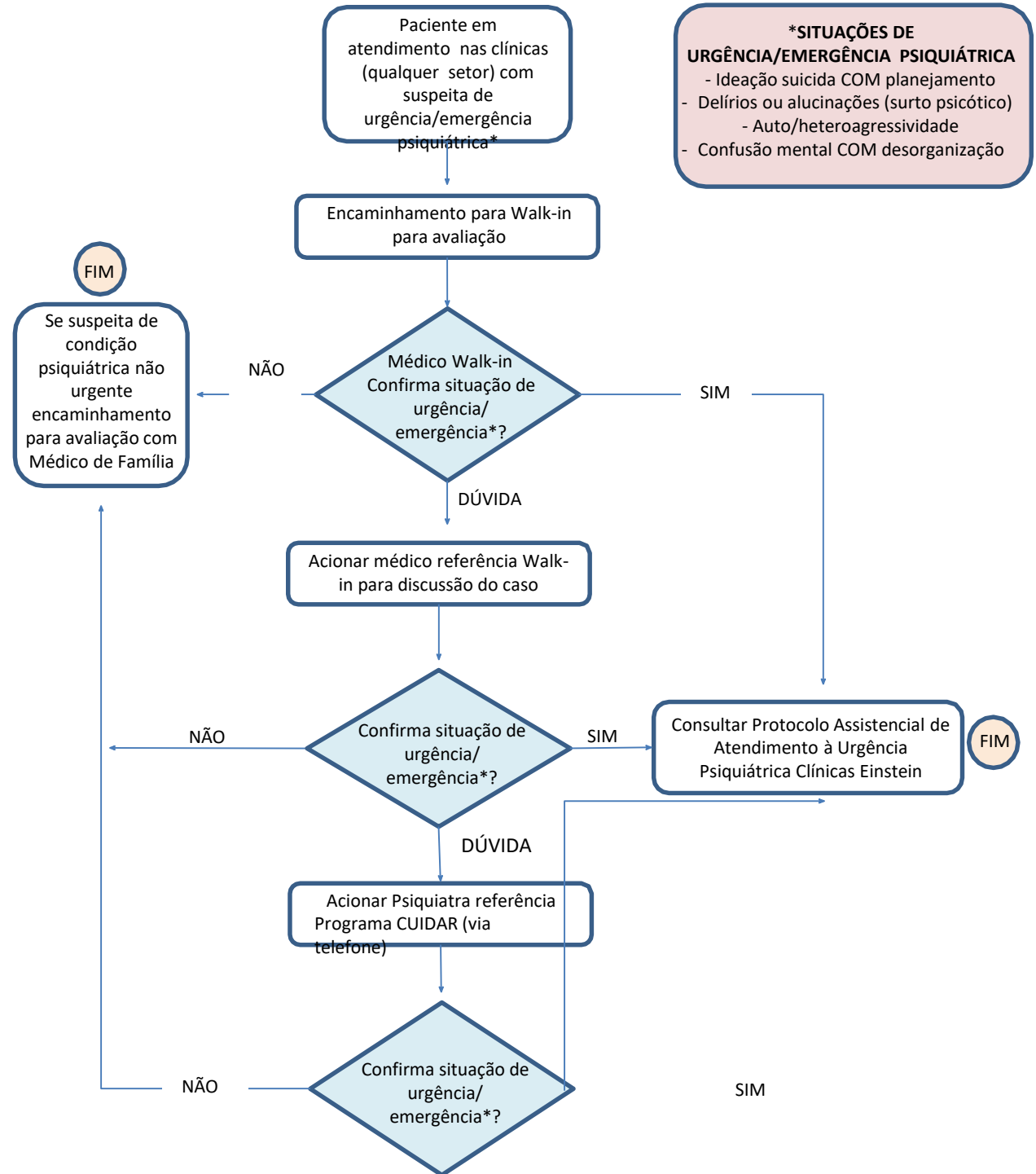




FLUXO GERAL ATENDIMENTO URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA CLÍNICAS  
EINSTEIN



# RISCO SUICIDA

Paciente com relato próprio e/ou de terceiros que apontam ideias de morte/suicídio

## CONDIÇÕES PARA AVALIAÇÃO

- Local seguro e acolhedor ao paciente, pensando em segurança no caso de agitação psicomotora.
- Postura acolhedora buscando fazer perguntas abertas.
- Postura empática ( p.e. repetindo com suas palavras o relato do paciente).

## AVALIAÇÃO ESTRUTURADA EM 3 ASPECTOS

### O QUE ESTÁ ACONTECENDO ? (exemplo de temas mais frequentes)

- Dificuldades e perdas nos relacionamentos (reais ou imaginárias).
- Mudança na situação socioeconômica.
- Discórdia e violência no ambiente familiar.
- Abuso ou negligência (física, emocional, sexual).
- Fracasso ou humilhação.

