação de intenso estresse, o indivíduo se esforçará para colocar em prática estratégias desenvolvidas ao longo da sua vida. Contudo, pode acontecer de essas estratégias não serem eficazes para resolver a situação. Ao se atender uma ocorrência de crise, pode-se levantar questionamentos sobre o que a pessoa tentou fazer para solucionar seu estresse, e, na resposta, podem transparecer tentativas ineficazes de solução. Desse modo, é possível observar quais são as estratégias mais ou menos eficazes para a pessoa naquela situação específica.



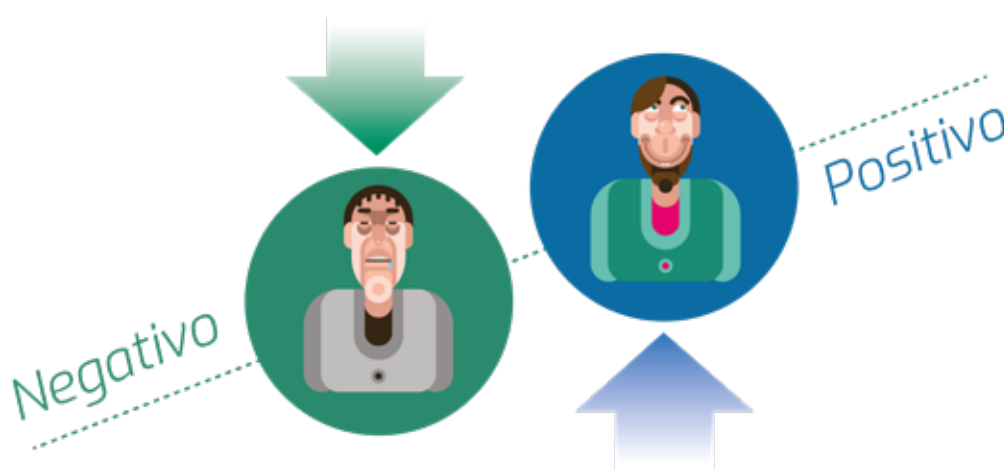
**Exemplo:** Uma pessoa liga para o SAMU informando que sua mãe está desesperada, chorando, puxando os cabelos, quebrando tudo em casa e que está com medo de ela tentar suicídio. Ao se chegar à cena, vê-se a mãe do solicitante sentada no chão, entre a cama e a parede do quarto, e a casa toda revirada. Ela está muito chorosa e, inicialmente, não consegue falar. Após uma intervenção para acolhê-la e tranquilizá-la, a mãe relata um conflito com seu marido, que havia decidido sair de casa. Questiona-se se ela já havia passado por algo semelhante no passado e como reagiu à época (isso representa a avaliação das estratégias habituais da mãe). Essa mãe informa que já havia passado por períodos de relacionamento no passado e que, em todos eles, “entupia-se” de remédios para dormir e “desligava-se” por dias. Percebe-se, então, uma estratégia simples de “fuga”, de repressão da dor. Desse modo, nessa nova crise, semelhante às anteriores, surge a oportunidade de a mãe lidar de maneira diferente com a situação, como que elaborando melhor o ocorrido e desenvolvendo-se enquanto ser humano. “Varrer para baixo do tapete” não tem acrescentado algo relevante

a suas experiências nem a tornado mais resiliente. O acolhimento à crise é o primeiro passo para, posteriormente, surgirem novas estratégias que não a deixem tão vulnerável (o que pode, de fato, ocasionar um risco de autolesão ou mesmo suicídio), caso volte a passar por uma situação semelhante. O atendimento e acolhimento à crise previnem danos posteriores.

- *Estado de desequilíbrio emocional e desorganização:* após o incidente crítico ameaçador, o indivíduo vivencia uma reação emocional intensa, que, como consequência, motiva-o a colocar em prática as estratégias desenvolvidas ao longo de sua vida, apesar de estas não serem eficazes. Assim, ocorre a “ruptura” com o seu habitual equilíbrio, com grande desorganização emocional e funcional. Pode ocorrer dificuldade na comunicação, na reação, no autocuidado, bem como no trabalho.

## 2.1.1 Possíveis desfechos de uma crise

Figura 2 - Possíveis desfechos de uma crise



Fonte: Sá, Werlang e Paranhos (2008).

Então, compreendendo que a crise é uma consequência, uma reação diante de uma situação de “ameaça”, é importante que se compreenda que dela podem decorrer



desfechos positivos e/ou negativos (SÁ; WERLANG; PARANHOS, 2008). As crises apresentam começo, meio e fim, sendo o fim o desfecho, que pode ser positivo ou negativo.

De fato, a resolução positiva ou negativa dependerá da gravidade do evento que a precipitou, e, como Caplan (1964), precursor da Teoria da Crise, define, a resolução também dependerá dos recursos pessoais do indivíduo e dos recursos ambientais/sociais que estarão acessíveis a ele. (PARANHOS; WERLANG, 2015).

Durante os atendimentos, é possível encontrar pessoas que vivenciaram desfechos negativos de crises passadas, as quais, muitas vezes, já desenvolveram fobias, traumas e transtornos mentais após passarem por algum incidente crítico. Contudo, nessa nova crise, pode haver um desfecho positivo, caso recebam intervenção e suporte adequados. Assim, elas podem desenvolver habilidades de enfrentamento e novos recursos de resolução de problemas, aumentando seu repertório de estratégias para lidar com essa e com possíveis próximas crises. O fundamental não é apenas prevenir a crise ou deixar de passar por ela, e sim passar “melhor” por ela, uma vez que crises são imprevisíveis. Portanto, ter um desfecho positivo significa que há o desenvolvimento de novas habilidades de enfrentamento, resiliência, melhor adaptação e mudança de hábito.



Alguns especialistas no estudo de crise notaram que, após um desastre, algumas pessoas conseguem ter uma mudança positiva e transformadora em suas vidas, para além da adaptação à adversidade. Em geral, a literatura sugere que as *“mudanças enquadradas como crescimento pós-traumático tendem a se correlacionar com as seguintes características: maior sensação de força pessoal; perspectiva diferente sobre relacionamentos; mudança na filosofia de vida, como um maior apreço por ela; e crescimento espiritual.”* (KASHDAN; KANE, 2011 *apud* VASCONCELOS, 2015, p. 21).

Passar “melhor” pela crise não é não sofrer ou não ter dores, mas conseguir lidar com as dificuldades próprias de cada situação, o que costuma funcionar melhor com suporte profissional, social, familiar, visando a um desfecho satisfatório para o indivíduo. Com essa finalidade, foram estudados e desenvolvidos os Primeiros Socorros Psicossociais.

## 2.1.2 Como as situações de crise afetam as pessoas?

O incidente crítico, por si só, não é o único determinante para a ocorrência da crise. Todos podem lidar com situações difíceis, mas, em algumas situações e para algumas pessoas, pode ser necessário maior ou menor auxílio. Isso não conota fraqueza ou incapacidade, mas é importante que se saiba que uns lidarão melhor com algumas situações e terão maior dificuldade em outras, enquanto outros poderão reagir de modo contrário. A literatura confirma a especificidade de se “prestar atenção na percepção do indivíduo frente ao evento, e não só a gravidade do mesmo isoladamente.” (LIRIA; VEGA, 2002; SÁNCHEZ; AMOR, 2005).

Embora o foco sejam as pessoas que vivenciam as situações de crise e, conseqüentemente, apresentam instabilidade emocional, é importante destacar que existem indivíduos que dispõem da capacidade de resistência emocional e de adaptação e flexibilidade diante de situações traumáticas. Essa capacidade é chamada de “resiliência”.

Essas pessoas resilientes mantêm uma estabilidade emocional sem afetar o seu funcionamento geral quando acometidas por situações traumáticas (POSECK; BAQUERO; JIMENEZ, 2006). Assim, apesar de passarem por uma situação potencialmente traumática, pessoas resilientes não entrarão em crise ou passarão mais facilmente pela situação e conseguirão continuar realizando suas atividades diárias.

Portanto, nos atendimentos de urgência e emergência, faz-se necessário observar as reações que cada pessoa apresenta, pois algumas podem ter reações leves e outras, reações mais severas. Elas podem sentir-se ansiosas, anestesiadas ou insensíveis.

A maneira como cada uma vai reagir dependerá muito de fatores como:



- Natureza e severidade do(s) evento(s) ao(s) qual(ais) foi exposta;
- Vivência anterior de situações de crise;
- Apoio que recebeu de outras pessoas durante a vida;
- Estado de saúde física;
- Histórico pessoal e familiar de problemas de saúde mental;
- Cultura e tradições pessoais; e
- Idade.

Figura 3 - Fatores Influenciadores



Fonte: Paranhos e Werlang (2015).

### 2.1.3 Reações esperadas em uma crise

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).

É natural que o indivíduo apresente reações interpretadas como negativas. Essas respostas fazem parte de um sistema de autopreservação, que o auxilia quando em situação de perigo.

Uma parte das pessoas expostas a um incidente crítico apresenta condições para retornar ao nível prévio de funcionamento no período após a sua ocorrência/resolução (geralmente, de quatro a seis semanas) e não vai necessitar de qualquer tipo de intervenção psicológica posteriormente.

Por isso, é relevante que se conheçam essas reações para que não seja patologizada a expressão desses sintomas e para que estes não sejam entendidos como um problema. Inclusive, é recomendável que a pessoa seja orientada, a fim de que ela entenda que essas reações são esperadas e podem durar de quatro até oito semanas, a depender da situação e do indivíduo. Oferecer explicações sobre os sentimentos e as reações em uma crise, ou mesmo sobre os sintomas de algum transtorno, assim como falar sobre seu prognóstico e sua evolução são um tipo de psicoeducação.

Muitas pessoas podem sentir-se sobrecarregadas, confusas ou muito desorientadas quanto ao que está acontecendo. Elas podem sentir-se amedrontadas, ansiosas, anesthesiadas ou insensíveis (OPAS, 2015).

Nas primeiras 48 horas e em até quatro semanas após o incidente crítico, as reações a seguir são frequentes e podem diminuir ou desaparecer.



### Quadro 1 - Reações Emocionais / Reações Cognitivas

Reações Emocionais	Reações Cognitivas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choque emocional</li> <li>• Humor depressivo</li> <li>• Ansiedade</li> <li>• Pânico</li> <li>• Culpa</li> <li>• Raiva</li> <li>• Medo</li> <li>• Desespero</li> <li>• Irritabilidade</li> <li>• Embotamento afetivo</li> <li>• Sentimento de luto/pesar</li> <li>• Vulnerabilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção dispersa</li> <li>• Dificuldade de concentração</li> <li>• Dificuldade de tomada de decisão</li> <li>• Baixa autoeficácia</li> <li>• Descrença</li> <li>• Negação</li> <li>• Alteração da memória</li> <li>• Confusão</li> <li>• Distorção</li> <li>• Pensamentos intrusivos</li> <li>• Preocupação</li> </ul>

Fonte: Paranhos e Werlang (2015).

### Quadro 2 - Reações Físicas / Reações Comportamentais

Reações Físicas	Reações Comportamentais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão arterial</li> <li>• Taquicardia</li> <li>• Dificuldade respiratória</li> <li>• Fadiga</li> <li>• Insônia</li> <li>• Hiperalerta</li> <li>• Queixas somáticas</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Sede</li> <li>• Alteração do apetite</li> <li>• Arrepios e suores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luta ou fuga</li> <li>• “Congelado ou imobilizado”</li> <li>• Obediência automática</li> <li>• Alienação</li> <li>• Abandono de atividades</li> <li>• Desconfiança</li> <li>• Problemas no trabalho</li> <li>• Conflito</li> <li>• Agitação</li> <li>• Abuso de substâncias</li> </ul>

Fonte: Paranhos e Werlang (2015).

Essas reações diante de uma situação de grande estresse ou de grande perigo fazem parte de um sistema de autopreservação da pessoa. Principalmente nas primeiras 48 horas, o indivíduo pode apresentar muitos sintomas, que podem ser “de ordem física, emocional, cognitiva e/ou interpessoal” (SILVA *et al.*, 2013, p. 95-96). Entretanto, se o acolhimento e o atendimento não tardarem a acontecer, os sintomas podem ser mais brandos ou até desaparecer rapidamente.

Apesar de as reações serem esperadas, a literatura mostra que até 30% desses indivíduos não irão recuperar-se após a crise, e os sintomas continuarão por meses. Nesses casos, há risco de desenvolvimento de transtornos mentais, como transtorno por uso de substância, ansiedade, transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático (SÁ; WERLANG; PARANHOS, 2008).

Talvez uma das reações comuns e de difícil manejo seja o abuso de substâncias. As pessoas que já estavam fazendo uso delas podem potencializar seus efeitos ou aquelas que não usavam podem procurar medicações, álcool e outras drogas para sentirem-se “anestesiadas” e aliviadas quando em uma crise. O abuso de substâncias, se não devidamente abordado e ressignificado, pode ter como consequência para o indivíduo o desenvolvimento de transtorno por uso de substância.

Assim, perante uma situação de crise, é fundamental que o profissional avalie o uso de alguma substância por parte da pessoa em sofrimento (não se recomenda o uso de substância, exceto por prescrição e acompanhamento médico, para lidar com a crise). Se o objetivo do uso é o de anestesiarse e, assim, não ter contato com a dor, essa não é uma boa estratégia para resolução de crise.

## 2.2 Primeiros Socorros Psicossociais

### 2.2.1 O que são?

Já compreendemos que diferentes eventos, como desastres, incêndios, calamidades, acidentes, guerras e violência interpessoal, podem acarretar sofrimento, estresse e trauma. Diante de tais contextos, as comunidades, as famílias e os indivíduos podem ser afetados (PARANHOS; WERLANG, 2015).

Segundo Silva *et al.* (2013), os principais eventos estressores potencialmente traumáticos referem-se à



violência interpessoal (assaltos, sequestros, agressão física, acidentes de trânsito e abuso sexual) e catástrofes naturais (enchentes, terremotos, erupções vulcânicas, epidemias, ataques de animais, avalanches e tornados). (SILVA *et al.*, 2013).



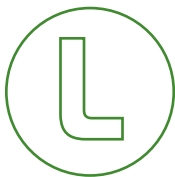


Nessas situações de emergência, a abordagem dos Primeiros Socorros Psicossociais (PSP), reconhecida pela OPAS e OMS, contém um conjunto de habilidades e competências que auxiliam qualquer pessoa treinada a reduzir o sofrimento inicial causado por um incidente crítico. Além disso, os PSP controlam o impacto emocional e previnem aqueles relacionados com o trauma e, por isso, possibilitam que a pessoa retorne a um nível de funcionamento anterior à crise, prevenindo qualquer complicação decorrente do quadro agudo.

Por Primeiros Socorros Psicológicos, entende-se o seguinte:



*Todo o ato psicossocial que tenha a intenção de restabelecer ou proporcionar conforto e funcionamento durante ou imediatamente após o incidente, potenciando os recursos internos, normais, da pessoa afetada, no local ou nas imediações da ocorrência do incidente. (BRITO; ARRIADA; GOUVEIA, 2015).*



#### **LEMBRETE**

O atendimento em PSP **não é de exclusividade** de nenhuma categoria profissional – psicólogo, psiquiatra ou enfermeiro. A Organização Mundial de Saúde diz que qualquer pessoa treinada pode prestar o primeiro socorro.

O PSP tem como objetivo geral a contextualização e resolução eficaz e rápida das respostas emocionais no evento (ou eventos), com vistas ao retorno ao nível prévio de funcionamento, por meio da estabilização da crise, “da normalização emocional e do foco na identificação e mobilização dos recursos pessoais e sociais disponíveis” (CARVALHO, 2011).

Sendo assim, a proposta é facilitar a ativação da parte saudável preservada da pessoa, assim como dos recursos sociais, para auxiliar no enfrentamento dos efeitos do estresse (SÁ; WERLANG; PARANHOS, 2008). Dessa forma, facilita-se ao próprio indivíduo o encontro e o desenvolvimento de um novo modo de funcionamento (social, psicológico e interpessoal) diante do novo contexto durante e após a crise. No momento da crise, o funcionamento da pessoa está falho e suas

respostas funcionais estão desativadas e desorganizadas, podendo se tornar mais receptiva à ajuda (WAINRIB; BLOCH, 2000; LIRIA; VEGA, 2002).

Apesar de a crise em geral resolver-se em até quatro-seis semanas, mesmo após a resolução do evento estressor, a desorganização emocional pode durar mais tempo e, se não houver intervenção, pode durar anos e cronificar-se.

Por fim, os PSP não são a prioridade quando há risco de vida iminente, ferida ou dor física. Nesse caso, os cuidados médicos são prioridade, e os PSP ocorrerão em um segundo momento.



### LEMBRETE

A crise deve ser encarada como um momento de perigo e de risco, mas também como uma oportunidade de mudança. É importante que sempre se pense nesses “dois lados” da crise, para que se dê atenção aos cuidados que se fazem urgentes, mas também às potencialidades do momento, para que se auxilie a pessoa a construir outros caminhos. (BOFF, 2002).

## 2.2.2 Habilidades do profissional

De acordo com Moreno *et al.* (2004), os profissionais que atuam com PSP devem ser:

- Ativos;
- Diretos;
- Resolutivos;
- Ágeis; e
- Flexíveis para colocar em prática ações de resolução de problemas.

Após o atendimento do paciente, as práticas baseadas em evidências indicam a necessidade de um seguimento breve e, se necessária, a transição de cuidados para os diferentes níveis de atenção em saúde, em um modelo de articulação, em rede, com equipes e trabalho interdisciplinar.



## 2.2.3 Objetivos dos PSP

- Minimizar sofrimento;
- Oferecer apoio e cuidados práticos não invasivos;
- Ajudar a suprir necessidades básicas;
- Escutar as pessoas, sem pressioná-las a falar;
- Confortar as pessoas e auxiliá-las, a fim de se sentirem calmas;
- Ajudar a pessoa na busca de informações, serviços e suporte social;
- Proteger o paciente de danos adicionais; e
- Facilitar a pronta retomada das atividades.

Obs: os PSP são uma intervenção pontual. Os indivíduos precisarão retomar as suas próprias habilidades para se recuperarem a longo prazo (OPAS, 2015).

## 2.2.4 Pilares do Primeiro Socorro Psicossocial

É importante que os profissionais que atuam com PSP tenham em mente os seguintes pilares:

### *Explicar cada princípio de maneira resumida*

**1- Segurança:** significa que, em primeiro lugar, o socorrista deve verificar se há segurança para a equipe e depois para o paciente. O profissional não deve se arriscar. Deve observar se a cena está segura, se o paciente está portando algum tipo de objeto ou se está com as mãos no bolso ou para trás (isso pode indicar que ele está com algum objeto). Posteriormente, se a cena estiver segura para o socorrista, este deve procurar proteger o paciente da exposição, a fim de minimizar ou evitar o estímulo ou ameaças do que pode ter dado início à crise. Além disso, deve solicitar que terceiros ou mesmo familiares se retirem da cena, caso não possam contribuir ou apenas causem estresse no ambiente.

**2- Estabilização emocional:** a estabilização é uma parte crucial dos Primeiros Socorros e é feita pela escuta ativa e pela psicoeducação. O socorrista deve lembrar-se de que o paciente está em um momento de reação emocional intensa e possivelmente “desorganizada”. Sem estabilização emocional, não será possível que o paciente siga as orientações, pois não estará disponível para escutá-las, e a agitação poderá contagiar pessoas ao redor – familiares, vizinhos – e até os próprios socorristas.

Durante a escuta ativa (voluntária e não forçada), o profissional que faz os PSP deve colocar questões abertas e reflexivas, com intuito de:

- Identificar os aspectos mais importantes da experiência traumática do indivíduo;
- Identificar informações gerais sobre o ocorrido e o estado atual do indivíduo (reações associadas);
- Parafrasear o que é verbalizado pela vítima, de modo a validar e normalizar as suas reações, sentimentos e emoções mais imediatas após o episódio. (McCABE *et al.*, 2014)

O socorrista, em um primeiro momento, pode acreditar que a escuta ativa envolverá perda de tempo, pois há um costume de protocolos serem cumpridos no menor tempo possível. Contudo, a escuta ativa visando à estabilização emocional poderá auxiliar na resolução de diversos atendimentos, sem necessidade de transporte do paciente a uma unidade hospitalar, o que poderá resultar, ao final, em ganho de tempo e em uma valiosa economia de recursos. A longo prazo, esse paciente terá maior chance de aderir a um tratamento, evitando-se novos chamados e atendimentos recorrentes.

Estratégias de psicoeducação envolvem:

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



Assim, a estabilização das emoções contribui para a diminuição dos níveis de estresse e preocupação e pode auxiliar em termos da adoção de algumas estratégias para enfrentamento da crise.

**3- União:** significa a união/ponte que o socorrista fará com a pessoa em crise e seu núcleo familiar, social ou com amigos próximos (alguém de confiança para a vítima), para fornecer informações precisas e pertinentes, além de direcionar a pessoa aos serviços de apoio disponíveis na região.

Por fim, os prestadores de Primeiros Socorros Psicossociais devem transmitir uma perspectiva positiva, otimista e realista sobre a recuperação pós-evento traumático (HOBFOLL *et al.*, 2007).

**4- Autoeficácia:** este item diz respeito ao envolvimento ativo da pessoa em crise na tomada de decisão e na definição de prioridades para resolução imediata dos problemas. A depender da desorganização em que ela se encontra, e se a estabilização emocional tiver sido eficaz, o socorrista deve colocá-la a par das decisões, mesmo que limitadas, de acordo com o estado dela. Podem ser feitos questionamentos simples como: *“Quem é a pessoa de confiança para quem devemos ligar?”* ou *“Vou ligar para a sua mãe ou para o seu pai?”*.

Essa atitude, apesar de simples, influencia a ativação dos recursos saudáveis da pessoa e a faz sentir-se fortalecida para o enfrentamento da situação.

**5- Esperança:** uma pessoa em crise, além de desorganizada, muitas vezes está perdida e sem esperança. A desesperança decorre da sensação de que a situação e o rompimento de equilíbrio serão eternos e de que a vida não voltará a ser como antes. Apesar de o profissional de saúde compreender que é um momento passageiro, a pessoa em sofrimento acredita que aquele período nunca irá passar e que está tudo perdido e sem solução.

Portanto, o profissional irá emprestar a sua esperança para a pessoa em crise. Entenda por “emprestar esperança” como transmitir uma visão positiva, com possibilidades, mas NUNCA uma visão irreal ou falsa. Não se deve transmitir uma informação falsa só para ser positivo nem para conseguir um objetivo imediato (para encerrar ou acelerar o atendimento, por exemplo), pois isso irá influenciar negativamente a possibilidade de adesão futura da pessoa a tratamentos ou mesmo a confiança dela em profissionais de saúde ou de APH.

## 2.2.5 Dividindo os PSP em três passos

- 1- Observação direta:** a primeira informação pode ser recolhida pela observação direta da pessoa. Apesar das diferenças culturais e/ou religiosas, existem sinais “universais” do desconforto psicológico que a pessoa possa estar sofrendo. Reparar se existem “líquidos” visíveis, como suor, lágrimas ou urina, pode ajudar a evidenciar o grau de ansiedade, medo ou horror que o indivíduo possa estar sentindo. Um comportamento muito agitado ou, inversamente, uma atitude de como se a pessoa estivesse imobilizada, bloqueada ou “congelada”, por vezes com o olhar preso no “infinito”, pode indicar um elevado sofrimento psicológico.
- 2- Avaliação:** nesta fase, deve ser feita a avaliação do estado emocional da pessoa, das estratégias utilizadas para lidar com o incidente crítico (atuais e prévias), da existência e da disponibilidade de suporte social e familiar (em conjunto com a avaliação de papéis e funções de cada um dos elementos e da existência de redes formais e informais de apoio), de necessidades específicas e da existência de condições de segurança e risco (suicídio, entre outros). Essa fase permite o estabelecimento de um vínculo e de uma relação de confiança, a partir da qual se poderá desenvolver o programa.
- 3- Orientação:** após um incidente crítico e perante o desequilíbrio emocional provocado por ele, pode existir a necessidade de ensinar-se ou reorientar-se a pessoa para a utilização de estratégias mais adaptativas com vistas à resolução do incidente. Nessa fase, a resolução instrumental de problemas relacionados (ou não) ao incidente crítico contribui para melhorar a percepção de autoeficácia, para que seja possível a pessoa lidar com dificuldades nas “novas” rotinas. Essa nova perspectiva facilita a devolução à pessoa do seu sentido de vida, o qual, após um incidente crítico, como perda de entes queridos, término de relacionamentos, notícia de doença grave, desastres, vítimas de violência, etc., pode ter sido alterado.

Por fim, é importante destacar que o Ministério da Saúde desenvolveu protocolo para atendimento de uma crise em saúde mental, o qual apresenta ótimas informações e exemplifica como se deve dar o manejo no momento da crise, usando-se, para tanto, todos os preceitos aqui identificados (BRASIL, 2016).



## 2.2.6 Cuidar-se

Quem cuida do outro precisa de atenção redobrada para sua própria saúde. Para que o profissional possa prestar um bom atendimento, é necessário que a sua saúde física e mental esteja em boas condições.

Quando se trabalha em equipe, é importante que se preste atenção ao bem-estar dos colegas de trabalho.



## Referências

BOFF, L. **Crise: oportunidade de crescimento**. Campinas: Verus Editora, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRITO, B.; ARRIAGA, M. T.; GOUVEIA, S. **Manual de apoio psicossocial para migrantes**. Lisboa: APAV/DGS/CVP, 2015.

CAPLAN, G. **Principles of Preventive Psychiatry**. New York: Basic Books, 1964. 304 p.

- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. 512 p.
- CARVALHO, M. D. Emergências psicológicas. Intervenção na crise perante a morte de um familiar. *In*: CARVALHO, M. **Estudos sobre intervenção psicológica em situações de emergência, crise e catástrofe**. Portimão: ISMAT, 2011. p. 53-66.
- EVERLY, G. S.; MITCHELL, J. T. **Critical incident stress management**. Ellicott City, MD: Chevron, 1999.
- HOBFOLL, S. E. *et al.* Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. **Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes**, v. 70, n. 4, p. 283-315, 2007.
- JACOBS, G. A. *et al.* Disaster mental health and community-based psychological first aid: Concepts and education/training. **Journal of Clinical Psychology**, v. 72, n. 12, p. 1307-1317, 2016.
- KASHDAN, T. B.; KANE, J. Q. Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. **Personality and Individual Differences**, v. 50, n. 1, p. 84-89, jan. 2011.
- LIRIA, A. F.; VEGA, B. R. **Intervención en Crisis**. Madrid: Editorial Sintesis, 2002. 176 p.
- McCABE, O. L. *et al.* Psychological first aid: a consensus-derived, empirically supported, competency-based training model. **American Journal of Public Health**, Washington, DC v. 104, n. 4, p. 621-628, 2014.
- MORENO, R. R. *et al.* **Intervención Psicológica en Situaciones de Crisis y Emergencia**. Madrid: Dykinson, 2004. 84 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da mídia. Genebra: Departamento de Saúde Mental, 2000.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Primeiros cuidados psicológicos**: guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF: OPAS, 2015.
- PARANHOS, M. E.; WERLANG, B. S. G. Psicologia nas Emergências: uma Nova Prática a Ser Discutida. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, DF v. 35, n. 2, p. 557-571, abr./jun. 2015.