### ESTADOS AFETIVOS (buscar pelos D's )

- Dependência química.
- Desesperança.
- Dor psíquica (dor associado a turbilhão psíquico interminável).
- Desamparo (percepção de que não tem ajuda e/ou não pode ser ajudado por ninguém).
- Depressão.
- Desespero.
- Delirium.
- Delírio.

### FATORES DE RISCO

- Tentativa de suicídio prévia.
- Transtorno psiquiátrico.
- Suicídio na família.
- Abuso físico ou sexual na infância.
- Impulsividade/agressividade.
- Doenças incapacitantes.
- Desespero e inquietude.
- Alta recente de internação psiquiátrica (menos de um mês).

## INTENCIONALIDADE SUICIDA

- **Ideias passivas de morte** (algo poderia acontecer mas tirar a própria vida está fora de questão).
- **Ideação suicida egodistônica** (ideias de morte surgem porém são indesejadas ).
- **Ideação suicida egossintônica** (ideias de morte surgem e há um diálogo do paciente com a morte para solucionar angústia).
- **Plano suicida** (métodos, cuidados pós morte ).

### RISCO BAIXO

- Nunca tentou suicídio.
- Ideias de suicídio passageiras e percebidas como perturbadoras.
- Não planeja como se matar.
- Transtorno mental com sintomas bem controlados, se presente.
- Boa adesão ao tratamento.
- Tem vida e apoio social.

### MANEJO - RISCO BAIXO

- Encaminhamento para APS se ainda não vinculado e sugestão para MFC realizar matriciamento psiquiátrico.
- Retorno breve com MFC, no máximo em uma semana.
- Monitorar com telefonema no dia seguinte para impressão subjetiva de evolução.
- Uso de medicação para auxílio a ansiedade e ação hipnótica se necessária **(vide fluxo agitação psicomotora)**.

### RISCO MODERADO

- Tentativa de suicídio prévia.
- Depressão ou transtorno bipolar.
- Ideias persistentes de suicídio, vistos como solução.
- Não tem um plano de como se matar.
- Não é uma pessoa impulsiva.
- Não abusa ou é dependente de álcool ou drogas.
- Conta com apoio social.

### MANEJO - RISCO MODERADO

- Retorno breve com psiquiatra assistente (acionar médico psiquiatra referência s/n).
- Encaminhamento para APS se ainda não vinculado e sugestão para MFC matriciamento psiquiátrico.
- Retorno breve com MFC, no máximo em três dias.
- Monitorar com telefonema no dia seguinte para impressão subjetiva de evolução.
- Uso de medicação para auxílio ansiedade e ação hipnótica se necessária **(vide fluxo agitação psicomotora)**.
- Convocar familiar para cuidados e auxílio no tratamento de acordo com anuência do paciente.

### RISCO ALTO

- Tentativa de suicídio prévia.
- Depressão grave, influência de delírios e alucinações.
- Abuso/dependência de álcool.
- Desespero, tormento psíquico intolerável, não vê saída.
- Plano definido de se matar.
- Tem meios de como se matar.
- Já tomou providências para ato suicida.

### MANEJO - RISCO ALTO

- Manter segurança do paciente (ficar atento ao comportamento, afastar acesso a meios letais, acompanhamento se for necessário, manter em local que favoreça monitoramento, postura da equipe mais acolhedora e menos autoritária).
- Em casos associados à **agitação psicomotora** atender com auxílio de um terceiro e considerar contenção química + física **(vide fluxo agitação psicomotora)**.
- Transferência para hospital clínico de referência da rede suplementar para possível internação hospitalar (risco alto de suicídio sem suporte familiar, necessidade observação prolongada, alteração clínica – intoxicação, estado mental crítico).
- Comunicar responsável ou relativo próximo (preferencialmente com anuência do paciente mas a gravidade nos autoriza a quebra da confidencialidade).

### OBSERVAÇÕES:

- 1) Caso não seja possível orientações entrar em contato com Liderança de referência para individualização.
- 2) Em casos de ausência completa de apoio social/familiar considerar mudança para o próximo status de risco (se necessário matriciar com psiquiatra de referência para apoio à decisão).
- 3) Para pacientes que **não tenham acesso à Atenção Primária à Saúde**, necessário encaminhamento com urgência para Psiquiatra assistente e **nestes casos não haverá ligação de controle de evolução**.

NÃO OU INCAPAZ DE RESPONDER  
OU DÚVIDA DO MÉDICO ASSISTENTE

Está acompanhado por  
familiar ou  
responsável legal?