POSECK, B. V.; BAQUERO, B. C.; JIMÉNEZ, M. L. V. La Experiencia Traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y Crecimiento Postraumático. **Papeles del Psicólogo**, v. 27, n. 1, p. 40-49, 2006.

SÁ, S. D.; WERLANG, B. S. G; PARANHOS, M. E. Intervenção em crise. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, 2008.

SÁNCHEZ, J. I. R.; AMOR, J. L. M. **Intervención Psicológica en las Catástrofes**. Madrid: Editorial Síntesis, 2005.

SILVA, T. L. G. *et al.* Primeiros Socorros Psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 93-104, 2013.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VASCONCELOS, T. P. **Atenção psicológica em situações extremas: compreendendo a experiência de psicólogos**. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2015.

WAINRIB, B.; BLOCH, E. **Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma: teoría y práctica**. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000, 183 p.





## 3 Comunicação Terapêutica

### 3.1 Preceitos básicos: aspectos ambientais, construção do vínculo, observação e comunicação

Quando se oferece ajuda ao paciente, é necessário que se tenham em mente alguns preceitos básicos. É importante que o socorrista procure:

#### *1 - Garantir a segurança do paciente e da equipe*

- Aproximar-se do paciente de forma calma e silenciosa, desde que este consinta (nome, serviço, função);
- Posicionar-se de frente, usando tom de voz normal, e evitar o uso de diminutivos;
- Tentar direcionar o paciente para um local calmo e com privacidade, de forma que possa conversar com ele e oferecer a abordagem adequada;
- Proteger o paciente do olhar de estranhos e da mídia; e
- Esclarecer o paciente sobre o sigilo profissional.

#### *2 - Formar o vínculo com o paciente*

- Permitir ao paciente falar, deixando-o o mais confortável possível (não se deve pressionar o paciente);
- Orientar o paciente sobre o seu estado atual e, se possível, sobre os procedimentos a serem efetuados;
- Adotar uma postura calma, tranquila, segura, empática e acolhedora, com gestos confiantes e não ameaçadores;
- Tratar o paciente pelo nome, não utilizando nomes jocosos; e
- Manter o olhar no paciente (observá-lo).

### *3 - Ajudar a tranquilizar o paciente*

- Manter tom de voz tranquilo e contato visual;
- Lembrar a pessoa de que você, o socorrista, está ali para ajudar e de que ambos estão seguros;
- 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;
  - Tocar os dedos ou as mãos no próprio colo;
  - Concentrar-se na sua respiração e respirar vagarosamente; e
  - Procurar algo tranquilizador no ambiente.

### *4 - Ajudar o paciente em crise, que está apresentando delírios*

- Obter informações dos familiares;
- Jamais dizer que o que o paciente está sentindo é mentira ou “coisa da cabeça” dele;
- Não “tomar partido” dos familiares; e
- Dizer que acredita no que o paciente está dizendo, porém deve-se ressaltar que ele não consegue perceber a situação da mesma maneira. Ou seja, não se deve estimular “nem dar corda” à produção delirante.

### *5 - Respeitar pausas silenciosas*

- Respeitar as pausas, quando ocorrerem. Isso permite a reordenação do pensamento e alívio da tensão;
- Respeitar o paciente se ele não quiser ou não conseguir falar. Não se deve completar as frases do paciente, pois isso



atrapalha o processo de elaboração do paciente e pode, inclusive, quebrar o vínculo; e

- Estimular a própria pessoa a concluir as frases e o raciocínio. Quando se “atravessa” a fala do paciente e se completa seu raciocínio, isso mostra ansiedade e impaciência do profissional.

## *6 - Manter o canal de comunicação aberto*

- Estar disponível, sempre que o paciente procurá-lo para se expressar, deixando espaço para que ele possa perguntar, tirar dúvidas, repetir assuntos ou pedir orientação.

## *7 - Ser honesto*

- Explicar que não é possível acatar a opinião do paciente e explicar o motivo, sempre ouvindo o que ele tem a dizer; e
- Não agir como se devesse resolver todos os problemas da pessoa.

## *8 - Ajudar o paciente a encontrar soluções*

- Não dar conselhos;
- Auxiliar o paciente a organizar as ideias;
- Evitar emitir opinião pessoal; e
- Perguntar ao paciente como ele deseja resolver o problema, ajudando nessa busca, mas sem “dar a solução”.

## *9 - Repetir, resumir e relacionar ideias para o paciente*

- Repetir as ideias em momento oportuno, de forma reduzida, para verificar a compreensão do paciente; e

- Procurar relacionar as ideias apresentadas e a influência do conteúdo delas no estado do paciente, levando em consideração a comunicação verbal e não verbal.

## *10 - Focalizar e centrar o assunto no paciente*

- Mostrar que deseja ouvi-lo, entendê-lo e encaminhá-lo para assistência adequada; e
- Evitar que o paciente se torne entrevistador.

## *11 - Impor limites*

- Impor limites com finalidade terapêutica, e não por orientação pessoal, medo ou prevenção;
- Geralmente, a comunicação e a postura do profissional são suficientes para que se imponham limites;
- Esclarecer as regras;
- Diminuir os estímulos do ambiente;
- Retirar os familiares do local, caso estejam sendo motivo de raiva ou desestabilização do paciente; e
- Evitar que haja manipulação por parte do paciente, de familiares ou de terceiros. Para tanto, os profissionais devem ter atitudes padronizadas.









## 4 Transtornos mentais

### 4.1 O que são transtornos mentais?

Transtornos mentais são alterações psíquicas que podem afetar qualquer pessoa e em qualquer idade, muitas vezes com repercussões físicas, sociais e laborais. São vários os transtornos mentais, e sua origem é multifatorial, o que significa dizer que eles decorrem não de uma causa única, mas de múltiplos fatores (modificações genéticas, personalidades, alterações ambientais, que podem ser “gatilhos”/fatores estressores). Estima-se uma prevalência de 17 a 35% de transtornos mentais na população brasileira (SANTOS *et al.*, 2019).

### 4.2 Transtorno depressivo

Entre os transtornos mentais mais prevalentes, a depressão tem grande importância. Ela afeta o humor, a disposição e os sentimentos. Ao longo da vida, estima-se que poderá atingir até um terço da população, sendo mais frequente em mulheres do que em homens. A maior frequência de casos ocorre na 2ª e na 3ª década de vida, e essa é a doença mais associada ao suicídio (HALES; YUDOFKY, 2012; BERTOLETE; FLEISCHMANN, 2002).



Alguns importantes fatores de risco associados à depressão são: presença de transtornos depressivos em familiares; presença de episódios depressivos prévios; eventos negativos na vida; exposição à violência; e ausência de suporte familiar e social.

Os critérios diagnósticos, para que se identifique depressão maior, segundo o DSM-V, devem indicar um número  $\geq 5$  dos sintomas listados abaixo, os quais devem estar presentes quase todos os dias, durante o mesmo período, por pelo menos duas semanas. Um deles deve ser obrigatoriamente o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer:

- Humor deprimido durante a maior parte do dia;
- Diminuição acentuada do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia;
- Ganho (ou perda) ponderal significativo (> 5%) ou diminuição ou aumento do apetite;
- Insônia (muitas vezes insônia de manutenção do sono) ou hipersonia;
- Agitação ou atraso psicomotor observado por outros (não autorrelatado);
- Fadiga ou perda de energia;
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada;
- Capacidade diminuída de pensar, concentrar-se ou indecisão; e
- Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Essa grande gama de sintomas mostra quão ampla pode ser a manifestação clínica de uma pessoa deprimida. Por esse motivo, é importante que se conheçam os sinais que podem indicar uma possível depressão:

- Sofrimento profundo;
- Angústia e rebaixamento do humor;
- Redução da volição;
- Irritabilidade;
- Baixa autoestima;
- Culpa;
- Fadiga;
- Atenção e concentração reduzidas;
- Alteração do sono, do apetite e da motricidade;



- Autonegligência; e
- Comportamento suicida.

Há situações, quando ocorrem, que tornam a depressão mais grave:

- Sintomas psicóticos;
- Comportamento suicida;
- Agravamento dos sintomas;
- Cronicidade dos sintomas;
- Ausência de resposta a tratamentos prévios; e
- Presença de comorbidades (outras morbidades que acompanham a depressão, como transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, fobias, transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtorno do pânico).



O tratamento da depressão maior é multidisciplinar e deve envolver psicoterapia, tratamento psiquiátrico com uso de medicações, modificações ambientais, sociais e laborais. Há outras modalidades terapêuticas, como a eletroconvulsioterapia e mesmo a estimulação magnética transcraniana, que podem ser prescritas como terapia adjuvante a casos graves específicos.

É fundamental que se conheçam e reconheçam esses aspectos da depressão, para que se realizem intervenções precoces e se evite agravamento dos quadros, perdas cognitivas e laborais, bem como comportamento suicida.

No atendimento no APH, o reconhecimento dos sintomas aqui citados poderá auxiliar a conduta do profissional e orientação à família e ao próprio paciente. A conduta dependerá da cronicidade, da gravidade dos sintomas, inclusive da presença, ou não, de comportamento suicida, uma vez que a depressão é um dos sintomas mais relacionados ao suicídio e à tentativa de suicídio (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).



## 4.3 Transtorno afetivo bipolar (TAB)

O transtorno afetivo bipolar é uma doença em que, além dos episódios depressivos, o paciente também apresenta episódios de mania ou de hipomania.



A mania é um período de humor anormal distinto e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, que dura pelo menos uma semana, ou menos, caso o paciente precise ser internado. O paciente pode apresentar agitação psicomotora, sudorese excessiva, comportamento sexual desinibido, verborreia, distraibilidade, grandiosidade, falta de necessidade de pensamento e fala acelerados. Em casos mais graves, pode apresentar também delírio, alucinações, comportamento agressivo ou hétero-agressivo.

A hipomania apresenta duração de até quatro dias e assemelha-se a um episódio maníaco, porém com intensidade menor, sem gravidade suficiente para causar comprometimento no funcionamento social ou ocupacional.

São sintomas comuns de mania e hipomania: autoestima inflada, necessidade de sono diminuída, distraibilidade, grande atividade física e mental e envolvimento excessivo em comportamento prazeroso. Sintomas psicóticos podem ocorrer exclusivamente nos quadros de mania.

A pessoa que apresenta TAB tipo I manifesta um ou mais episódios maníacos ao longo da vida, podendo apresentar também episódios depressivos maiores. O TAB tipo II é definido quando o paciente apresenta pelo menos um episódio de hipomania, mas não episódio de mania, e pelo menos um episódio de depressão maior ao longo da vida.

Para os atendimentos no APH, é importante que se saiba que o transtorno bipolar necessita de indicação de tratamento medicamentoso contínuo e que, em crises, pode ser necessária a internação do paciente ou o manejo clínico muito próximo, com reavaliações diárias ou em um intervalo curto de dias. As indicações principais





de internação são risco envolvendo o paciente e/ou terceiros e não adesão ao tratamento. A psicoterapia é indicada como terapia adjuvante.

A família precisa ser orientada, e o paciente necessita ser inserido na rede de saúde mental para tratamento e acompanhamento. Um transtorno bipolar não tratado pode ter evolução clínica desfavorável e prejuízo funcional grave.

## 4.4 Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença mental que afeta aproximadamente 24 milhões de pessoas no mundo. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), a esquizofrenia é uma enfermidade complexa, caracterizada por distorções do pensamento, da percepção de si mesmo e da realidade externa e por inadequação e embotamento afetivos (um tipo de comportamento em que o indivíduo apresenta dificuldade em expressar emoções e sentimentos).

É uma doença causada por fatores biológicos e psicossociais. Os fatores biológicos são ligados à genética, à anormalidade de estruturas cerebrais e à deficiência de neurotransmissores. Já os fatores psicossociais são relacionados ao indivíduo do ponto de vista psicológico e de sua interação com o seu ambiente social, como situações de ansiedade, estresse e fobia social (SILVA *et al.*, 2016).



Os sintomas mais comuns da esquizofrenia podem ser divididos em “positivos” e “negativos”. De modo simples, os sintomas positivos são alterações que surgem após o adoecimento, como delírios, alucinações e comportamento bizarro/excêntrico, enquanto os “negativos” são as perdas de funcionalidades que o paciente possuía antes do adoecimento, como perdas cognitivas, perdas sociais, perdas emotivas, que podem progredir para isolamento social e graves limitações funcionais.

É muito importante, na lógica dos atendimentos de emergências, saber que os pacientes com esquizofrenia são, frequentemente, grandes vítimas de violência

e que, em menor frequência, tornam-se agressivos ou violentos, o que ocorre em situações específicas, descritas no capítulo de agitação psicomotora.

A esquizofrenia é uma doença que necessita de tratamento contínuo com o uso de medicações antipsicóticas, para controlar a sintomatologia e para evitar ou reduzir a velocidade de seu agravamento clínico, pois possui característica progressiva. A psicoterapia pode ser indicada como terapia adjuvante.

Frequentemente, em atendimentos pré-hospitalares, o paciente com esquizofrenia entra em crise por estar sem o uso regular da medicação ou sem acompanhamento.

## 4.5 Transtornos de ansiedade

A ansiedade é uma resposta biológica e psicológica normal no ser humano. Em níveis não excessivos, é uma reação adaptativa, já que é:

- Um mecanismo de sobrevivência arcaico, menos ajustado à sociedade atual; e
- Surge normalmente em momentos de vida difíceis.

A ansiedade também possui origem multifatorial, e há várias teorias que procuram explicar sua origem, de modo sucinto, como mostram Hales, Yudofsky e Gabbard (2012):

- Teoria psicanalítica: inicialmente, ocorreria um acúmulo de libido/energia, com um sinal de “perigo” enviado pelo inconsciente e reprimido socialmente. O conflito entre desejos (agressivos/sexuais/inconscientes), entre o superego/controle e entre as normas sociais produziria sintomas ansiosos;
- Teorias comportamentais: os sintomas ansiosos estariam envolvidos com uma espécie de “aprendizagem”, como uma resposta condicionada e progressiva a situações de estresse ou desconfortáveis; e
- Teorias existenciais: sentimentos de angústia/vazio existencial, busca pelo sentido da vida/sentimento de viver em um mundo sem objetivo poderiam gerar sintomas ansiosos.



A ansiedade manifesta-se de diversas maneiras, como, por exemplo, com sintomatologia psíquica:

- Apreensão desagradável em relação ao futuro;
- “Medo sem objeto”;
- Preocupações excessivas;
- Sensação de mal-estar difuso; e
- Hipervigilância.

Existem ainda sintomas físicos, sendo os mais comuns:

- Tensão muscular;
- Aperto no peito e na garganta;
- Sintomas gastrointestinais (náuseas, diarreia);
- Taquicardia, taquipneia;
- Sudorese fria; e
- Formigamentos.

Alguns transtornos mais comuns, como depressão, transtorno de ansiedade generalizada, ataques de pânico, fobias, transtorno do estresse pós-traumático e transtorno obsessivo compulsivo, podem apresentar manifestações ansiosas.

A seguir, apresentam-se algumas técnicas para minimizar a sintomatologia em situações de crise:

1. Comunicação terapêutica;
2. Controle da respiração;
3. Relaxamento muscular progressivo; e
4. Respiração em saco de papel.

O profissional precisa ter em mente diretrizes gerais para abordar pessoas em crise, por meio da utilização da comunicação terapêutica. Ele deve:

1. Manter sempre uma atitude calma;
2. Identificar-se antes de começar a falar com a pessoa;
3. Ser breve e claro;
4. Encarar a ansiedade como uma resposta humana normal e dizer isso para as pessoas, sem acusá-las de estarem erradas;
5. Não fazer julgamentos sobre o que a pessoa está sentindo ou fazendo;
6. Pedir para a pessoa falar o que está ocorrendo com ela;
7. Auxiliar a pessoa a aceitar o que está acontecendo, sem fugir do local;
8. Permitir que a pessoa tenha momentos de silêncio;
9. Não recorrer a frases de encorajamento banais ou a falsas promessas, como, por exemplo, “Vai dar tudo certo!”, “Não há razão para se preocupar!”, “Você é muito bonita”, “Você tem tanta coisa!”, “Isso não é motivo”, “Há outras pessoas no mundo, ela vai voltar”; e
10. Recorrer a técnicas de respiração e relaxamento e ensiná-las à pessoa.



⋮ O tratamento da ansiedade é multidisciplinar e deve envolver psicoterapia, avaliação psiquiátrica, uso de medicações, modificações ambientais, sociais e laborais, conforme avaliação caso a caso.

Um tipo de atendimento que ocorre frequentemente nas emergências, incluindo-se os do APH, são os das crises conversivas e dos episódios de somatização. São situações em que o indivíduo está em intenso sofrimento psíquico, de modo que seu limite para tolerar a situação é transpassado. Como forma de proteção reativa



e involuntária, ocorrem sintomas físicos diversos, sem correspondência com uma síndrome médica orgânica típica (exemplo: mãos e punhos se contorcendo, dores em diversas partes do corpo, mal-estar inespecífico, gemidos, entre diversas outras manifestações). É fundamental que o socorrista saiba que o paciente não tem tais sintomas porque ele quer; eles são uma defesa involuntária e inconsciente. Por isso, é tão inadequado e iatrogênico não levar as queixas do paciente a sério, caçoar dele ou querer culpabilizá-lo e infligir dor a ele como forma de puni-lo. O socorrista deve orientar e explicar a natureza do quadro para o paciente e para a sua família e acolhê-lo de forma terapêutica, sem juízos, sem pré-julgamentos.

Uma boa abordagem à pessoa em situação de crise de ansiedade, principalmente em situações de estresse agudo e que envolvem vítima de qualquer tipo de violência, mostra-se fundamental para um melhor desfecho e para uma melhor prevenção do adoecimento crônico. Outras situações muito importantes em que uma boa abordagem é fundamental são as de alto estresse, especialmente quando envolvem vítimas de qualquer tipo de violência (física, verbal, sexual, moral, institucional, entre outras). Faz-se necessária uma intervenção acolhedora durante a crise, com um acompanhamento breve desses casos e com encaminhamento às redes de referência adequada, como os NEPAVS (Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção à Violência), em se tratando de mulheres, e acionamento dos respectivos conselhos, no que se refere às demais populações vulneráveis (Conselho Tutelar para crianças e adolescentes; conselhos do idoso para os maiores de 60 anos e mesmo rede policial e órgão da justiça para o auxílio nesse acolhimento e sistema legal).



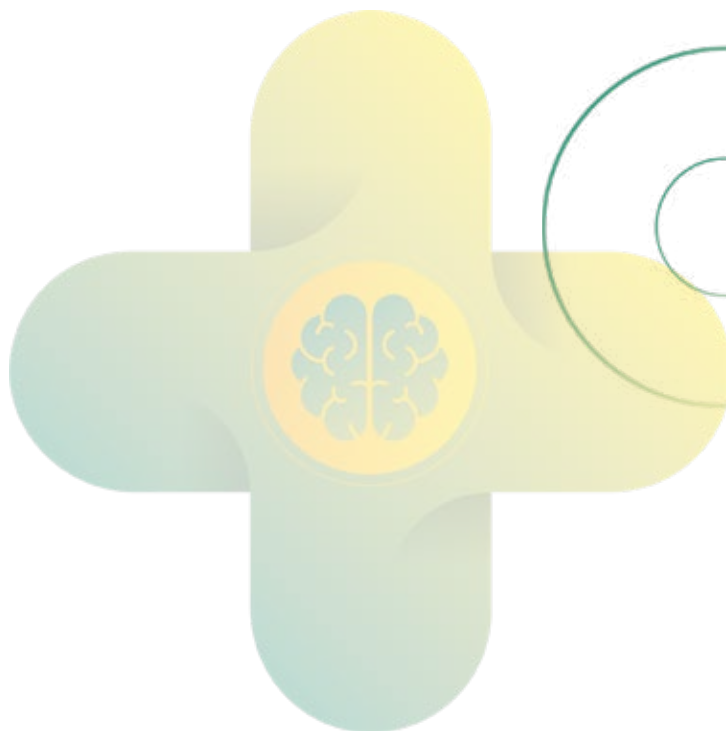
## Referências

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. **World Psychiatry**, Itália, v. 1, n. 3, p. 181-185, 2002.

HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C.; GABBARD, G. O. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1819 p.

SANTOS, G. B. V. dos *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-10, 2019.

SILVA, A. M. *et al.* Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 30, p. 18-25, jan./mar. 2016.











## 5 Urgências envolvendo substâncias psicoativas (SPA)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo droga “refere-se a qualquer entidade química ou mistura de entidades que altere a função biológica e possivelmente a estrutura do organismo” (MALBERGIER; AMARAL, 2013). As chamadas substâncias psicoativas ou drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro, modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, na percepção, no comportamento e nos estados da consciência.

Droga é apenas um dos componentes da tríade que leva à dependência. O próprio indivíduo e a sociedade/o ambiente são outros fatores associados. Isso mostra quão vastas e variáveis podem ser as possibilidades. Existem alguns tipos de substâncias:

1 - Drogas depressoras do SNC: álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, inalantes e opiáceos – essas drogas diminuem a atividade cerebral, fazendo com que o organismo funcione lentamente, reduzindo a atividade psicomotora, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual;

2 - Drogas estimulantes do SNC: anfetaminas, cocaína e tabaco – essas drogas aceleram a atividade cerebral, fazendo com que o usuário fique “ligado”, o que conduz, como consequência, a um estado de alerta exagerado, à insônia, a um sentimento de perseguição e à aceleração dos processos psíquicos;

3 - Drogas perturbadoras do SNC: maconha, alucinógenos, LSD, ecstasy e anticolinérgicos – essas drogas distorcem e modificam qualitativamente a atividade cerebral, pois o usuário tem delírios, alucinações e alterações da sensopercepção (efeito sinestésico). Por esses motivos, também são chamadas de alucinógenos.

Desse modo, nota-se que diferentes comportamentos alterados podem decorrer do abuso de substâncias ou, ainda, no caso de dependência, dos sintomas de abstinência.

## 5.1 Critérios de Dependência Química (DSM-V):

1. Tolerância;
2. Síndrome de abstinência;
3. Desejo persistente;
4. Consumo maior e mais frequente que o pretendido;
5. Muito tempo gasto para obtenção ou consumo da substância;
6. Problemas legais decorrentes do uso;
7. Prejuízo em casa, trabalho ou escola decorrente do uso;
8. Uso continuado, apesar de problemas sociais e interpessoais persistentes;
9. Prejuízo das atividades sociais, profissionais ou recreacionais devido ao uso da substância;
10. Uso recorrente da substância em situações nas quais há risco para a integridade física;
11. Manutenção do uso da substância apesar da consciência de se ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente.



**2-3 critérios:** *leve;*

**4-5 critérios:** *moderado;*

**6 ou +:** *grave.*

### 5.1.1 Síndrome de abstinência:

Caracterizada por sinais e sintomas físicos e psíquicos que surgem em função da diminuição ou interrupção do uso da substância. Sua gravidade modifica-se de



acordo com a droga em questão, e sua intensidade, de acordo com a gravidade da síndrome de dependência.

O álcool é a Substância Psicoativa (SPA) que representa o principal problema de saúde pública brasileira, seja por causas diretas (doenças físicas, psíquicas) ou indiretas (acidentes, violência) ao seu uso.

É fundamental que se saiba e se reconheça que qualquer nível de consumo de álcool é prejudicial e não existe uma quantidade que seja considerada segura.

Para a adequada assistência no APH, é importante que se reconheçam as principais emergências relacionadas ao seu uso:

### *Emergência relacionadas ao uso de álcool*

1. Intoxicação alcoólica aguda;
2. Intoxicação patológica;
3. Alucinação alcoólica;
4. Síndrome de abstinência do álcool;
5. Psicose alcoólica.

### *Sintomas de intoxicação alcoólica aguda*

- Ingestão além do tolerado pelo organismo;
- Inicialmente, euforia leve;
- Depressão crescente do Sistema Nervoso Central;
- Tontura, ataxia, desorientação têmporo-espacial;
- Alteração da fala (fala “arrastada” e “embolada”);
- Incoordenação motora, rubor facial, hálito etílico; e
- Confusão mental – coma alcoólico.

## Síndrome de abstinência alcoólica

### Leve a moderada:

- Tremores de mãos, pálpebras, língua;
- Sudorese;
- Irritabilidade/insônia;
- Inquietação/agitação;
- Náuseas/vômitos; e
- Hiperatividade autonômica (taquicardia, PA, sudorese, hipotensão ortostática, febre).

### Moderada a grave:

- Desorientação;
- Convulsões;
- Alucinações visuais, táteis, auditivas transitórias;
- *Delirium tremens* (disforia, despersonalização, apatia/agressão, convulsões, *sundowning* –piora ao entardecer); e
- Morte.

Nos atendimentos em emergências relacionadas ao uso de SPA, é fundamental que se reconheça se o caso possui gravidade clínica, em que pode ser necessário remoção do paciente à unidade de saúde. Outro aspecto a considerar-se é o encaminhamento e o acompanhamento do paciente e da família, bem como a inserção, na rede de atendimento CAPSad, dos serviços especializados em tratamento de dependentes químicos e a orientação para a família.

O encaminhamento ao CAPSad, mesmo que somente da família, é de extrema importância, pois determinados comportamentos, geralmente desenvolvidos pelos familiares de um dependente químico, podem reforçar a ideia que colabora para que se mantenha o padrão de consumo. Esse encaminhamento e o tratamento da família poderão diminuir as ocorrências do mesmo paciente ao SAMU, e, por isso, podem ser feitos pelo profissional do APH.





## Referências

MALBERGIER, A.; AMARAL, R. A. do. **Dependência Química**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2013. 14 p.







# 6 Transtornos mentais e violência?

## 6.1 Mito ou verdade? Agente ou vítima?

A relação entre doença mental e violência é um tema que remonta à Antiguidade, sendo, nos dias de hoje, mais estudada de modo sistematizado.

O que há de maior consenso nessas pesquisas é que os fatores relacionados ao aumento do risco de violência são: história criminal na vida adulta, história de delinquência na juventude, abuso de substâncias psicoativas, psicopatia (transtorno de personalidade antissocial) e desajuste familiar (BONTA; LAW; HANSON, 1998; ALDEN *et al.*, 2007).

Doenças mentais não surgem associadas à violência, de modo isolado, mas, sim, em situações específicas, em que o doente mental se torna mais vulnerável. Estudos específicos para avaliar a associação entre transtornos mentais e violência verificaram que isso ocorre quando:

- 1 – Não há adesão do doente ao tratamento;
- 2 – Há presença de comorbidades, como a psicopatia; e
- 3 – Há uso de substâncias psicoativas.