SIM

Familiar/Responsável  
legal concorda com transferência ?  
(preferencialmente  
presencialmente)

NÃO

NÃO

SIM

Paciente concorda  
com transferência  
(voluntária)?

SIM

- Encaminhar paciente para hospital  
clínico de referência da rede  
(exclusão de causas orgânicas).

- Ambulância simples se paciente  
calmo e sem risco de rebaixamento  
de nível de consciência), utilizar  
UTI se paciente confuso ou  
**agitado.**

FIM

**MANEJO - RISCO DE SUICÍDIO COM  
"INTERNAÇÃO DOMICILIAR"**

**MATRICIAR OBRIGATORIAMENTE  
COM EQUIPE DE PSQUIATRIA DE  
APOIO DA CUIDAR**

- Por vezes, a internação psiquiátrica indicada  
acaba não acontecendo. A ida desse paciente  
com risco alto para casa e os cuidados  
assumido por familiares e relativo configura a  
*internação domiciliar.*

- Ponderar a dinâmica familiar em relação à  
capacidade pragmática e psicológica de  
acomodar a sobrecarga.

- Pensar junto com a família sobre o ambiente  
onde será feita a internação domiciliar e  
pensar alternativas para diminuir risco (ex:  
limitar acesso a meios letais, pensar sobre  
pertinência de realizar internação em  
apartamentos em andares altos).

- Esclarecer riscos e apontar a necessidade de  
seguir os cuidados intensivos, as  
responsabilidades devem ser compartilhadas  
e apresentadas ao paciente, bem como os  
limites

que terá de se submeter no período  
(temporário, proteção, vantagens sobre  
internação hospitalar).

Registrar detalhadamente em prontuário  
árvore de decisões que levou à internação  
domiciliar, bem como orientações e cuidados  
passados aos familiares/responsáveis  
involuntária.

FIM

**Considerar transferência  
involuntária:**

**MATRICIAR OBRIGATORIAMENTE COM EQUIPE  
DE PSQUIATRIA DE APOIO DA CUIDAR**

- Sedação se agitação psicomotora segundo protocolo.

- Acionar equipe especializada de remoção psiquiátrica  
para encaminhamento ao hospital  
clínico de referência da rede (exclusão de  
causas orgânicas; contato com equipe  
regulação).

- Registrar detalhadamente em prontuário árvore de  
decisões que levou à internação involuntária.

- Encaminhar paciente para hospital  
clínico de referência da rede (exclusão  
de causas orgânicas).

- Ambulância simples se paciente  
calmo e sem risco de rebaixamento  
de nível de consciência), utilizar UTI  
se paciente confuso ou agitado.

FIM

**MODELO DE RELATÓRIO**

**ORIENTAÇÕES CLÍNICAS PARA O HOSPITAL DE REFERÊNCIA**

- Encaminhamento para hospital clínico de referência paciente que buscou nosso serviço com queixas compatíveis com quadro de XXX. Diante da avaliação clínica ponderamos necessidade de internação psiquiátrica pela seguinte apresentação: xxx. É necessária a exclusão de causas orgânicas através de avaliação clínica e é uma exigência da rede a solicitação dos exames de hemograma, sódio, potássio, glicemia, ureia, creatinina, TGO, TGP, Gama GT, Fosfatase alcalina, bilirrubinas totais e frações, coagulograma, TC (se paciente apresentar confusão/desorientação ou sintomas psicóticos pela primeira vez, sem diagnóstico prévio). Depois da exclusão de causas orgânicas e exames laboratoriais normais, avaliar encaminhamento para clínica psiquiátrica.

# AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Paciente Agitado/Agressivo

## AVALIAÇÃO CLÍNICA :

- Ambiente seguro para equipe e paciente.
- Não deixar paciente aguardando.
  - Investigar ativamente.
- Uso de Substâncias/Abstinência.
  2. Tr. Psiquiátrico
  3. Tr. orgânico

## MEDIDAS NÃO COERCITIVAS :

- Acolhimento psicológico/Intervenções verbais.
- Reduzir estímulos (sonoros, interpessoais).
- Isolar situação do ambiente compartilhado.
  - Estimular racionalização.
- Perguntas abertas facilitando o expressar dos sentimentos.
- Uso de medicação oral se paciente colaborativo (iniciar com clonazepam 0,5mg, podendo repetir em 30 minutos).

Melhora na agitação?

NÃO

SIM

Reabordar histórico do paciente/reavaliar gatilhos

- Encaminhamento para Atenção Primária à Saúde com urgência para consulta médica (máximo em uma semana) + matriciamento com equipe de psiquiatria.

**Obs:** Caso paciente não tenha acesso à Atenção Primária à Saúde encaminhamento com urgência para cuidado com psiquiatra assistente.