...  
: Ao avaliarem-se populações específicas de doentes mentais com histórico de violência, identificou-se que o principal fator associado a esse fato é a falta de controle clínico e a não adesão dos doentes ao tratamento. (MENEZES, 2001; VALENÇA; NASCIMENTO; NARDI, 2013).

...  
: Os doentes mentais são muito mais vítimas do que perpetradores de violência, visto que são uma população vulnerável, cheia de fragilidades e com poucos recursos psíquicos. (WHITTINGTON *et al.*, 2013; MOSCATELLO, 2001; GATTAZ, 1999).

É preconceituoso, estigmatizante e contrário às evidências científicas considerar o doente mental como um indivíduo com risco maior de comportamento violento quando comparado à população geral. Há situações específicas em que o doente mental, especialmente se não tratado, pode vir a tornar-se violento. Os fatores que geram esse risco de violência são modificáveis, e, por essa razão, é fundamental o investimento na terapêutica e no correto acolhimento desse paciente, sem agressividade ou receio, mas com proteção e compreensão (OLIVEIRA *et al.* 2017; OLIVEIRA; VALENÇA, 2020).





## Referências

ALDEN, A. *et al.* Psychotic disorders and sex offending in a Danish birth cohort. **Archives of General Psychiatry**, v. 64, n. 11, p. 1251-1258, 2007.

BONTA, J.; LAW, M.; HANSON, K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. **Psychological Bulletin**, Washington, DC, v. 123, n. 2, p. 123-142, 1998.

GATTAZ, W. F. Violência e doença mental: fato ou ficção? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 196, 1999.

MENEZES, R. S. **Homicídio e esquizofrenia**: estudo de fatores associados. 2001. Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

MOSCATELLO, R. Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 34-35, 2001.

OLIVEIRA, G. C. de; VALENÇA, A. M. Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 1-13, 2020.

OLIVEIRA, G. C. *et al.* Cessation of dangerousness status: an analysis of 224 reports from the Instituto de Perícias Heitor Carrilho, Rio de Janeiro, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 45-54, 2017.

VALENÇA, A. M.; NASCIMENTO, I.; NARDI, A. E. Relationship between sexual offences and mental and developmental disorders: a review. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 97-104, 2013.

WHITTINGTON, R. *et al.* A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002-8. **Health Technology Assessment**, London, v. 17, n. 60, p. i-xiv, p. 1-128, 2013.









# 7 Agitação psicomotora e crises psicóticas

## 7.1 Conceitos

É importante que, preliminarmente, saiba-se o que vem a ser a agitação psicomotora e que se conheçam os significados de agressividade e crise psicótica.

- A agitação indica um aumento da excitabilidade, inquietação, irritabilidade, atividade motora e verbal exagerada, inapropriada e repetitiva. O curso é flutuante, com modificações rápidas (CADORET; LEVE; DEVOR, 1997);
- Agressividade: comportamento que inflige danos físicos ou morais à pessoa com transtorno mental e/ou a demais pessoas (CADORET; LEVE; DEVOR, 1997);
- Crise psicótica: estado mental que afeta a capacidade do indivíduo de pensar de forma clara, de distinguir o que é real daquilo que é imaginário, de gerir emoções, de tomar decisões e de se relacionar com os outros (BALLONE, 2015).



Os sintomas mais comuns nas crises psicóticas são delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento bizarro/estranho e sintomas negativos (perdas funcionais). As crises psicóticas podem ocorrer em diversas situações, como em transtornos do humor, esquizofrenia; abuso de substâncias/intoxicações; síndromes de abstinência; traumatismos cranianos; infecções do SNC; demências; epilepsia; tumores cerebrais; distúrbios metabólicos ou da tireoide; hipóxia; hipoglicemia; e *delirium* por causa orgânica.

## 7.2 Avaliação de risco

### 7.2.1 Sinais de risco de agressividade

Postura/comportamento da pessoa; discurso ameaçador, conteúdo agressivo; atividade motora (agitação, inquietação); linguagem corporal (postura tensa e rígida); punhos cerrados; musculatura tensa; evitação de contato visual ou olhar penetrante;

### 7.2.2 Avaliação da cena

Deve-se obter informações das pessoas que testemunharam a ocorrência e observar o que pode estar associado a um aumento do risco de violência, como:

1. Familiares, desconhecidos, multidões (e a relação com o paciente e sua psicose);
2. Influência de álcool ou drogas;
3. Existência de traumatismos;
4. Possíveis razões para hostilidade; e
5. Suspeita de doenças ou causas orgânicas, como, por exemplo, diabetes, hipertensão, hipertireoidismo.

### 7.2.3 Cuidados com o ambiente

Deve-se adotar os seguintes cuidados:

1. Certificação da existência de possíveis saídas de escape do paciente;
2. Observação dos movimentos das mãos do paciente;
3. Identificação de possíveis objetos que possam ser utilizados como possíveis armas;
4. Manutenção de ambiente organizado e delimitado;



5. Se houver esta possibilidade, preferência por deixar o paciente com as costas para uma parede;
6. Manutenção de ambiente calmo e sem fatores estimulantes; e
7. Busca por acesso fácil ao local por equipes de ajuda suplementares.

## 7.3 Estratégias de abordagem

- Desescalamento verbal: o profissional deve procurar utilizar-se sempre de um tom de voz baixo e de ritmo lento na fala, trazendo tranquilidade, o que provoca uma reação semelhante no indivíduo agitado;
- Validação: afirmações empáticas podem deixar a pessoa agitada mais à vontade, quando as declarações são feitas em um contexto de preocupação genuína. Há uma vinculação de aceitação das respostas emocionais do outro, sem julgamento. Essa técnica fomenta a comunicação, vinculação e confiança. Assim, os conflitos e as emoções fortes reduzem-se, e abre-se a possibilidade de diálogo; e
- Não confronto: o profissional não deve debater, ou julgar, ou dizer que a pessoa está errada ou que o que está sentindo “é coisa da cabeça dela”.

## 7.4 Recomendações

Quanto ao profissional, ele deve:

- Permanecer com as mãos visíveis e com as palmas abertas;
- Não ficar sozinho e nunca dar as costas ao paciente;
- Evitar posicionar-se em um local mais alto que o do paciente (deve permanecer no “nível dos olhos”);
- Não fazer anotações no momento da abordagem;

- Não se aproximar pelas costas;
- Não ser agressivo, nem ríspido ou ameaçador; e
- Utilizar as estratégias de comunicação terapêutica (ser empático, não completar frases, resumir o raciocínio, não mentir, não fazer falsas promessas).

## 7.5 Contenção física

A contenção física é o emprego de meios físicos externos que interfiram na liberdade de movimentos corporais do paciente, com a finalidade de impedir que este pratique ato violento de hetero ou autoagressão. É utilizada em pacientes que estejam em quadro de agitação psicomotora e deve ter como objetivo primordial sua proteção, a de outros pacientes e a da equipe médica (QUEVEDO; CARVALHO, 2013).



É sempre o último recurso. É inapropriado e ilegal o uso de restrições para a punição, retaliação, intimidação, conveniência da equipe ou substituição do tratamento.

### 7.5.1 Efeitos indesejáveis

O uso dessas medidas de forma inadequada pode acarretar:

- Injúria ao paciente e até mesmo a sua morte; e
- Ferimentos, hipertermia, rabdomiólise, aumento da agitação, edema, necrose, ruptura da pele com consequente dano neurovascular.

### 7.5.2 Recomendações gerais

- Deve haver pelo menos cinco pessoas para realizar a contenção (uma para cada membro e o coordenador para tórax e frente);



- O coordenador deve ter uma frase/senha previamente combinada (não muito curta nem muito longa e dentro do contexto do atendimento);
- O profissional deve conter o paciente sempre nas articulações;
- Deve haver material para contenção já posicionado e de fácil acesso;
- Deve haver distância segura de aproximadamente 1 braço e meio;
- O profissional deve manter posição de semicírculo, “encurralando o paciente” (mensagem de limite);
- O profissional deve procurar deixar o paciente com as costas para uma parede, a fim de evitar sua fuga;
- O profissional deve observar qualquer objeto que possa tornar-se uma arma, como vidros, louças, itens pesados ou pontiagudos e não permitir que o paciente acesse esses objetos;
- O profissional deve observar os sinais não verbais;
- O profissional deve ser tranquilo e empático, pois o seu comportamento irá influenciar o comportamento do paciente (**espelhamento**: se o profissional for ríspido e agressivo, o paciente tende a se tornar agressivo; se o profissional for tranquilo e sereno, o paciente tende a acalmar-se); e
- Caso não haja cinco pessoas para a contenção do paciente, a recomendação é solicitar apoio a outra equipe, para que não se coloquem os profissionais, o próprio paciente e as demais pessoas na cena em risco.



### *7.5.3 Designação dos membros para contenção*

Os profissionais vão realizar a contenção dos membros de acordo com sua posição no semicírculo:

- 1 - Linha de cintura – membros superiores;
- 2 - Linha diagonal – membros inferiores; e
- 3 - Centro/coordenador – tórax e frente do paciente.







## 7.5.4 Membros superiores

O profissional deve segurar os membros com ambas as mãos. Deve segurar o punho, girar o seu corpo para ficar lateralizado, colocar a articulação do cotovelo do paciente debaixo de sua axila e prendê-la juntamente a seu tórax, mantendo o membro estendido.



## 7.5.5 Membros inferiores

O profissional deve posicionar-se agachado e lateralizado. Um dos seus joelhos deve permanecer dobrado e em contato com o solo, e o outro, firmado ao chão. Deve-se abraçar e segurar o joelho com uma mão e o tornozelo com a outra, mantendo o membro estendido. Não se deve aproximar o rosto do joelho.





## 7.5.6 Tórax e fronte

O socorrista deve passar um braço sobre o tórax, firmando-o, e o outro braço sobre a testa. O peso do paciente será apoiado por sobre o corpo do socorrista, com a maior área corporal possível em contato. Esse posicionamento é fundamental, pois, quando o paciente for desequilibrado por meio da elevação de seus membros inferiores, o profissional será o que vai receber maior impacto do peso a ser transportado para a prancha ou para a maca.







## 7.5.7 Pontos de contenção

- Joelho e tornozelo, punho e ombro





## 7.5.8 Como erguer o paciente e levá-lo à prancha?

- Realizar a comunicação em alça fechada; e
- Promover o desequilíbrio do paciente, erguendo o paciente pelos membros inferiores. O peso do paciente recai sobre o profissional que se encontra posicionado atrás dele, por isso ele deve posicionar seu corpo de forma que tenha o maior contato possível.







## 7.5.9 Roteiro para fixação do paciente na prancha ou maca

- A posição é a anatômica, em decúbito dorsal (barriga para cima); e
- O profissional que fez a contenção do tórax começa a fixar o paciente com os materiais. Todos os quatro demais socorristas contêm os joelhos, tornozelos, punhos e ombros;



- Inicia-se a contenção pelo membro que está mais agitado e que apresenta maior risco de se soltar ou pelo membro que apresentar maior dificuldade de mobilização;







- Para se realizar a fixação, a preferência deve ser por materiais acolchoados/próprios. No caso de estarem indisponíveis, e se ataduras forem ser utilizadas, deve-se ter o cuidado de não garrotear os membros e fixá-las nas articulações (punhos, tornozelos e joelhos);



- Caso necessário, deve-se fazer a contenção do tórax, mas sem a realização de contenção do corpo do paciente. Deve-se realizar a fixação de um lado ao outro da prancha. Não deve haver compressão do abdômen.







### 7.5.10 O que não fazer

- Não se deve segurar o paciente apenas pelas mãos ou pelos pés, haja vista que há risco de lesioná-lo e de ele usar suas articulações e movimentar-se;
- Não se deve aplicar medidas como chave de braço, torção de punho, pisada no pé, obstrução de nariz e/ou boca, enforcamentos, gravatas. Sua aplicação por profissionais da saúde é proibida, pelo seu caráter não terapêutico e pelo risco de fatalidade, como risco de PCR, lesões ao arco da traqueia, quebra ou deslocamento da cartilagem traqueal com edema de glote, lesão cervical, vômitos, aspiração, edema e hiperemia da região atingida; e
- O paciente NUNCA deve ser contido e muito menos transportado em decúbito ventral (barriga para baixo). Isso vai ocasionar depressão respiratória e morte (infelizmente, vários casos já ocorreram).

### 7.5.11 Manejo medicamentoso

- Medicções orais podem ser tão efetivas quanto formulações parenterais, porém seu início de ação é mais lento;
- Mesmo em pacientes agitados, melhoram a adesão do paciente ao tratamento; e
- Antipsicóticos ou benzodiazepínicos são as opções principais.

## Referências

BALLONE, G. J. Depressão: o que é isso? **Psiquweb**, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://ballone.com.br/depressao-o-que-e-isso/>. Acesso em: 7. jul. 2021.

CADORET, R. J.; LEVE, L. D., DEVOR, E. Genetics of aggressive and violent behavior. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 20, n. 2, p. 301-322, 1997.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. (org.). **Emergências Psiquiátricas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 336 p.





## 8 Comportamento suicida

*“Preocupamo-nos com a destruição provocada pelos outros, mas evitamos falar sobre autodestruição.”*

*Edwin Schneidman*

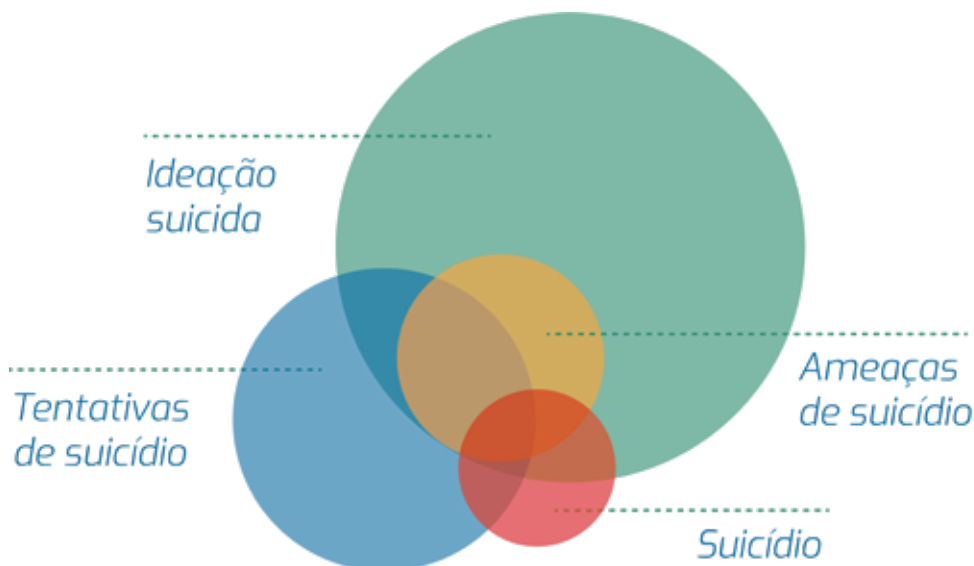
### 8.1 Introdução e conceitos

O suicídio é um fenômeno ainda pouco discutido no meio da saúde. Há alguns anos, o Brasil iniciou campanhas de prevenção do suicídio durante todo o mês de setembro, mas a verdade é que, nos outros meses, pouco se fala sobre o tema. Portanto, trata-se de um tema pouco conhecido, com mitos e preconceitos. É preciso que esses preconceitos sejam compreendidos para que uma avaliação de risco possa ser feita e para que as condutas pertinentes sejam tomadas.

À medida que nos aproximamos dessa realidade alarmante, também começamos a compreender a diversidade das histórias e dos contextos de vida, além das manifestações de sentimentos, de experiências e de sofrimento das pessoas em condições de risco. Os resultados das investigações sobre suicídio auxiliam no planejamento de intervenções e no aperfeiçoamento de programas de prevenção na área.

O comportamento suicida é um fenômeno universal, complexo e multideterminado, que é definido como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo com intenção de morte, independentemente da gravidade do método e de sua motivação. Na definição, é importante que se distinga um *continuum* de comportamentos: intenção, ideação, ameaças, gestos, tentativas e suicídio consumado (BOTEGA, 2015; ABP, 2014).

Diagrama 1 – As dimensões do comportamento suicida



Fonte: Werlang (2004).

As pessoas podem apresentar vários tipos de comportamento suicida e expressá-los de formas diferentes. Seguem alguns conceitos de forma breve:

- Pensamentos de morte: as pessoas não têm a característica de agentes da própria morte, mas ocorrem pensamentos como “A vida não vale a pena”, “Tenho vontade de dormir e não acordar mais”, “Deus poderia me levar”. Esses pensamentos indicam, em geral, desesperança ou outros sintomas depressivos;
- Intenção suicida: é a vontade subjetiva e expectativa de que um ato deliberado resulte em morte;
- Ideação suicida: as pessoas têm pensamentos de que desejam servir como agentes de sua própria morte;
- Plano suicida: as pessoas planejam como executar sua própria morte. Os planos podem incluir métodos, locais, datas, providências;





- Tentativa de suicídio: as pessoas têm comportamento autodestrutivo com consequências não fatais;
- Suicídio consumado: ocorre morte autoprovocada com evidências de que a pessoa apresentava a intenção de morrer;
- Automutilação (sem ideação suicida): é definida como qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo, sem intenção suicida e por razões não socialmente ou culturalmente compreendidas. Essa definição exclui tatuagens, perfurações e danos não intencionais ao próprio corpo;
- Suicídio oculto: consiste no suicídio consumado não classificado como suicídio (afogamento, intoxicações, acidentes de carros, mortes por causas desconhecidas);
- Sobreviventes do suicídio: são aqueles que perderam uma pessoa próxima por suicídio, sejam familiares e/ou amigos.



É importante que se reconheça que um suicídio pode impactar, de forma emocional, financeira e de outras maneiras, de 6 a 12 pessoas. Outros ainda indicam que, em um lugar populoso, como universidades ou locais de trabalho, o impacto é ainda maior, podendo atingir mais de 100 pessoas.

## 8.2 Mitos e verdades

Faz-se importante destacar que o comportamento suicida é apenas a “ponta do *iceberg*”, ou seja, há vários fatores que influenciam a história de vida de um indivíduo para o desenvolvimento de vulnerabilidades que culminam no aparecimento de um comportamento suicida. A tabela a seguir mostra alguns mitos sobre o suicídio e a informação verdadeira correspondente.

Quadro 3 – Mitos e verdades sobre o suicídio

MITOS	VERDADES
O suicídio é uma decisão individual, já que cada um tem pleno direito de exercitar seu livre arbítrio.	A pessoa que pensa em se matar está sofrendo muito, o que altera, de forma radical, a sua percepção da realidade e interfere em seu livre arbítrio. Geralmente, ela encontra-se em uma “rigidez cognitiva”. Ajudar a pessoa a pensar em outras soluções possíveis para seus problemas a auxilia a ampliar seus recursos para além do suicídio.
Quando uma pessoa pensa em suicidar-se, correrá o risco de desejar suicidar-se para o resto da vida.	Em se tratando das causas para o risco de suicídio, a pessoa pode ter uma vida normal, sem a necessidade de ser estigmatizada como “suicida”.
As pessoas que ameaçam se matar não farão isso; querem apenas chamar a atenção.	A maioria das pessoas que morre por suicídio fala ou dá sinais de suas ideias de morte. Boa parte delas expressou, em dias ou semanas anteriores, frequentemente a profissionais de saúde, seu desejo de se matar. A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a esse tipo de plano ou a essa ideia indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda.
Quando ocorre de uma pessoa que se sentia deprimida e pensava em suicidar-se, em um momento seguinte, sentir-se melhor, normalmente isso significa que o problema já passou.	Se ocorre de alguém que pensava em suicidar-se, de repente, parecer estar tranquilo, aliviado, isso não significa que o problema já passou. Uma pessoa que decidiu suicidar-se pode sentir-se “melhor” ou sentir-se aliviado simplesmente por ter tomado a decisão de se matar.
Quando um indivíduo mostra sinais de melhora ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, está fora de perigo.	Um dos períodos mais perigosos é quando a pessoa está melhorando da crise que motivou a tentativa de suicídio ou quando a pessoa ainda está no hospital, logo após uma tentativa de suicídio. A semana que se segue à alta do hospital é um período durante o qual a pessoa está particularmente fragilizada.
Não devemos falar sobre suicídio, pois isso pode aumentar o risco de a pessoa se matar.	Falar sobre suicídio não aumenta o risco. Muito pelo contrário: falar com alguém sobre o assunto pode aliviar a angústia e a tensão que esses pensamentos trazem.

continua



conclusão

MITOS	VERDADES
É proibido que a mídia aborde o tema "suicídio".	A mídia tem uma importante função social de abordar esse assunto de saúde pública de forma adequada. Tratar o fato como uma questão de saúde, não ser sensacionalista nem mostrar cenas ou locais e debater ou citar métodos são princípios básicos. Ofertar à população informações sobre o problema e sobre onde buscar ajuda, tratamento e auxílio é fundamental.
Não se pode fazer nada quando a pessoa pensa em se matar.	Identificar precocemente fatores de risco e modificá-los reduz bastante as tentativas de suicídio.
O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem).	O que dirige a ação autoinfligida é uma dor psíquica insuportável, e não uma atitude de covardia ou coragem. Não é nossa função julgar o ato.
"No lugar dele, eu também me mataria."	Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos de desamparo, depressão e desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial. Há também o perigo de valer-se de um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer. Por isso, não deve julgar, nem apoiar ou condenar, mas apenas focar na intervenção em crise.
"Quem quer se matar não avisa."	A maior parte das pessoas que tentam se matar ou que se matam deu algum sinal de sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.
Quem quer se matar, se mata mesmo.	Essa ideia pode conduzir ao imobilismo terapêutico ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Não se trata de evitar todos os suicídios, mas, sim, os que podem ser evitados.
Ele está ameaçando suicidar-se apenas para manipular.	A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Mesmo que haja algum grau de manipulação em alguns casos, isso indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda.

Fonte: ABP (2014); Costa (2015).

## 8.3 Fatores de risco de suicídio e de proteção contra o suicídio

Ter conhecimento dos principais fatores de risco faz muita diferença para uma avaliação de risco precisa. Não existe um fator de risco de suicídio isolado que possa prever suicídio.

Avaliar os fatores de risco e de proteção não é apenas completar um *checklist*. Os fatores devem ser analisados de forma crítica no contexto individual da pessoa. Um mesmo item pode aumentar o risco de suicídio em um contexto e reduzir em outro. Outros fatores podem ser modificados de maneira rápida, o que também altera o risco de suicídio.

Os fatores de risco e de proteção mais conhecidos são:

### Quadro 4 – Fatores de risco

#### FATORES DE RISCO

- *Fatores sociodemográficos*

1. Sexo masculino;
2. Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos;
3. Estados civis: viúvo, divorciado e solteiro (principalmente entre homens);
4. Orientação homossexual ou bissexual;
5. Crenças (ateus, protestantes tradicionais, católicos, judeus);
6. Grupos étnicos minoritários;

- *Condições de saúde limitada*

7. Doenças crônicas incapacitantes;
8. Dor crônica;
9. Trauma medular;
10. Tumores malignos;
11. AIDS;

continua



conclusão

## FATORES DE RISCO

### ● *Transtornos mentais*

12. Depressão, transtorno afetivo bipolar, abuso/dependência de álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos de personalidade (especialmente Borderline);
13. Comorbidade psiquiátrica (ocorrência de mais de um transtorno mental ao mesmo tempo);
14. Ideação ou plano suicida;
15. Tentativa de suicídio pregressa;
16. História familiar de suicídio;

### ● *Fatores psicossociais*

17. Abuso físico ou sexual;
18. Perda ou separação dos pais na infância;
19. Instabilidade familiar;
20. Ausência de apoio social;
21. Isolamento social;
22. Perda afetiva recente;
23. Acontecimentos estressantes;
24. Datas importantes (reuniões familiares, perdas, aniversários, eventos marcantes ou traumáticos);
25. Desemprego;
26. Aposentadoria;
27. Violência doméstica;
28. Acesso a meios letais;

### ● *Aspectos psicológicos*

29. Desamparo;
30. Ansiedade intensa;
31. Vergonha, humilhação (*bullying*);
32. Baixa autoestima;
33. Desesperança;
34. Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor, perfeccionismo;
35. Rigidez cognitiva;

## Quadro 5 – Fatores de Proteção

### FATORES DE PROTEÇÃO

- *Fatores socioculturais*

- 36. Integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos);
- 37. Adesão a valores e normas socialmente compartilhados;
- 38. Prática de uma religião;
- 39. Práticas coletivas (esportes, atividades culturais e artísticas);
- 40. Rede social que oferece apoio prático e emocional;
- 41. Emprego;
- 42. Disponibilidade e acesso a serviços de saúde mental;

- *Personalidade e estilo cognitivo*

- 43. Flexibilidade cognitiva;
- 44. Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes;
- 45. Disposição para buscar ajuda;
- 46. Abertura para experiência de outrem;
- 47. Habilidade para comunicar-se;
- 48. Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade;
- 49. Habilidade para solucionar problemas da vida;

continua





conclusão

## FATORES DE PROTEÇÃO

### ● *Estrutura familiar*

- 50. Bom relacionamento interpessoal;
- 51. Senso de responsabilidade em relação à família;
- 52. Presença de crianças pequenas em casa;
- 53. Pais atenciosos e presentes;
- 54. Apoio da família em situações de necessidade;

### ● *Outros*

- 55. Gravidez, puerpério;
- 56. Boa qualidade de vida;
- 57. Regularidade do sono;
- 58. Boa relação terapêutica.

Fonte: ABP (2014); Corrêa (2013); Botega (2015).

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).

## 8.4 Risco iminente de suicídio

Os fatores de risco iminente são aqueles que indicam um risco previsto para os dias ou para as horas seguintes e ainda apontam para uma intervenção de urgência, podendo-se, inclusive, considerar internação ou tratamento mais intensivo do paciente, como forma de vigilância contínua (MONTENEGRO; TAVARES, 2012).



Os principais fatores de risco iminente de suicídio são: desespero (afetos intoleráveis), desesperança, desamparo, depressão e dependência química, conhecidos como “os Ds da crise suicida”.

A impulsividade e a rigidez/constrição (estreitamento cognitivo no qual a pessoa percebe o suicídio como única saída, havendo diminuição das opções disponíveis) relacionam-se a um alto risco iminente de suicídio. Por isso, deve-se conhecer e diferenciar fatores predisponentes e precipitantes ao suicídio.

Os predisponentes são fatores ocasionais, os pretextos que levam o indivíduo a um estado de desânimo, tristeza, raiva ou desânimo profundo, como tentativas anteriores de suicídio, transtornos psiquiátricos, história de vida com muitas vulnerabilidades, abuso sexual na infância, suicídio na família, agressividade, isolamento social ou doenças incuráveis. Os fatores precipitantes são os eventos desencadeadores, muito atrelados ao “motivo” do suicídio, como término de relacionamento, perdas financeiras, conflitos de relacionamento, perda de emprego, vítima de alguma violência, ou seja, a chamada “gota d’água”, que, somada aos fatores predisponentes, tornam a pessoa mais vulnerável.