NÃO

Suspeita de intoxicação exógena ?

- Tr. psiquiátrico descompensado?
- Suspeita de alteração orgânica? (delirium, infecções, epilepsia)

SIM

Encaminhar paciente para hospital clínico para avaliação complementar.

**MATRICIAR COM EQUIPE DE PSQUIATRIA DE APOIO DA CUIDAR**

considerar transferência involuntária (vide fluxo)

NÃO

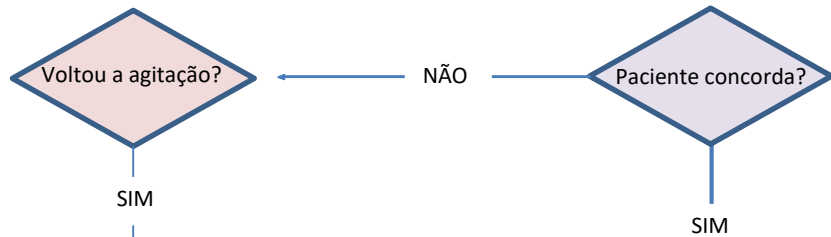
Voltou a agitação?

SIM

NÃO

Paciente concorda?

SIM



### MEDIDAS PARA CONTENÇÃO FÍSICA E QUÍMICA :

- Convocar familiar ou responsável se estiver ausente e explicar necessidade de contenção, se possível (**não é essencial** para aplicação do procedimento).
- Reunir-se com equipe e especificar papéis durante procedimento: quem ficará coordenando; quem irá conter cada membro do paciente; deixar faixas de contenção próprias para contenção preparadas. (**DE ACORDO COM PROTOCOLO DE CONTENÇÃO MECÂNICA DO HIAE:** <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Ascde%3AUS%3Aadafe773a-12fc-4b7a-a36c-c66f33997f32>)
- Ir com equipe inteira para sala e comunicar a conduta ao paciente, explicando os motivos e salientando a necessidade de proteção do indivíduo e de terceiros. A presença do time como um todo desestimula reações de resistência.
- Após realizada contenção, checar constrições de 30 em 30 minutos para se certificar de que não machucam o paciente e presença de fluxo sanguíneo nas extremidades. Aferir sinais vitais e reavaliar necessidade de contenção a cada uma hora.
  - Administrar medicação para o paciente por via parenteral:
    - > **Haloperidol 01 ampola de 05 mg IM** (ação em cerca de 30 minutos podendo administrar novamente após esse período se não efetivo, máximo de 40mg ao dia, não administrar se delirium anticolinérgico, risco de Sd. neuroléptica maligna, arritmia cardíaca, Sd. extrapiramidal )
    - + **Prometazina 01 ampola de 50 mg IM**
    - OU
    - > **Midazolam 1/2 ampola IM** (ação imediata, não administrar se etiologia for intoxicação alcoólica, risco de rebaixamento do drive respiratório e necessidade de intubação, meia-vida curta de 1 a 2 horas exigindo novas administrações )

**OBS : APÓS A UTILIZAÇÃO DE UMA DAS OPÇÕES ACIMA COM POUCA OU NENHUMA RESPOSTA, CONSIDERAR MATRICIAMENTO DE EMERGÊNCIA COM EQUIPE PSIQUIÁTRICA DE APOIO.**

- Encaminhar paciente para hospital clínico de referência da rede (exclusão de causas orgânicas).

- Ambulância UTI mesmo que estabilizado após contenção física e psicofarmacológica

### PARA RETIRADA DE CONTENÇÕES:

- Iniciar com liberação de contenção torácica.
- Evoluir para soltura de um membro inferior e depois o outro.
- Deixar a retirada das amarras dos membros superiores por último.
  - Aguardar 15 minutos entre liberações.
- Reavaliar sempre necessidade de retomar a contenção.

## GLOSSÁRIO

**PQ:** Psiquiatra

**Tr.:** Transtorno

**MFC:** Médico de Família e Comunidade

**APS:** Atenção Primária à Saúde

**UTI:** Unidade de Terapia

Intensiva **TGO:** Transaminase

oxalacética **TGP:** Transaminase

pirúvica

**TC:** Tomografia Computadorizada

**Gama GT:** Gama glutamil transferase

**IM:** Intramuscular

**Sr.:** Síndrome

## Referências

- 1 Botega, Neury José. *Crise suicida*. Artmed Editora, 2015.
- 2 Semple, David, and Roger Smyth. *Oxford handbook of psychiatry*. Oxford university press, 2019.

Código	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
Documento: CPTW 279.1	Daniel de P. Oliva Gustavo Daher Luiz Gustavo V. Zoldan	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	17/01/2022	17/01/2022