## 8.5 Crise suicida

No momento da crise suicida, é muito importante o seu manejo e controle adequados. A restrição a métodos e abordagem pertinentes faz total diferença para conseguir-se um bom desfecho. Constatado o risco, o profissional deve tomar providências para contê-la. Manter o paciente seguro, orientar os familiares



para que não deixem a pessoa sozinha e restringir seu acesso a meios letais são os primeiros passos a serem tomados. Conhecer dispositivos de atendimento psicossocial e conhecer a rede de atendimento, incluindo-se CAPS, ambulatórios e demais unidades de saúde, são requisitos necessários para um bom atendimento. Sem isso, podem ocorrer atendimentos e tentativas recorrentes, aumentando-se a chance de um suicídio consumado. Nas intervenções verbais, o profissional não deve temer abordar a temática suicida, questionando explicitamente o paciente sobre suas intenções, sobre a existência de planejamento e sobre o manejo de seus pensamentos.

A intervenção verbal por parte do profissional inicia-se pelos fatores desencadeantes, que, além de serem os mais visíveis, costumam ser os únicos sobre os quais a pessoa tem consciência durante a crise. A partir daí, passa-se para o reconhecimento dos sentimentos vivenciados pelo paciente para, juntamente com ele, nomeá-los, a fim de, em última instância, fazê-lo ampliar seu campo de visão e enxergar outras soluções para os problemas que vivencia. Em seguida, passa-se para a avaliação e a análise, juntamente com o paciente e as pessoas, de seus fatores de proteção e suporte.

## 8.6 Aspectos psicológicos

**1. Ambivalência:** em uma crise suicida, o desejo de viver e o desejo de morrer confundem-se no indivíduo. Há o desejo de matar o sofrimento e a dor, mesmo que, para isso, a pessoa precise matar a si mesmo, entretanto há o desejo de sobreviver a essa tormenta. Muitos não desejam realmente morrer, mas, sim, sair do sentimento momentâneo de infelicidade, acabar com a dor e fugir da situação que os aflige.

A ambivalência é uma ferramenta importante para quem acompanha a pessoa que pensa em suicídio, para estimulá-la a refletir sobre a vontade de viver, mas isso jamais deve ser comunicado a ela, no sentido de tentar mostrar que ela não deseja a morte, pois pode sentir-se confrontada e desafiada.

**2. Impulsividade:** apesar de o suicídio ser um ato cometido, geralmente, por eventos precipitadores ou “negativos”, o impulso para cometer o ato

é transitório e tem duração de alguns minutos ou de algumas horas. Esse impulso pode oscilar durante o dia. Algumas pessoas chegam a relatar que, durante o dia, ficam bem, mas, à noite, a ideação suicida aumenta significativamente.

**3. Rigidez cognitiva:** quando uma pessoa tem ideação suicida e decide interromper a vida, geralmente seus pensamentos, seus sentimentos e suas ações ficam restritos. A pessoa não consegue visualizar resolução e só consegue enxergar o suicídio como uma solução.

Uma maneira de tentar reduzir essa rigidez é por meio de uma boa relação e de formação de vínculo, em uma avaliação empática e sem julgamento, ponderando-se, juntamente com o indivíduo, possíveis alternativas.

## 8.7 Avaliação do risco

● *Há várias maneiras de se avaliar o risco de suicídio. Contudo, em todas, é necessário um julgamento clínico, que vai além de questionários e testes. Seguem sugestões para investigação e avaliação desse risco:*

1- Intenção suicida? – “De zero a dez, em que zero é nada e dez é o maior número que você pode imaginar, quão forte está seu pensamento de morte agora?”

2- Método? Plano? “Nos momentos que tem o pensamento de morte, já pensou em como executá-la?”

3- Tem o que precisa?

4- Quando vai executar?

● *Seguem sugestões de maneiras para questionar e avaliar se há risco ou intenção de morte:*

1- “Já pensou em acabar com a sua vida?”

2- “Está se sentindo tão mal a ponto de pensar em suicídio?”/ “Já pensou em como vai fazer isso?”



- 3- “Já elaborou o seu plano?”
- 4- “Tem o que precisa para executá-lo?”
- 5- “Sabe quando vai fazer (hoje, na próxima semana?)”
- 6- “Vai cometer o suicídio?”

● *Há ainda outros tópicos relevantes a serem analisados:*

- 1- Histórico de tentativas anteriores, se houver;
- 2- Eventos precipitantes, se houver;
- 3- Afetos intoleráveis (desespero, desesperança, desamparo);
- 4- Uso de substâncias;
- 5- Impulsividades;
- 6- Suporte social;
- 7- Sintomas psicóticos.

● *Após avaliarem-se os fatores de risco, é importante lembrar e considerar os fatores de proteção:*

- 1- Sistema de apoio social e individual da pessoa;
- 2- Pessoas de confiança;
- 3- Alguém para ser contatado;
- 4- Sentimento de pertencimento a uma comunidade (família, amigos, igreja, vizinhos etc.);
- 5- Existência de outros fatores de proteção.



## 8.8 Avaliação do risco de suicídio

De acordo com Botega (2015), a formulação de risco não é uma predição sobre quem poderá, ou não, consumir o suicídio, mas, sim, um julgamento clínico que permite que se priorizem ações de prevenção dirigidas ao perfil de cada paciente. O quadro a seguir apresenta indicadores que podem ser utilizados para avaliação do risco.

Quadro 6 – Avaliação do risco de suicídio

Classificação de Risco de Suicídio	
Baixo risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamentos suicidas ocasionais, sem plano definido;</li> <li>• Tentativas não planejadas, próximas a alguém, sem intenção de morrer;</li> <li>• Apoio familiar e social consistente;</li> <li>• Falta de impulsividade;</li> <li>• Boa adesão a tratamento.</li> </ul>
Médio risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamentos e planos suicidas, embora não sejam de caráter imediato;</li> <li>• Apoio familiar e social pouco consistente;</li> <li>• Presença de transtorno mental;</li> <li>• Tentativa de suicídio prévia;</li> <li>• Disponibilidade para buscar tratamento;</li> <li>• Não abuso de álcool e outras drogas;</li> <li>• Mínima esperança de mudar.</li> </ul>
Alto risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de suicídio definido, de caráter imediato, com meios de execução;</li> <li>• Presença de afetos intoleráveis;</li> <li>• Baixa tolerância a frustrações;</li> <li>• Falta de adesão a tratamento e resistência a busca por ajuda;</li> <li>• Presença de impulsividade;</li> <li>• Falta de apoio social ou familiar ou apoio social ou familiar inconsistente;</li> <li>• Presença de transtorno mental grave;</li> <li>• Alucinações do tipo voz de comando indicando suicídio.</li> </ul>

Adaptado de: Botega (2015); Shneidman (1993).



## 8.9 Conduta e manejo

A comunicação terapêutica continua sendo parte da estratégia de abordagem, com acolhimento, empatia, escuta ativa e ausência de julgamento em relação ao paciente. O profissional não deve responder a perguntas cujas respostas não saiba. O profissional deve procurar:

- 1- Fazer algum tipo de *rapport*/bom vínculo, assim ficará mais fácil o indivíduo ouvir suas orientações e confiar (demonstrando empatia e preocupação);
- 2- Mobilizar o suporte social: contactar pessoas de confiança elencadas pelo próprio sujeito ou identificadas por seus amigos, familiares ou conhecidos;
- 3- Orientar sobre a necessidade de vigilância: não deixar a pessoa sozinha, não trancar portas, retirar do ambiente qualquer método potencialmente perigoso, supervisionar a medicação, quando for o caso;
- 4- Identificar fatores de risco e de proteção e sinais de risco iminente (afetos intoleráveis, eventos desencadeantes, capacidade de cuidar de si, acesso a métodos potencialmente perigosos e presença do suporte social);
- 5- Elaborar encaminhamento por escrito/contrato terapêutico; e
- 6- Elaborar notificação compulsória em caso de tentativa de suicídio.

### 8.9.1 Baixo risco – Manejo

- 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.

### 8.9.2 Médio risco

- 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.

### 8.9.3 Alto risco

- Estar junto da pessoa, nunca deixá-la sozinha;
- Remover meios (comprimidos, facas, armas, venenos);
- Fazer um contrato de vida, ganhar tempo;
- Entrar em contato com um profissional da saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo, providenciar uma ambulância e encaminhar a pessoa a uma emergência;
- Informar a família sobre a situação do paciente e reafirmar seu apoio; 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.



### *8.9.4 Internação: situações possíveis*

- Alto risco;
- Baixo suporte social e familiar;
- Juízo crítico prejudicado;
- Recusa de tratamento;
- Impulsividade; e
- Necessidade de vigilância contínua.

### *8.9.5 Abordagem/“negociação” no suicídio: sugestões*

- É importante o profissional ouvir com atenção tudo o que a pessoa tem a dizer (e obter o máximo de informação sobre a situação atual);
- É importante o profissional não invalidar a fala e o sentimento do paciente;
- É adequado permitir que a pessoa chore e grite, até mesmo incentivar a expressão emocional;
- Os sentimentos relacionados com o suicídio são muito poderosos e é importante serem exteriorizados;
- É importante o profissional NÃO permitir que a pessoa se torne violenta ou se autoagrida;
- É importante dizer que o sofrimento pelo qual a pessoa está passando é muito difícil e, dessa forma, requer ajuda profissional;
- É importante o profissional mostrar a tentativa de suicídio como uma alternativa de resolução de problemas para o suicida, porém o objetivo da negociação é reconhecer outras alternativas de resolução;
- É importante ser direto, falar abertamente e referir fatos sobre o suicídio;

- É importante explorar os fatores de apoio;
- É importante expressar preocupação com a situação, interesse e apoio;
- É necessário não julgar a pessoa ou debater com ela sobre se o suicídio está certo ou errado, se os sentimentos são bons ou maus ou qual é o valor da vida;
- É necessário não confrontar a pessoa;
- É necessário nunca desafiar a pessoa a cometer o suicídio; e
- É necessário responsabilizar a pessoa pelos seus atos e não aceitar a transferência de responsabilidade para o profissional.

### 8.9.6 Evitar nas abordagens

- Interromper a conversa;
- Mostrar-se chocado;
- Colocar a pessoa em uma posição de inferioridade;
- Fazer comentários invasivos;
- Encarar o problema como trivial;
- Evitar confronto; e
- Nunca desafiar a pessoa a cometer o suicídio.

O Ministério da Saúde possui protocolo de atendimento *in loco* para a pessoa em risco de suicídio, como se pode verificar nas referências.





## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio**: informando para prevenir. Brasília, DF: CFM/ABP, 2014. 52 p.

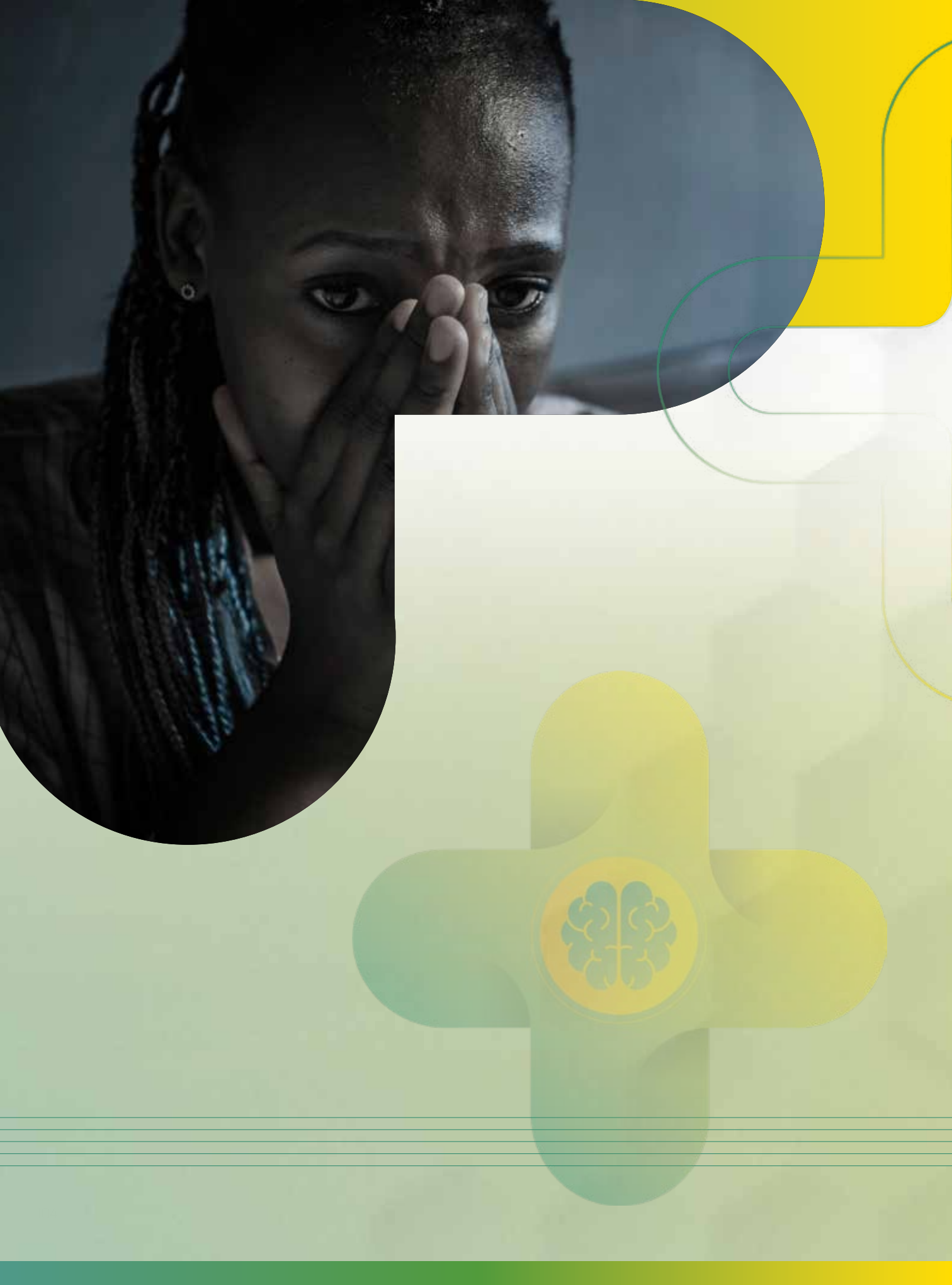
BOTEGA, N. J. **Crise Suicida**: avaliação e manejo. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 304 p.

CORRÊA, H. Combater o tabu para evitar o suicídio. **Folha de São Paulo**, São Paulo, SP, 10 set. 2013. Disponível em: <https://m.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/09/1339520-humberto-correa-combater-o-tabu-para-evitar-o-suicidio.shtml> . Acesso em: 7 jul. 2021.

COSTA, F. B. **O Ensino da Intervenção em Crise**: mitos e fatos sobre suicídio entre residentes e preceptores de psiquiatria. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ensino na Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

MONTENEGRO, B; TAVARES, M. A operacionalização de variáveis como recurso para o julgamento clínico de risco de suicídio. *In*: MONTENEGRO, B. **O julgamento clínico do risco de suicídio**. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF 2012. p. 32-53.

SHNEIDMAN, E. **Suicide as psychache**: a clinical approach to self-destructive behavior. Northvale: Jason Aronson, 1995. 258 p.





# 9 Comunicação de más notícias

## 9.1 O que é a abordagem e recomendações gerais

Uma má notícia é qualquer informação que afeta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre o futuro (BUCKMAN, 1992). É um momento particularmente complexo e difícil, tanto para os familiares quanto para os profissionais envolvidos (BAILE *et al.*, 2000; FALLOWFIELD; JENKINS, 2004).

O relato de morte é, possivelmente, a pior ou uma das piores más notícias que alguém pode receber. A psiquiatra americana Klüber-Ross (1985) descreveu as fases do luto: negação, raiva, negociação (com Deus, fase de promessas e sacrifícios), depressão e aceitação. É importante reconhecer cada fase, para intervenções pertinentes e condutas apropriadas. Para a notificação de más notícias, incluindo-se a morte, atualmente, preconiza-se o protocolo SPIKES (BAILE *et al.*, 2000). Segue o mnemônico:

*S: etting up*

*P: erception*

*I: nvitation*

*K: nowledge*

*E: motions/empathy*

*S: trategy/summary*

Um equivalente em português pode ser livremente traduzido como IPICEC:

I: início (oferecer privacidade, contato visual, tempo necessário)

P: percepções (perguntar o que a pessoa sabe, corrigir informação errada)

I: informação (dar a informação, notificar da morte)

C: conhecimento (confirmar a compreensão, evitar confronto excessivo)

E: emoções (permitir e validar a resposta emocional; ter empatia)

C: coping (estabilizar e formular estratégias de *coping* juntamente com o familiar)

É fundamental, na notícia de luto, que se forneçam explicações sobre as possíveis reações de morte da pessoa, que se compartilhem os problemas com a equipe e que se escolha um local apropriado para que se comunique a notícia. Além disso, é importante que o profissional se identifique, apresente-se e certifique-se de que o ente mais próximo do falecido está presente, pois é ele quem deve ser o primeiro a ser notificado da morte. Para quem recebe a notícia, a atenção, o cuidado, o olhar nos olhos e o espaço para perguntas são os itens mais importantes.



A notificação deve ser de forma simples, direta, sem eufemismos, com a utilização do nome da vítima. Deve ser feito um breve resumo sobre o fato, e o termo recomendado para se referir ao que aconteceu é “morreu”, para não gerar dúvidas nem reforçar a fase da negação.

Ao receber a má notícia, é natural que a pessoa expresse emoções, como choro, raiva, tristeza, e essas emoções não devem ser suprimidas. Não é recomendado dizer para a pessoa que recebeu a notícia que ela tem de ser forte, que não pode chorar ou tem de “aguentar” e cuidar das pessoas que ficam. Tais falas desvalorizam o sentimento, e a pessoa sente-se culpada, o que torna a passagem pelo luto muito mais dolorosa e traumática. Ou seja: é adequado permitir que a pessoa chore, grite, se expresse, se irrite, de modo a dar vazão às emoções tão intensas.

A notificação de morte para as crianças deve ser feita preferencialmente pelas figuras parentais ou por um adulto na qual a criança confie plenamente, já que são essas pessoas que conhecem bem a criança e podem acolhê-la da maneira mais adequada. O adulto não precisa ter medo de chorar, se emocionar ou responder que não tem informações sobre o corrido. Caso essas reações ocorram, haverá conexão, aproximação e verdadeira empatia. As crianças podem participar do velório e do enterro, porque, em geral, é mais benéfico que elas vejam todo o processo, para evitar que fantasiem o ocorrido e o compreendam melhor. Por isso, não se recomenda proibir a participação das crianças nesses processos. Por



fim, é muito importante o cuidado com a equipe que faz os atendimentos e dá as notícias, para que os profissionais também sejam acolhidos. A morte do paciente é também bastante difícil para o profissional. Conversar entre si, ouvir o colega, falar das dificuldades e reforçar o que foi feito de bom durante o atendimento ajuda os membros da equipe a se sentirem acolhidos.

## Referências

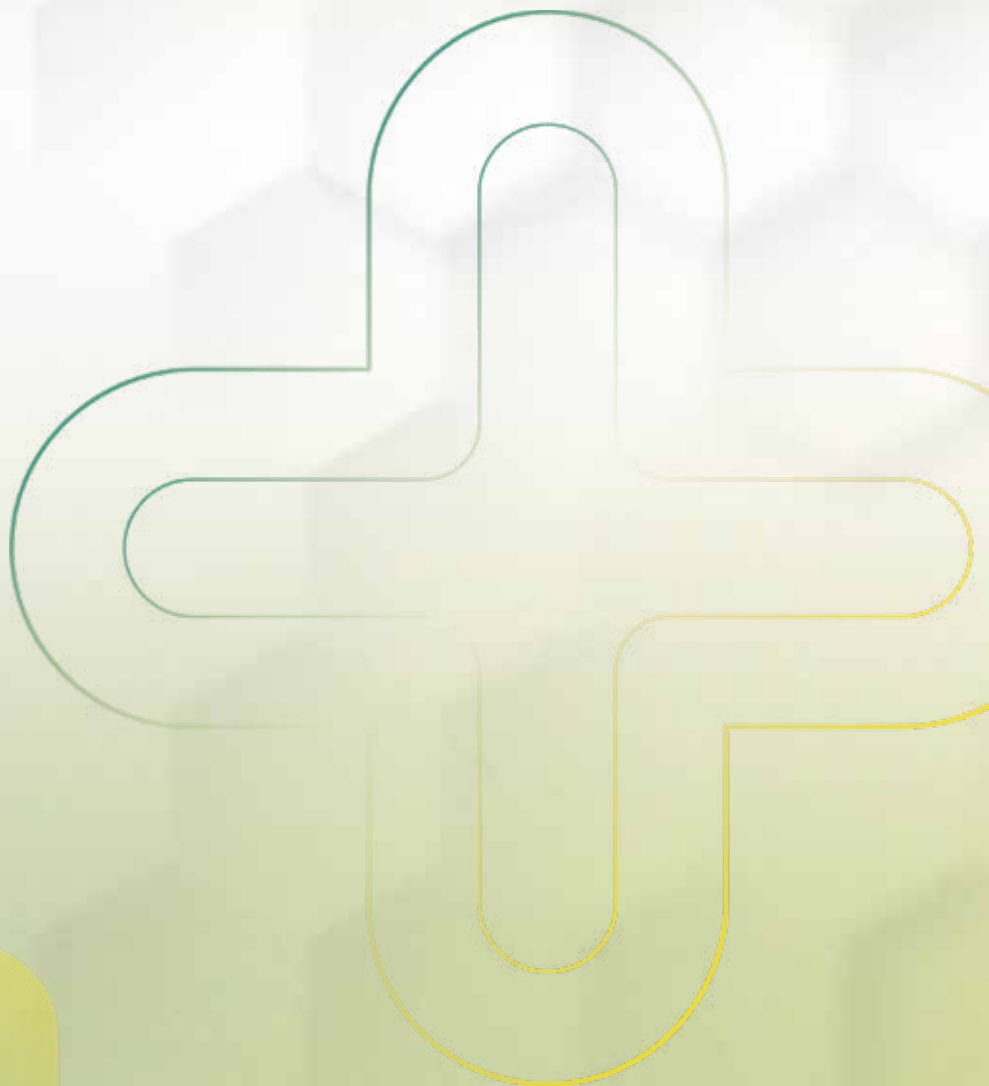
BAILE, W. F. *et al.* SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, Durham, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.

BUCKMAN, R. **How to break bad news: a guide for health care professionals.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992.

FALLOWFIELD, L.; JENKINS, V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. **The Lancet**, v. 363, n. 9405, p. 312-319, 2004.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1985.







# 10 Perguntas norteadoras para disparo de viaturas

De acordo com Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde -Não serão “ambulâncias à deriva”, buscando onde “deixar pacientes, dores, sofrimentos”. O SAMU 192, com suas unidades de Suporte Avançado e de Suporte Básico de Vida, responderá às necessidades de nossa população, oferecendo a melhor resposta de pedido de auxílio através de Centrais de Regulação Médica. O médico regulador poderá dar um conselho, uma orientação, ou deslocar uma equipe com médico e enfermeiro e todos os equipamentos de uma UTI. A liberação de cada recurso será específica para a necessidade de cada paciente Assim seguem perguntas norteadoras para identificação de critérios de gravidade e necessidade de envio das equipes

## PERGUNTAR NORTEADORAS A REGULAÇÃO MÉDICO PARA ENVIO DAS EQUIPES

### USO DE SUBSTÂNCIAS OU CRISE DE ABSTINÊNCIA

1. Qual foi a substância e a quantidade? Associação de várias substâncias, especialmente álcool?
2. Há quanto tempo ele ingeriu essa substância? Quantidade (sabida ou presumida)?
3. Apresentou convulsão? Vômitos? Sudorese?
4. Perdeu os sentidos?
5. Orientado ou confuso (não diz “coisa com coisa”)?
6. Tem alguma doença mental?
7. Outras queixas ou doenças?

### **AGITAÇÃO PSICOMOTORA E SURTO PSICÓTICO, ANSIEDADE, CRISE DE PÂNICO, DISTÚRBO NEUROVEGETATIVO, CRISE CONVERSIVA, DEPRESSÃO.**

1. Já aconteceu isso antes? Conhece o motivo precipitante?
2. Descreva o evento? Em que situação se iniciou? É acompanhado em algum serviço de saúde?
3. Sabe o nome da doença e/ou medicação em uso? Está em acompanhamento médico?
4. Problemas na tireóide? Renal? Hepático? Se idoso, investigar descompensação clínica cursando com delirium.
5. Usou drogas ou álcool? Quantidade (sabida ou presumida)?
6. Está usando algum tipo de arma? Qual?
7. Tentou ou está falando em se matar?
8. Colaborativo?
9. Verificada a ausência de risco grave imediata, iniciar diálogo para tranquilizar o paciente e o solicitante, visando disparar o melhor recurso (perguntas simples, diretas e mesmo orientações quanto à postura e respiração).

Orientar o solicitante a se manter em local seguro e se possível evitar a evasão do paciente. Quando possível, pedir para conversar com o paciente.

### **LUTO TRAUMÁTICO**

1. Há quanto tempo ocorreu o falecimento? Grau de parentesco?
2. Foi presenciado pelo paciente?
3. Há comportamento de risco? (auto-negligência, ideação ou tentativa de suicídio)
4. Como está o auto-cuidado (Alimentação, higiene, pragmatismo)?
4. Há descompensação clínica? (crise hipertensiva, crise convulsiva presenciada, cardiopatia)



## AUTOAGRESSÃO, IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

1. Está acompanhada ou sozinha? Relato da cena: como foi a autoagressão? Há intenção de suicídio?
2. Usou drogas ou álcool? Quantidade (sabida ou presumida)?
3. Faz algum tratamento psiquiátrico? É acompanhado em algum serviço de saúde?
4. História prévia de comportamento semelhante ou tentativa de suicídio, doença psiquiátrica, transtornos de personalidade, de ansiedade, estresse pós-traumático, história familiar de suicídio?
5. Há meios disponíveis (venenos, armas de fogo, arma branca, enforcamento, remédios armazenados, vida solitária sem pessoas habitando junto, ausência de rede de apoio), de fácil acesso?
6. Agrediu alguém ou se machucou? Está portando algum objeto (faca, tesoura, objeto de vidro ou madeira)
7. Avaliar pensamento, discurso e comportamento? Por exemplo, orientado ou confuso, agitado, agressivo.

Orientar o solicitante a se manter em local seguro e se possível evitar a evasão do paciente. Quando possível, pedir para conversar com o paciente.



Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.  
Responda a pesquisa disponível por meio do QR Code.











DISQUE  
SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[bvsmms.saude.gov.br](http://bvsmms.saude.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

